

XX Semana Brasileira do Aparelho Digestivo



**25 a 28 de novembro** | 2021 | **Evento Online**

**RESUMOS APROVADOS**

# TRABALHOS CIENTÍFICOS

## Cirurgia - Miscelânea

### 101895 – Apresentação de ferramenta de Realidade Virtual na indução anestésica em crianças

**AUTORES:** ERIKA VERUSKA PAIVA ORTOLAN (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bruna Aliotto Nalin Tedesco (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Andressa Nayara Bispo Strassi (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovana Tuccille Comes Bambrilla (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Rodakowski de Onofre (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Buraschi Antunes (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Paulo Cezar Haddad de Amorim (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Marcela Cristina Machado Zanqueta Vasques (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A ansiedade pré operatória não só causa estresse e sofrimento em crianças, como está relacionada a alterações de comportamento, distúrbios do sono, distúrbios da alimentação e comportamento agressivo. As técnicas usadas para reduzir a ansiedade pré operatória em pacientes pediátricos caem em 4 categorias: sedação pré operatória, presença dos pais, programas de preparação e intervenções para diminuir a dor e a ansiedade.

Considerando que o nível de ansiedade e estresse podem afetar o nível de experiência de dor durante procedimentos médicos, várias intervenções tem sido propostas para distrair as crianças do momento de estresse pré operatório, como desenhos animados, jogos, e mais recentemente a realidade virtual (RV). A RV é definida como uma mídia de imersão, onde pacientes usam um monitor em forma de óculos na cabeça e participam em um ambiente virtual interativo, e é considerado um método efetivo e distrair a atenção de pacientes, adultos ou crianças.

A RV tem sido usada em ambiente hospitalar com crianças durante punções venosas em ambiente de pronto socorro, quimioterapia, internações; para diminuir ansiedade em pré operatório e em trocas de curativos de queimados.

No entanto, os usos da RV até agora foram feitos em dois formatos: ou com objetivo de distração, ou seja, o filme assistido durante o procedimento não tem relação com os eventos a que a criança será submetida; ou como explicação do que irá acontecer no centro cirúrgico de forma interativa, mas antes da criança entrar na sala cirúrgica.

**OBJETIVO:** O objetivo desse trabalho é apresentar essa nova ferramenta que será muito útil na redução do estresse das crianças em ambiente de centro cirúrgico.

**MÉTODO:** Como fruto do trabalho da equipe de autores e empresa especializada em desenvolver animações para RV, foi desenvolvido desenho animado com proposta inovadora que integra o que a criança está assistindo em seus óculos 3D, com as sensações táteis a que será submetida na indução anestésica, até que perca a consciência.

**RESULTADOS:** O desenho animado integra a história onde a criança terá que aprender a treinar um pequeno dragão, com a sensação de colocação dos adesivos do cardioscópio, do oxímetro, do manguito para aferir a pressão arterial, do garrote para a punção venosa, e a punção venosa propriamente dita.

**CONCLUSÃO:** Essa ferramenta de realidade virtual inédita tem grande potencial de diminuir o estresse e medo de centro cirúrgico dos pacientes pediátricos.

**CONTATO AUTOR:** ERIKA VERUSKA PAIVA ORTOLAN | erika.ortolan@unesp.br

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102222 – Incidência de mucocele de apêndice em 9602 apendicectomias de urgência em Teresina-PI**

**AUTORES:** Poliana de Lima Santana Rocha (UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil), Wellington Ribeiro Figueiredo (UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil), Felipe Maia da Fonsêca (UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil), Joyce Laíse Silva Duarte (UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A mucocele de apêndice é uma patologia rara e usualmente assintomática. Surge após a obstrução da luz apendicular por acúmulo de material mucoide e sua conseqüente dilatação, pode ser desencadeada por doenças benignas ou malignas. Normalmente é descoberta acidentalmente durante laparotomias ou exames histopatológicos de peças cirúrgicas, mas às vezes pode se assemelhar a uma apendicite aguda. O tratamento recomendado é sempre cirúrgico e o diagnóstico correto antes da cirurgia, apesar de difícil, é muito importante para a seleção do tratamento cirúrgico adequado e para evitar complicações intraoperatórias e complicações pós-operatórias. A ultrassonografia e, particularmente, a tomografia computadorizada, devem ser usadas extensivamente para esse fim. Se a mucocele for tratada incorretamente, pode acarretar graves complicações como o pseudomixoma peritoneal, potencialmente fatal e que é caracterizado pela disseminação de células epiteliais neoplásicas na superfície peritoneal.

**OBJETIVO:** Determinar a incidência dessa patologia em apendicectomias realizadas de pacientes admitidos na urgência entre os anos de 2009 e 2019, os graus de atipia celular mais comuns dessa condição, bem como o perfil dos pacientes acometidos (sexo e idade).

**MÉTODO:** Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa em um hospital público municipal da cidade de Teresina-PI através da análise dos laudos histopatológicos de 9602 apendicectomias realizadas nesse período.

**RESULTADOS:** Os resultados desse estudo demonstraram uma incidência de 0,3% de lesões mucinosas em todas as apendicectomias realizadas, confirmando o caráter infrequente dessa condição. Destes, a faixa etária mais acometida foi de pacientes acima de 71 anos, seguido por pacientes no intervalo de 51 a 60 anos. A maioria se tratava de pacientes do sexo masculino (52%). A alteração histológica mais frequente foi a de cistoadenoma mucinoso (58%), seguido de cistoadenocarcinoma em 29% dos casos e 13% de mucoceles simples.

**CONCLUSÃO:** A mucocele de apêndice é uma patologia pouco habitual, mas como apendicite aguda é um problema cirúrgico bastante frequente, com uma média de aproximadamente 1000 apendicectomias anualmente no serviço em questão, a mucocele pode ser visualizada algumas vezes por ano durante cirurgias do apêndice. Acomete geralmente pessoas de meia idade e, por isso, em pacientes com mais de 40-50 anos, a mucocele apendicular deve ser incluída no diagnóstico diferencial de dor na região da fossa ilíaca direita.

**CONTATO AUTOR:** POLIANA DE LIMA SANTANA ROCHA | poliana.rsantana@gmail.com

## **102342 – QUAL A VANTAGEM DA CORREÇÃO DA HÉRNIA VENTRAL POR CIRURGIA ROBÓTICA EM RELAÇÃO À VIDEOLAPAROSCOPIA? REVISÃO COMPREENSIVA**

**AUTORES:** Marília Rodrigues Dante (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Suzzy Caroline Meneghetti (Universidade Santo Amaro - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As hérnias ventrais estão entre as doenças cirúrgicas mais frequentes. Atualmente, outras questões têm surgido quando a preocupação vai além da resolução cirúrgica, tais como: qual a melhor técnica de abordagem? Existe um benefício fatídico que destaque uma delas? A abordagem robótica é superior à videolaparoscopia?

**OBJETIVO:** Analisar as evidências para compreender se há vantagens na correção de hérnia ventral por abordagem robótica em relação à videolaparoscopia.

**MÉTODO:** Foi realizada uma revisão de artigos nas principais bases de dados (Medline® via PubMed®, LILACS® via BVS® e SciELO®), nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 5 anos. Foram selecionados 10 artigos comparativos.

**RESULTADOS:** De acordo com os estudos, os riscos advindos da cirurgia são considerados semelhantes em ambas as técnicas. Não há vantagem significativa sobre isso. Contudo, é de comum compreensão que a abordagem robótica permite um melhor acesso, sutileza e qualidade de suturas, os quais são fatores essenciais para alívio da dor no pós-operatório e retorno precoce às atividades. Além disso, as taxas de recidivas estiveram mais associadas à abordagem por videolaparoscopia. Apesar disso, é a técnica mais utilizada devido ao alto custo da robótica, a qual tem nesse fato a sua desvantagem.

**CONCLUSÃO:** A cirurgia robótica tem se difundido e representa o futuro. Embora ainda não existam estudos comparativos suficientes que respaldem uma superioridade em termos de eficiência e qualidade do procedimento, já é possível concluir que há maior precisão para acesso e abordagem, além de maior conforto pós-operatório ao paciente. O fator limitante dessa técnica por robô é o custo. Devido a isso acaba sendo limitada, o que culmina em menos estudos comparativos que possam trazer resultados quanto à sua superioridade.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

**102347 – TRATAMENTO DA DIASTASE DOS RETOS ABDOMINAIS: REVISÃO COMPREENSIVA**

**AUTORES:** Ana Laura Nacari Duzi (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A diástase dos músculos retos abdominais é caracterizada pelo adelgaçamento e alargamento da linha alba combinado com frouxidão da musculatura abdominal ventral. Isso provoca um abaulamento da linha média quando a pressão intra-abdominal é aumentada. O tratamento fisioterápico é elusivo e o cirúrgico propõe-se através de técnicas isoladas, combinadas, com ou sem reforço de próteses.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão compreensiva sobre o tratamento da diástase dos retos abdominais.

**MÉTODO:** Revisão de bases digitais nos últimos 5 anos através de palavras-chave: diástase, tratamento e reto abdominal; selecionando meta-análises e revisões sistemáticas.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 4 trabalhos. Segundo Mommers and cols que incluíram 20 artigos descrevendo 1691 pacientes as técnicas de plicatura com suturas interrompidas ou reforço por tela foram as mais frequentemente realizadas para o tratamento da DRA. Cirurgias abertas foram realizadas em 88% dos pacientes. Não houve diferença nas complicações pós-operatórias e na taxa de recidiva entre as técnicas. Kerckhoven and cols avaliaram 931 pacientes que foram cirurgicamente tratados através de plicatura ou reforço com tela da linha média. A distância entre os músculos retos não foi um indicador para um dos tipos de técnica, bem como, a resistência, segurança e a alta satisfação do paciente. As diretrizes da European and American Hernia Society apontam uma limitação de quantidade e qualidade da literatura. As recomendações são fracas e com baixa qualidade de evidência. A gestação é um fator de risco e o reparo deve ser adiado até depois da última gravidez. Não existem evidências para pacientes com defeitos herniários concomitantes. Segundo Rosen and cols, 72% dos seguros de saúde avaliados no estudo não financiavam o tratamento da DRA associado à abdominoplastia sob quaisquer circunstâncias, apesar de ser uma cirurgia eletiva que proporcionava melhora na função e na qualidade de vida do paciente. 20% requeriam pré-autorização.

**CONCLUSÃO:** A diástase dos retos abdominais pode ser tratada tanto por técnica aberta quanto laparoscópica, através de plicatura ou utilização de tela para reforço da linha média. Não há diferença nos resultados quanto a complicações e recidivas, bem como, padronização da indicação das técnicas. Isto gera um fator de confusão evidenciado e expressado no não-financiamento de procedimentos pela maioria dos seguros de saúde.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102357 – AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA DO IMPLANTE DE TELAS DE POLIPROPILENO DE ALTA E BAIXA GRAMATURA. ESTUDO EM RATOS**

**AUTORES:** Itamara Ackermann Epifânio (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Laren Rocha Ferreira (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriella Ferreira Regalio (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Heloísa Avanzo Gomes (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Giana Bachega Badiale (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Wagner Carlucci (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hérnia é a protrusão do conteúdo abdominal através de sua parede que se rompe de forma crônica e incompleta. A sua grande incidência e recidiva na população suscitou pesquisas quanto à forma de tratamento. O início da utilização de telas de polipropileno se deu ao final da década de 50. Ao longo dos anos as telas foram aperfeiçoadas, tornaram-se mais flexíveis, com materiais de menor desgaste, menor chance de fragmentação, promovendo menores taxas de recidiva da patologia e menor resposta inflamatória.

**OBJETIVO:** Avaliar comparativamente a resposta inflamatória do implante de telas de polipropileno de alta e baixa gramatura na parede abdominal de ratos.

**MÉTODO:** Ratos Wistar foram divididos em dois grupos para serem submetidos ao implante onlay de telas de alta e baixa gramatura na parede abdominal. Nos dias 7, 14 e 21 foram realizados sacrifícios proporcionais em cada grupo. Após o explante da parede abdominal foram confeccionadas lâminas para avaliação histológica do infiltrado neutrofílico, linfocítico e fibrose. A análise estatística foi realizada comparando as médias dos grupos e o  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

**RESULTADOS:** A respeito do infiltrado inflamatório neutrofílico, não houve diferença significativa ( $p=0,55$ ). O valor de  $p$  para o infiltrado de linfócitos foi 0,69. Não houve achado de fibrose em nenhum dos grupos.

**CONCLUSÃO:** Avaliados os 21 primeiros dias após implante de telas de alta e baixa gramatura na parede abdominal de ratos, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à resposta inflamatória.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102442 – ANÁLISE COMPARATIVA DO TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR HISTERECTOMIA CONVENCIONAL E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO BRASIL DE 2010 A 2019**

**AUTORES:** Enzo Studart de Lucena FEITOSA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Amorim VIDAL (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Iana Vitória Araújo MARQUES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vitor Sauwen PAIVA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Antunes Coimbra Pinheiro PACÍFICO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fábio Augusto Xerez MOTA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), João Pedro Andrade AUGUSTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Maria Stella Vasconcelos Sales VALENTE (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gustavo Neves PINTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vittorio Santos TOMAZ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Bárbara Bezerra RICCIARDI (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Bárbara Matos de Carvalho BORGES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), George Cajazeiras Silveira FILHO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Daniel Kevin de Alencar Forte FEIJÓ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Julimar de Correia MENEZES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A histerectomia é a segunda causa mais comum de cirurgia de grande porte realizada em mulheres e a terceira mais comum entre todos os procedimentos cirúrgicos. (6) A evolução tecnológica das cirurgias videolaparoscópicas viabilizou a diminuição das histerectomias convencionais que, quando comparadas, evidenciam uma importante dissemelhança nos resultados perioperatórios, sendo a via minimamente invasiva referência na redução de tempo cirúrgico e de complicações perioperatórias. (1)

**OBJETIVO:** Analisar o tempo de internação hospitalar por histerectomia aberta e videolaparoscópica no Brasil nos últimos 10 anos, e correlacioná-lo com aspectos demográficos e epidemiológicos regionais.

**MÉTODO:** Estudo transversal e documental com abordagem quantitativa e comparativa, acerca do tempo de permanência hospitalar por histerectomia convencional e laparoscópica no Brasil entre 2010 e 2019, por meio do Sistema de Procedimentos Hospitalares do SUS (DATASUS). Foram avaliadas as variáveis de dados por local de internação, média de permanência hospitalar (em dias) e ano de processamento.

**RESULTADOS:** Para o período de 2010 a 2019, a média de tempo de internação hospitalar para a histerectomia convencional foi de 2,7 dias. Para a histerectomia videolaparoscópica, a média de tempo foi de 2,6 dias. A região norte apresentou a maior média de permanência pela técnica por vídeo (3,2 dias), seguida das regiões sudeste e centro-oeste (ambas com 2,8 dias). Para a técnica convencional, a região norte apresentou maior tempo médio (3,2 dias), seguida da região sudeste (2,8 dias).

**CONCLUSÃO:** A disparidade dos resultados pós-operatórios entre as técnicas abordadas propiciam um debate a respeito tanto da curva de aprendizado quanto dos protocolos hospitalares regionais, além da escassez de referências que entravam uma maior análise comparativa.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | enzostudart@gmail.com

**102472 – REVISÃO COMPREENSIVA SOBRE AS TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE TRATAMENTO NO MEGAESÔFAGO E MEGACÓLON CHAGÁSICOS**

**AUTORES:** Gabriel Camperoni Hyppolito (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), João Victor Brazão Duarte (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Bruno Piccolo Santana (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marina Meneghesso Buonarotti (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Rodrigues de Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Rodrigues Souza (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Chagas é uma patologia crônica e de alta prevalência na América Latina. Apresenta manifestações viscerais gastrointestinais de gravidade variada e diferentes abordagens terapêuticas. A gênese dos “megas” chagásicos associa-se a denervação do sistema autônomo intramural da musculatura lisa, especialmente parassimpático, a qual culmina, no trato digestivo, em dilatação e alongamento visceral no caso dos segmentos esofágico e colônico. O objetivo terapêutico envolve manutenção da função e controle de complicações. Dentre as modalidades de tratamento para o megaesôfago temos: mucosotomias, cardiomiectomia e esofagectomia; enquanto para o megacólon temos: sigmoidectomia, retocoliectomia anterior limitada ou estendida e, anterior com abaixamento cólon-anal.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão compreensiva das principais opções terapêuticas cirúrgicas para os “megas” chagásicos.

**MÉTODO:** Revisão bibliográfica abrangendo a base de dados da plataforma Scielo® entre 2002 e 2011, utilizando as palavras-chave megaesôfago, megacólon, chagas, tratamento-cirúrgico; selecionando metanálises e revisão sistemáticas.

**RESULTADOS:** Sobre as opções para o megaesôfago: mucosectomia, cardiomiectomia e esofagectomia, a última com substituição do esôfago por tubo gástrico, o critério de seleção envolve o grau de acometimento do esôfago, determinado, por exemplo, pela Classificação de Mascarenhas. A cardiomiectomia apresentou melhores resultados e segurança com baixos índices de complicação. No tratamento do megacólon a principal forma de seleção terapêutica é a extensão do acometimento. O nível de envolvimento do reto mostrou-se o melhor parâmetro para guiar o método de abordagem. Para a indicação de sigmoidectomia simples avaliou-se a presença do reflexo reto-esfincteriano. A indicação para retocoliectomia anterior é feita se houver evidência que o reto não foi acometido através exames complementares. A retocoliectomia com abaixamento cólon-anal, considera o cenário de envolvimento do reto.

**CONCLUSÃO:** Para a abordagem do megacólon e megaesôfago chagásico a escolha entre as modalidades cirúrgicas é definida pela gravidade da doença e isto parece ser proporcional ao nível de complicações.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL CAMPERONI HYPPOLITO | gchyppolito@gmail.com



**102475 – ANÁLISE DAS COLECISTECTOMIAS FEITAS PELO SUS NO NORDESTE DO BRASIL DE 2010 A 2019**

**AUTORES:** Enzo Studart de Lucena FEITOSA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Amorim VIDAL (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vitor Sauwen PAIVA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Iana Vitória Araújo MARQUES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Antunes Coimbra Pinheiro PACÍFICO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fábio Augusto Xerez MOTA (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), João Pedro Andrade AUGUSTO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Maria Stella Vasconcelos Sales VALENTE (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gustavo Neves PINTO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vittorio Santos Tomaz Santos TOMAZ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Bárbara Bezerra RICCIARDI (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Bárbara Matos de Carvalho BORGES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), George Cajazeiras Silveira FILHO (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Daniel Kevin de Alencar Forte FEIJÓ (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Julimar Correia de MENEZES (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colecistectomia representa a principal alternativa de tratamento para colelitíase e colecistite, e os avanços das técnicas por vídeo permitem uma melhor recuperação e pós-operatório ao paciente. Porém, ainda há discussões quanto às vantagens e desvantagens da cirurgia aberta e videolaparoscópica.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise descritiva, temporal e comparativa das colecistectomias aberta e videolaparoscópica (VLP) pelo SUS no Nordeste brasileiro de 2010 a 2019

**MÉTODO:** Estudo transversal e documental com abordagem quantitativa, acerca dos casos de colecistectomia videolaparoscópica e aberta entre 2010 e 2019. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Procedimentos Hospitalares do SUS (DATASUS). Foram avaliadas as variáveis de dados por duração média de permanência hospitalar, mortalidade hospitalar e caráter de atendimento.

**RESULTADOS:** Entre 2010 e 2019, houve diminuição na taxa de mortalidade tanto na cirurgia aberta (de 0,31 para 0,25) na VLP (de 0,13 para

0,07). A média de permanência hospitalar foi maior para o procedimento por VLP (2,8 dias) que para a aberta (2,6 dias). A taxa de mortalidade nos procedimentos de urgência (0,86) é 9,55 vezes maior que nos procedimentos eletivos (0,09) na técnica aberta, e a média de permanência hospitalar são de 2,3 dias para eletivos e 3,6 dias para os de urgência. Na VLP, a taxa de mortalidade nos procedimentos de urgência (0,18) é 3 vezes maior que nos procedimentos eletivos (0,06), e as médias de permanência hospitalar são de 2,4 dias para eletivas e 3,9 dias para as de urgência.

**CONCLUSÃO:** A taxa de mortalidade pelas duas modalidades do procedimento diminuiu no Nordeste brasileiro nos últimos 10 anos, juntamente com uma melhora no tempo de permanência hospitalar tanto nas cirurgias de caráter de urgência quanto nas eletivas. Assim como na literatura, os procedimentos de urgência apresentam maior mortalidade e tempo de internação. Com a análise, nota-se que o tempo de permanência hospitalar não apresenta ligação com a taxa de mortalidade para o procedimento por via laparoscópica.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | enzostudart@gmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### 1104225 – Os riscos da prática de cirurgias de urgência e emergência em centro de referência de doenças oncológicas do Brasil frente ao início da pandemia de COVID-19

**AUTORES:** Yasmin Peres Navarro (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Ambar Pinto (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel José Szor (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Gonçalves Yogolare (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Guilherme Naccache Namur (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os meses iniciais da pandemia por COVID caracterizaram-se pelo desafio no tratamento dos pacientes, especialmente aqueles com doença oncológica de base com complicações cirúrgicas.

**OBJETIVO:** Comparar a incidência de óbito entre pacientes com e sem COVID no pós-operatório de cirurgia de urgência em pacientes oncológicos

Descrever as características gerais dos pacientes operados na urgência durante os meses iniciais da pandemia do COVID

**MÉTODO:** Foram incluídos pacientes operados na urgência entre abril e agosto de 2020. A avaliação da infecção por COVID foi realizada pelo RT-PCR e/ou imagem tomográfica.

**RESULTADOS:** No período considerado, 114 (51,7% masculino, média de idade 60,5±13,7 anos) pacientes foram operados por urgências oncológicas. O trato gastrointestinal foi o sítio primário mais frequente, seguido das neoplasias urológicas (32,4% e 7,8%, respectivamente). Avaliando-se o período perioperatório, 18 pacientes (15,7%) apresentaram infecção por COVID-19.

A cirurgia mais realizada foi a derivação externa de trânsito, seguida das colectomias e derivação interna de trânsito (21%, 15,7% e 11,4%, respectivamente). A taxa de complicação cirúrgica foi de 21% e a taxa de óbito durante a internação foi de 13,1%. A causa de óbito mais frequente foi relacionada à neoplasia avançada (40%). A infecção por COVID foi responsável por 20% dos óbitos. Dos pacientes que receberam alta (n=99), 10,1% foram a óbito após três meses por progressão de doença.

Considerando-se o subgrupo dos pacientes infectados por COVID (61% sexo masculino, média de idade 64,2±12,07 anos), as cirurgias mais realizadas foram a colectomia, derivação externa ou interna de trânsito (33% para cada cirurgia). A média de duração da internação foi de 26,89±19,39.

Não houve diferença significativa entre a média de idades ( $p=0,20$ ), sexo ( $p=0,38$ ), tipo de cirurgia realizada ( $p=0,61$ ), sítio primário do tumor ( $p=0,57$ ) ou taxa de óbito intra-hospitalar ( $p=0,15$ ) entre os grupos com e sem COVID. A duração da internação foi maior no grupo de pacientes com COVID-19 ( $p=0,0013$ ). A curva de Kaplan-Meier não apresentou diferença significativa de sobrevida global ( $p=0,27$ )

**CONCLUSÃO:** Não houve diferença significativa de óbito entre infectados ou não por COVID-19 no pós-operatório de cirurgia de urgência em pacientes oncológicos

Os pacientes operados na urgência no período inicial da pandemia apresentaram média de idade de 60,5 anos, trato gastrointestinal como sítio primário mais comum e derivação externa de trânsito intestinal como procedimento mais realizado

**CONTATO AUTOR:** DANIEL SZOR | danszor@gmail.com

**1104232 – MANEJO NA URGÊNCIA DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA**

**AUTORES:** Matheus Andrade Amaral (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), Martina Frazão Lopes Cavalcanti (CESMAC - maceió - Alagoas - Brasil), ISABELA MACEDO ARAUJO (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hemorragia digestiva alta (HDA) é geralmente definido como sangramento proximal ao ligamento de Treitz, o que leva à hematêmese, e apresenta uma mortalidade relatada de 2-10%. Dessa forma, pacientes identificados como de risco muito baixo de necessidade de intervenção ou óbito podem ser tratados ambulatoriamente. A gravidade, o momento, a duração e o volume do sangramento são detalhes importantes a serem observados para fins de gerenciamento. A HDA varicosa está presente em apenas 15% dos casos, mas em contrapartida é mais grave do que a não varicosa.

**OBJETIVO:** Analisar o melhor manejo e conduta em pacientes com HDA varicosa.

**MÉTODO:** Foi realizado uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados Medline (via PubMed), com a estratégia de busca: “operative management AND variceal upper gastrointestinal bleeding AND treatment”. Nesse sentido, os fatores de exclusão foram artigos que abordavam HDA não varicosa e suas complicações, pacientes pediátricos e quando possuía outras patologias. Artigos que retratassem sobre o tratamento e manejo operatório da HDA varicosa, foram selecionados como fatores de inclusão. Foi realizado o filtro do ano de 2015-2020 e encontrou-se 82 artigos.

**RESULTADOS:** Após o filtro dos últimos 5 anos, encontrou-se 82 artigos. Foi realizada a leitura de todos os títulos, mas apenas 34 artigos foram lidos na íntegra, e destes, 17 artigos foram utilizados para compor esse estudo. Além disso, a endoscopia precoce, dentro de 24 horas da apresentação, é recomendada na maioria dos pacientes, pois confirma o diagnóstico e permite tratamento endoscópico direcionado, incluindo injeção de adrenalina, termocoagulação, aplicação de cliques e bandas. Apesar do sucesso da terapia endoscópica, o ressangramento pode ocorrer em 10 a 20% dos pacientes. Ademais, uma segunda tentativa de terapia endoscópica é recomendada nesses pacientes. Pode ser necessária arteriografia com embolização ou cirurgia se houver sangramento persistente e grave. Nesse contexto, o foco principal é restaurar o status hemodinâmico, seguido pela endoscopia precoce, como também o octreotídeo intravenoso deve ser administrado precocemente em suspeita de varizes.

**CONCLUSÃO:** Logo, a endoscopia continua sendo a modalidade de escolha de intervenção para sangramentos varicosos, pois resulta em morbidade reduzida e diminui internações hospitalares, os risco de sangramento recorrente e a necessidade de cirurgia nos pacientes que apresentam mais instabilidade hemodinâmica.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DE ANDRADE AMARAL | matheusandradeamaral@gmail.com

**1104380 – O IMPACTO DA PANDEMIA NAS EMERGÊNCIAS NÃO RELACIONADAS AO SARS-COV-2: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO**

**AUTORES:** Rafael Benjamim Rosa da Silva (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Milton Steinman (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jorge Henrique Bento de Sousa (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nelson Wolosker (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Guilherme Maganha Rosa (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os governos implementaram intervenções de distanciamento social para reduzir a velocidade de disseminação da SARS-CoV-2 e evitar a sobrecarga hospitalar. As intervenções de distanciamento social SARS-CoV-2 modificaram vários aspectos da sociedade, levando a uma mudança no perfil da consulta médica de emergência.

**OBJETIVO:** Analisar o impacto do COVID-19 e as mudanças resultantes no perfil do sistema de atendimento médico de emergência não SARS-CoV-2.

**MÉTODO:** Este é um estudo transversal multicêntrico retrospectivo que avaliou consultas médicas, hospitalizações de urgência e óbitos em São Paulo, a maior cidade das Américas. Foram avaliadas as mudanças no perfil da consulta médica de acordo com dados demográficos e diagnósticos. A mudança na mortalidade também foi avaliada.

**RESULTADOS:** Foram registradas 462.412 consultas médicas de emergência de janeiro de 2019 a julho de 2020. Dessas consultas médicas de emergência, apenas 4,7% (21.653) necessitaram de internação. Do total de atendimentos, 592 resultaram em óbitos, o equivalente a 0,1% da amostra. Houve uma tendência clara de diminuição no número de consultas médicas de emergência semanais, uma vez que o distanciamento social foi exigido por decreto (Coef. -3733,13; IC 95% -4579,85 a -2886,42;  $p < 0,001$ ). O número de consultas médicas para condições como trauma, dor abdominal, dor no peito e resfriado comum diminuiu ( $p < 0,05$ ). No entanto, o número de consultas médicas para as seguintes condições não mudou após o início da pandemia ( $p \geq 0,05$ ): ureterolitíase, apendicite aguda, colecistite aguda, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

**CONCLUSÃO:** A pandemia COVID-19 mudou o perfil de emergência não SARS-CoV-2. O número total de consultas médicas de emergência reduziu. A mortalidade por emergências não SARS-CoV-2 não aumentou em São Paulo.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **1104425 – Ressecção Discoide em Pacientes com Endometriose Colorretal**

**AUTORES:** Ana Luiza Lima Gonçalves (Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ana Beatriz Freire Gadelha (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ana Paula Valentini (Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ketly Yngrid Almeida (Faculdade de Medicina Santa Marcelina (FASM) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A endometriose é definida como a presença de tecido funcional, histologicamente semelhante ao endométrio, fora da cavidade uterina. Acomete de 3 a 19% das mulheres em idade menstrual, podendo ocorrer também em mulheres fora do período menstrual. O acometimento intestinal ocorre em 3 a 34% das mulheres com endometriose, dos quais 5 a 10% corresponde a endometriose colorretal, sendo o segmento mais acometido o sigmoide, seguido do reto, responsáveis por 65% dos casos. Em ordem decrescente, os outros segmentos envolvidos são apêndice, ceco, íleo terminal e cólon transversal.

**OBJETIVO:** Analisar a literatura vigente acerca da ressecção discoide em pacientes com endometriose colorretal, visando contribuir para o conhecimento dos princípios e dos cuidados voltados para este método.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva de artigos selecionados em bancos de dados como BVS, PubMed, LILACS e SCIELO, no período entre 2016 e 2021.

**RESULTADOS:** A endometriose é uma doença inflamatória que pode cursar com uma variedade de sintomas algícos pélvico-abdominais e com infertilidade. As lesões intestinais normalmente possuem um caráter mais agressivo, tornando a ressecção cirúrgica das lesões a melhor opção. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que não melhoraram com uma tentativa farmacológica ou estão sob suspeita de obstrução. A ressecção circular ou em disco é uma técnica conservadora que é indicada para exérese de nódulos endometrióticos com diâmetro inferior a 3 cm que acometem a parede retal. Essa técnica pode ser usada em praticamente metade dos casos e proporciona redução do tempo cirúrgico. Após identificação da lesão e seu isolamento, o grampeador circular é inserido por via anal. Laparoscopicamente, acomoda-se toda a lesão dentro do grampeador e realiza-se seu fechamento e disparo. Observa-se a exérese apenas da parede retal anterior que engloba o nódulo. A ressecção discoide comparada com a ressecção segmentar nos casos de endometriose profunda apresenta diminuição na morbidade, melhora dos sintomas e resultados mais funcionais.

**CONCLUSÃO:** A endometriose colorretal está presente em cerca de 30% dos casos, e é considerada mais agressiva. Deste modo, o tratamento cirúrgico da mesma, caso haja falha no tratamento farmacológico ou sinal de obstrução, é a cirurgia laparoscópica de ressecção discoide das lesões, visto que essa apresenta menos morbidade e uma melhor resposta funcional e diminuição dos sintomas.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUIZA LIMA GONÇALVES | [analuzag@live.com](mailto:analuzag@live.com)

**1104617 – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS COMO ALTERNATIVA PARA MANEJO DE PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPINAS**

**AUTORES:** Caio Souza Levy (Departamento de Cirurgia e Serviço de Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas – São Paulo - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Maria Neder Almeida (Departamento de Cirurgia e Serviço de Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas – São Paulo - Campinas - São Paulo - Brasil), Antonio Luis Eiras Falcão (Departamento de Cirurgia e Serviço de Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas – São Paulo - Campinas - São Paulo - Brasil), Luiz Roberto Lopes (Departamento de Cirurgia e Serviço de Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas – São Paulo - Campinas - São Paulo - Brasil), Nelson Adami Andreollo (Departamento de Cirurgia e Serviço de Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, Campinas – São Paulo - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) é projetada para o cuidado de pacientes que não podem ser adequadamente tratados em uma enfermaria, porém também não necessitam de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua existência pode diminuir a demanda sobre leitos de UTI e os custos relacionados aos cuidados em saúde de um hospital. A pandemia de COVID-19 trouxe uma necessidade intensa de novos leitos de UTI, o que levou à escassez deste recurso em muitos países. Frente a este cenário, o uso da UCI para economia de leitos pode ser considerado uma alternativa para suprir a demanda de leitos para cirurgias do aparelho digestivo neste período.

**OBJETIVO:** Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes internados na UCI de um Hospital Universitário de Campinas, durante a pandemia, no período de 28 de março de 2020 a 19 de dezembro de 2020.

**MÉTODO:** Foi realizado um estudo observacional descritivo retrospectivo analisando as informações contidas em banco de dados do hospital em relação às internações ocorridas no período descrito.

**RESULTADOS:** Foram analisados 535 pacientes internados, eletivos e de urgência, de 21 especialidades, constatando-se que o tempo médio de permanência na UCI foi de 4,3 dias, sendo a mediana de 3 dias. Durante o período, 12 pacientes vieram a óbito, o que configura uma mortalidade de 2,2%. As idades dos pacientes variaram entre 15 e 95 anos, com uma média de 58,1 e mediana de 61 anos. Permaneceram internados 335 (62%) pacientes do sexo masculino e 200 do sexo feminino (38%). Dentre o total de pacientes, 446 (83,4%) receberam tratamento cirúrgico e 89 (16,6%) tratamento clínico. As especialidades com maior número de pacientes internados foram a Cirurgia do Aparelho Digestivo, com 91 (17,0%) pacientes; Cirurgia do Trauma, com 77 (14,4%) pacientes e Cirurgia Vascular, com 76 (14,2%) pacientes.

**CONCLUSÃO:** O presente estudo demonstrou a predominância de pacientes submetidos a cirurgias do aparelho digestivo na UCI de um Hospital Universitário. Sua existência pode diminuir a demanda sobre leitos de UTI e os custos relacionados aos cuidados em saúde de um hospital. Tal resultado demonstrou a importância deste tipo de unidade para o cuidado pós-operatório destes pacientes e disponibilidade de leitos durante a pandemia de COVID-19.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | [ananeder@unicamp.br](mailto:ananeder@unicamp.br)

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102172 – Cirurgia bariátrica e metabólica: uma eficiente terapêutica no tratamento da obesidade infantil**

**AUTORES:** Renan Acácio Silva Mendonça (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Bruna Vasconcelos Cândido (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Daniela Silva Bertoloni (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Luan Beloto Leme (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriela Molina Morandin (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Nathane Silva Mendonça (Hospital Imaculada Conceição Sociedade Portuguesa de Beneficência - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marcelo Engracia Garcia (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Helena Pompeu (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade infantil é um problema multifatorial e global. A classificação depende do índice de massa corporal (IMC), sexo, idade e percentil (p) da curva de crescimento. Considera-se obesidade, entre 2 e 20 anos, o IMC acima do p95 para idade e sexo, e obesidade severa, o IMC  $\geq 120\%$  do p95 ou IMC  $\geq 35\text{kg/m}^2$ . Diabetes mellitus (DM), hipertensão, doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), dislipidemia e apneia obstrutiva do sono (AOS), estão associadas à patologia. O tratamento de primeira linha é a mudança de estilo de vida. Uso de medicamentos é controverso. E ambos não possuem bons resultados. Assim, a cirurgia bariátrica e metabólica (CBM) se tornou a opção eficiente para obesos severos. Indicações, contraindicações, técnicas cirúrgicas e prognóstico devem ser considerados para obtenção dos melhores resultados.

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância do diagnóstico da obesidade infantil e do tratamento pela CBM, afim de melhorar os resultados e a qualidade de vida do paciente.

**MÉTODO:** Realizado estudo descritivo por revisão literária nas bases de dados eletrônicas, com artigos de 2011 a 2021.

**RESULTADOS:** O diagnóstico da obesidade infantil deve ser auxiliado pelas curvas de IMC. A CBM é indicada aos adolescentes com IMC de  $35\text{ kg/m}^2$  e comorbidades graves (DM tipo 2, AOS e DHGNA) ou IMC de  $40\text{ kg/m}^2$  e outras comorbidades (hipertensão, resistência insulínica, intolerância a glicose, dislipidemia, AOS leve ou prejuízo das atividades diárias). Deve-se considerar as maturações sexual Tanner estágio IV-V e esquelética de 95%. Contraindica-se quando falta de: apoio familiar e adesão às recomendações pré-operatórias. As abordagens clássicas são: gastrectomia vertical (sleeve), banda gástrica ajustável laparoscópica (BGAL) e bypass gástrico em Y de Roux (BGYR). A BGAL não é indicada para menores de 18 anos. O BGYR é um procedimento bastante realizado, mas leva a deficiências nutricionais a longo prazo. Já a sleeve consiste na formação de um estômago reduzido e tubular, que restringe o volume da ingestão de alimentos, pouco altera a absorção de nutrientes e tem boa remissão das comorbidades, sendo uma ótima escolha.

**CONCLUSÃO:** A obesidade infantil é um problema de saúde pública. A intervenção não-cirúrgica é a primeira escolha, mas os resultados são insatisfatórios. Por isso, a CBM é a escolha mais eficiente. Técnicas, como a sleeve, que reduzem o IMC e as comorbidades, devem ser preferidas, respeitando a experiência do cirurgião, para proporcionar ao paciente infantil bom prognóstico e melhor qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** RENAN ACÁCIO SILVA MENDONÇA | renanmend96@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102228 – Análise dos Resultados do Tratamento de Obesidade com Balão Intragástrico Após 6 Meses**

**AUTORES:** Maria Clara Murad Baracat Ferreira (São Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (São Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Danilo Dallago de Marchi (São Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Núbia de Oliveira Borges (São Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Gabriel Moretto Sandri (São Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo teve como objetivo analisar os resultados obtidos no tratamento da obesidade com balão intragástrico, no período de 6 meses após sua realização

**OBJETIVO:** Se trata de estudo observacional com análise de coorte retrospectiva, de pacientes adultos entre 18 e 60 anos, com índice de massa corpórea (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup>.

**MÉTODO:** A amostra é da clínica privada Gastromed. Os pacientes foram agrupados de acordo com idade, sexo e peso, verificando a variação de peso ao longo dos 6 meses após a sua colocação.

**RESULTADOS:** Pode-se observar que a média do peso inicial era de 98 (desv. padrão de 21) e a média do peso final passou a ser 85 (desv. padrão de 18), ou seja, uma diferença de 13.73.

Para o IMC, a média do IMC inicial era de 34.5 (desv. padrão de 5.2) e a média do imc final passou a ser 29.7 (desv. padrão de 4.8), ou seja, uma diferença de 4.74. A grande diferença veio através da diferença entre o peso inicial e o peso final, assim como o IMC.

**CONCLUSÃO:** Pode-se concluir que o balão gástrico utilizado em um período de 6 meses é efetivo para perda de peso, e por sua vez na resolução da obesidade e suas consequências.

**CONTATO AUTOR:** MARIA CLARA MURAD BARACAT FERREIRA | mariaclaramurad@hotmail.com



## Cirurgia - Obesidade

### 102235 – BYPASS GÁSTRICO COM DESVIO INTESTINAL EM Y DE ROUX: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES NO PÓS-OPERATÓRIO

**AUTORES:** Jessica Mayumi Nagao (Hospital São Luiz - Rede Dor - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Maria Reina (Hospital São Luiz - Rede Dor - São Paulo - São Paulo - Brasil), Demetrius Eduardo Germini (Hospital São Luiz - Rede Dor - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é grave problema de saúde pública no mundo, com prevalência crescente nas últimas décadas. A sua origem é multifatorial, e o seu tratamento envolve abordagem clínica, comportamental e em situações especiais, cirúrgica. Observa-se repercussão negativa tanto na expectativa de tempo de vida quanto na sua qualidade.

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto na qualidade de vida dos doentes submetidos à cirurgia bariátrica tipo Gastroplastia por Bypass através da aplicação do protocolo BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System).

**MÉTODO:** Estudo observacional, longitudinal e retrospectivo em pacientes submetidos à cirurgia Bypass Gástrico com desvio intestinal em Y de Roux (BGYR), por técnica minimamente invasiva. A pesquisa foi realizada em um hospital particular localizado em São Paulo (SP), em pacientes operados pela mesma equipe cirúrgica, através de realização de entrevista telefônica com os doentes no pós-operatório tardio.

**RESULTADOS:** Dos doentes estudados, 41 (83,6%) são do gênero feminino, mediana de idade foi de 34,5 anos. Observou-se resolução das comorbidades: apneia do sono em 24 doentes (100%), diabetes mellitus tipo 2 em 100% dos doentes e hipertensão arterial sistêmica 83,4% dos doentes. Constatou-se melhora da qualidade de vida pós operatória em 91,8% dos casos. Observou-se após BGYR que a qualidade de vida em geral é "boa" para 20,4% desses doentes, "muito boa" para 48,9% dos doentes e "excelente" em para 30,6% dos doentes no pós- operatório de Bypass Gástrico com desvio intestinal em Y de Roux.

**CONCLUSÃO:** O Bypass Gástrico com desvio intestinal em Y de Roux (BGYR), pode estar relacionado com a melhora da qualidade de vida dos doentes obesos.

**CONTATO AUTOR:** JÉSSICA MAYUMI NAGAO | [jessicamnagao@gmail.com](mailto:jessicamnagao@gmail.com)

## Cirurgia - Obesidade

### 102274 – RECORTE TEMPORAL DA CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA NO BRASIL PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DESDE A SUA IMPLEMENTAÇÃO AO SISTEMA EM 2017

**AUTORES:** Enzo Studart de Lucena FEITOSA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Lucena de AQUINO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Antunes Coimbra Pinheiro PACÍFICO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Barbara Matos de Carvalho BORGES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), João Pedro Targino SILVA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gustavo Neves PINTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Amorim VIDAL (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Iana Vitoria Araujo MARQUES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vitor Sauwen PAIVA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARIA STELLA VASCONCELOS SALES VALENTE (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), JOÃO PEDRO ANDRADE AUGUSTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Barbara Bezerra RICCIARDI (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Julimar Correia de MENEZES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Estima-se que, em 2018, cerca de R\$379 milhões gastos pelo SUS referentes ao tratamento da obesidade. Nesse contexto, vários pacientes não respondem às manobras terapêuticas conservadoras utilizadas, como reeducação alimentar e prática de atividades físicas, e, assim, acabam necessitando de uma intervenção cirúrgica. A cirurgia bariátrica realizada por videolaparoscopia, vem ganhando espaço atualmente, levando a um menor trauma cirúrgico, com redução da morbidade e do período pós-operatório.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise temporal das cirurgias bariátricas videolaparoscópicas realizadas no Brasil pelo SUS, desde a sua incorporação ao sistema em 2017, e relacioná-la com aspectos demográficos e epidemiológicos regionais.

**MÉTODO:** Estudo transversal e documental com abordagem quantitativa, acerca das internações por cirurgia bariátrica videolaparoscópica no Brasil entre maio de 2017 e junho de 2021, por meio do Sistema de Procedimentos Hospitalares do SUS (DATASUS). Foram avaliadas as variáveis de dados por local de internação, média de permanência hospitalar (em dias), número de óbitos e ano de processamento.

**RESULTADOS:** Total de 2.391 procedimentos, com 218 notificações em 2017, atingindo 806 em 2019, e diminuindo para 555 em 2020 e para 273 casos em 2021. Tal circunstância descreve, inicialmente, um crescimento exponencial de procedimentos, porém, no último ano, houve uma redução significativa, podendo ser depreendido do atual cenário pandêmico, onde ocorre a suspensão de cirurgias eletivas. Na análise regional, o Nordeste (NE) apresentou a maior incidência por 100.000 habitantes (1,8), seguida do Sul (1,22), Centro-Oeste (0,99), Sudeste (SE) (0,88), e Norte (0,14). Nesse contexto, é percebido que o SE, região mais populosa e desenvolvida do país, está atrás do NE, uma das justificativas é o alto índice de indivíduos obesos na última, uma vez que dentre as capitais brasileiras, 7 metrópoles do NE estão entre as 13 com maior percentual de mulheres obesas. Houve apenas uma notificação relacionada a óbito, no estado de São Paulo em 2019.

**CONCLUSÃO:** Assim, a realização de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, apesar da diminuição recente pela pandemia, tem se tornado mais comum no cenário atual, principalmente na região NE do País. Ademais, é notória a pequena taxa de morbimortalidade relacionada a esse tratamento nos últimos anos, condizente com a característica de redução de morbidade em procedimentos videolaparoscópicos.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | [enzostudart@gmail.com](mailto:enzostudart@gmail.com)

## Cirurgia - Obesidade

### 102285 – Assessment of the clinical profile of patients with obesity and asymptomatic COVID-19 undergoing bariatric surgery in Brazil

**AUTORES:** Fernando de Santa Cruz Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Luís Henrique de Albuquerque Leão (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Lucas Ribeiro Coutinho (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Flavio Kreimer (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Luciana Teixeira Siqueira (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Alvaro Antonio Bandeira Ferraz (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Obesity has been pointed as the main risk factor for the aggravation of COVID-19 cases, with lots of studies showing higher necessity of mechanical ventilation, longer hospital stay and higher mortality rates in this population. However, successive cases of patients with grade II obesity presenting positive RT-PCR for Sars-CoV-2 without symptoms were observed in the preoperative period of bariatric surgery.

**OBJETIVO:** Outline the clinical and laboratorial profile of patients with obesity undergoing bariatric surgery who presented positive RT-PCR for Sars-CoV-2 in the preoperative period without symptoms presentation.

**MÉTODO:** Case series of 17 patients undergoing bariatric surgery who presented RT-PCR for Sars-CoV-2 in the preoperative period, with no reported symptoms. Data collected included demographic characteristics, length of hospital stay, waiting time for surgery, inflammatory response laboratory markers and micronutrients serum levels.

**RESULTADOS:** In total, 219 patients underwent bariatric surgery in our institution during the study period. The incidence of asymptomatic cases was 7.7%. The sample comprised 88.2% of women, with mean age of 39.3 years and mean preoperative BMI of 37.7 Kg/m<sup>2</sup>. Thirty five percent of the sample had previous diagnosis of diabetes and 29.4% had hypertension. The mean time elapsed between a positive RT-PCR and the operation was 17 ± 7.5 days and the mean length of postoperative hospital stay was 1.9 ± 0.43 day. Mean lymphocytes count was 2,409.7/mm<sup>3</sup> and the mean platelet-to-lymphocyte ratio was 126.3. Mean C-reactive protein value was 5.8mg/dL, while ferritin marked 107.4 µg/L. Dengue virus (DENV) IgG was identified in all patients who tested for it. Mean levels of vitamin D and zinc were 25.6 ng/mL and 79.9 µg/dL, respectively. There were no postoperative complications reported.

**CONCLUSÃO:** None of the included patients presented any of the laboratory markers related to disease severity. Moreover, it is important to notice that all patients who tested for DENV, had the specific IgG detected in their serum.

**CONTATO AUTOR:** LUIS HENRIQUE DE ALBUQUERQUE LEAO | luishenriqueleao.ufpe@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102303 – Análise dos resultados do tratamento da obesidade com balão intragástrico após 12 meses**

**AUTORES:** Nubia Borges (Sao Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Maria Clara Baracat (Sao Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Gabriel Sandri (Sao Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Danilo De Marchi (Gastromed - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Borges (Sao Leopoldo Mandic - Campinas - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (Gastromed - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é um problema atual e crescente de saúde mundialmente e cursa com maior mortalidade e morbidade. Sabe-se que populações com índices de obesidade elevado tem expectativa de vida menor e maior risco de desenvolvimento de comorbidades.

**OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo analisar os resultados obtidos no tratamento da obesidade com balão intragástrico, no período de 12 meses após sua realização.

**MÉTODO:** Se trata de estudo observacional com análise de coorte retrospectiva, de pacientes adultos entre 18 e 60 anos, com índice de massa corpórea (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup>. A amostra é da clínica privada Gastromed. Os pacientes serão agrupados de acordo com idade, sexo e peso, verificando a variação de peso e eventuais complicações ao longo dos 12 meses após a sua colocação.

**RESULTADOS:** Podemos ver que a diferença das médias entre o peso inicial e o peso após o tratamento é significativa. A média do peso inicial é 96.5 Kg e o desvio padrão é de 15, porém, após o tratamento, a média passou a ser 83.3 Kg com desvio padrão de 16. Essa diferença em termos absolutos foi de 13.2 Kg. A média de IMC antes do tratamento foi de 33.54 e desvio padrão 4.1 e a média do IMC final foi de 28.8 e desvio padrão 4.2, a estimativa da real diferença de médias com 95% de confiança foi de 4.7 [3.72 ; 5.67].

**CONCLUSÃO:** Ao fim dessa pesquisa, pode-se concluir que o balão gástrico Spatz utilizado em um período de 12 meses é eficiente para perda de peso e na resolução da obesidade e suas consequências.

**CONTATO AUTOR:** NUBIA DE OLIVEIRA BORGES | nu\_borges@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102359 – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA CIRURGIA DE BYPASS GÁSTRICO APÓS UM ANO PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE**

**AUTORES:** Gabriel Moretto Sandri (Faculdade São Leopoldo Mandic - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), Danilo Dallago de Marchi (Instituto Zilberstein - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (Instituto Zilberstein - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), Maria Clara Murad Baracat Ferreira (Faculdade São Leopoldo Mandic - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), Núbia Oliveira Borges (Faculdade São Leopoldo Mandic - CAMPINAS - São Paulo - Brasil)

#### **INTRODUÇÃO:**

A obesidade pode ser definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, de maneira a acarretar prejuízos a saúde dos indivíduos. O grande comprometimento da saúde e da qualidade de vida é tido como um dos principais motivos para que pacientes obesos cada vez mais procurem tratamento cirúrgico para emagrecimento. Redução de cerca de 5-10% do peso já garante benefícios significativos à saúde do paciente. A cirurgia de bypass gástrico em Y de Roux é considerada o “padrão ouro” por ser um procedimento que apresenta bons resultados a curto e longo prazo. Estudos mais recentes apontam também a eficácia da técnica de by-pass gástrico independente da idade. Pacientes que possuem mais de 55 anos apresentaram índices de emagrecimento a curto e longo prazo semelhantes aos de pacientes mais jovens.

**OBJETIVO:** O objetivo primário do presente estudo é analisar a variação de peso dos pacientes submetidos à cirurgia de bypass gástrico um ano após a realização do procedimento.

**MÉTODO:** Trata-se de estudo observacional com análise de coorte retrospectivo, a partir do prontuário médico. A amostra é da clínica privada, Gastromed-Instituto Zilberstein. Os pacientes serão agrupados de acordo com idade, peso e sexo, verificando-se o emagrecimento 12 meses após a operação com base na análise de dados realizada por software estatístico.

**RESULTADOS:** Podemos avaliar que obtivemos uma significativa diferença entre as médias de peso inicial e final dos pacientes submetidos a pesquisa. A média de peso inicial correspondia a 117,4 kg atingindo 83,4 kg um ano após a cirurgia, trazendo uma diferença das médias de 34 kg. Quando comparamos os valores correspondentes ao IMC a média inicial figurou-se em 41.1 sendo que a média após um ano de emagrecimento esteve em 33,4, além disso, outro dado importante é que a média do percentual de perda de peso desses correspondeu a 28,5. A perda de peso dos pacientes também mostrou-se muito semelhante entre indivíduos mais jovens e mais velhos.

**CONCLUSÃO:** É fato de que motivados pela busca de bem estar e saúde, pacientes obesos tem buscado cada vez mais a realização de procedimentos cirúrgicos que sejam capazes de promover o emagrecimento, com base nessa pesquisa, corroborando com a literatura atual, torna-se evidente que a cirurgia de bypass gástrico é um método eficiente capaz de promover redução significativa no excesso de peso e nos valores correspondentes ao IMC.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL MORETTO SANDRI | gabrielmorettosandri@outlook.com

## Cirurgia - Obesidade

### 102409 – Revisão Literária acerca da Doença do Refluxo Gastroesofágico como complicação da Cirurgia Bariátrica Sleeve

**AUTORES:** Eduardo Sarmiento do Ó (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Vitor Manoel Lima Caraveta (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Jordan Gomes de Queiroga ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Mayane Maria Fernandes dos Santos ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Guilherme Cavalcante Pascoal ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Isabella Vieira do Ó ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Vívian Maria Maia ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ana Clara Cardoso do Ó (Centro Universitário de João Pessoa - Unipê - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Caio Alberto Nóbrega dos Santos ( Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Marianna de Oliveira Brito (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Dário Rique de Andrade Lima (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Mayssa Martim Furtado Lacerda (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Maria Amélia Almeida Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia bariátrica é um procedimento cada vez mais procurado devido ao aumento da obesidade da população, e uma das preocupações acerca da cirurgia é o desenvolvimento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) no paciente pós bariátrica. Vale salientar que dependendo do método escolhido há uma diferença na incidência da patologia, sendo um fator determinante no momento de escolha do procedimento.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão literária sobre a DRGE como complicação nos pacientes pós cirurgia de gastrectomia sleeve (GS), e compará-la com a cirurgia By-Pass (BP).

**MÉTODO:** Foram utilizados para este trabalho dados do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) e artigos do Scielo.

**RESULTADOS:** A obesidade representa uma preocupação geral de diversas especialidades médicas, especialmente dos cirurgiões do aparelho digestivo, que segundo a SBCBM, realizaram 68.530 cirurgias bariátricas no ano de 2019 apenas no território nacional. A técnica mais empregada no Brasil ainda é a gastrectomia BP (estima-se que 75% das cirurgias realizadas), porém a GS vem se tornando opção de muitos cirurgiões no Brasil devido à perda de peso considerável se comparada à técnica BP, e por ter boa eficácia sobre o controle de dislipidemias. Entretanto, a técnica de GS pode levar a complicações posteriores que resultam na necessidade de conversão da cirurgia realizada em BP, sendo a principal dessas complicações a DRGE, causada principalmente pela alteração do ângulo esofagogástrico induzida pela cirurgia, hipotonia do esfíncter esofágico inferior (EEI) causada pela divisão das fibras musculares e a diminuição do volume gástrico, gerando aumento da pressão intra-gástrica. É importante salientar que a maioria dos pacientes que desenvolveram a DRGE posteriormente à GS não apresentavam sintomas ou quaisquer alterações nos exames realizados antes, como pHmetria, manometria e a endoscopia digestiva alta, demonstrando que alterações nestes exames como hérnia hiatal, esofagites erosivas e esôfago de Barrett são resultantes da técnica cirúrgica empregada. Condições essas que diversos pacientes relataram não haver melhora dos sintomas ao tratamento com IBP.

**CONCLUSÃO:** Estudos correlacionaram a influência da cirurgia Sleeve com a DRGE, devido à disfunção do EEI e de fatores como a alteração do ângulo esofagogástrico. Com isso, torna-se importante levar em consideração na hora da escolha do procedimento a ser adotado para a bariátrica, visando a diminuição da morbidade.

**CONTATO AUTOR:** EDUARDO SARMENTO DO O | eduardosarmiento88@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 102441 – BULLYING E OBESIDADE: QUAL A RELAÇÃO?

**AUTORES:** Ana Maria Neder de Almeida (Hospital de Clínicas / Faculdade Ciências Médicas e Gastrocentro - UNICAMP - - Campinas - São Paulo - Brasil), Jessica Eloá Poletto (Hospital de Clínicas- UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Elaine Cristina Candido (Hospital de Clínicas- UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Luciana Nascimento (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Felipe David Mendonça Chaim (Hospital de Clínicas- UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Martinho Antonio Gestic (Hospital de Clínicas- UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Murilo Pimentel Utrini (Hospital de Clínicas- UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Hospital de Clínicas / Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Elinton Adami Chaim (Hospital de Clínicas / Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma epidemia que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, causando comorbidades e elevada mortalidade. A prática do bullying é um problema mundial, consistindo no conjunto de agressões verbais, físicas e psicológicas que humilham, intimidam, assediam e traumatizam a vítima, podendo levar ao suicídio. A obesidade pode estar ligada à prática do bullying. Indivíduos obesos tendem a sofrer maior exclusão social e mudanças psicológicas como automutilação, ansiedade, culpa, humor depressivo, e problemas de comportamento alimentar que se agravam com a prática do bullying.

**OBJETIVO:** Identificar casos de bullying sofridos pelos pacientes obesos do Grupo Multidisciplinar preparatório para Cirurgia Bariátrica.

**MÉTODO:** Estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade (nº 3690904). Foram incluídos obesos participantes do Grupo preparatório para cirurgia bariátrica. A avaliação foi realizada mediante aplicação de questionário validado, com perguntas relativas a bullying. O questionário foi aplicado por uma psicóloga que deu todo o acolhimento aos pacientes.

**RESULTADOS:** Foram entrevistados 603 pacientes obesos, sendo 472 mulheres (78,3%) e 131 homens (21,7%). Desse grupo de obesos, 313 indivíduos (51,9%) responderam que sofreram bullying em algum período de suas vidas. Apenas 13 pacientes não responderam esse quesito no questionário (2,7%), sendo 12 mulheres (2,5%) e 1 homem (0,2%). Dentre as mulheres, 255 informaram terem sofrido bullying (81,5%) e 186 negaram (59,4%). Dentre os homens, 58 informaram ter sofrido bullying (18,5%) e 68 negaram (21,7%).

**CONCLUSÃO:** Os achados desse estudo mostram que o bullying está relacionado com a obesidade e é muito grave, inadmissível e merece atenção e preocupação. Dentre os motivos relatados estão, a dificuldade em se abrir/contar/denunciar, a sensação de ser inferiorizada pelos colegas e com a identidade estigmatizada, decorrente da depreciação, humilhação, intimidação e preconceitos, desde o âmbito escolar. Portanto, é muito importante o diagnóstico dessas situações vividas na avaliação pré-operatória, para que possam ser devidamente enfrentados e controlados emocionalmente. E assim, ocorre melhora comportamental, quanto à autoestima, ansiedade, depressão, capacidade de controle e equilíbrio no tratamento de sua obesidade, apresentando melhor perda de peso, melhor preparo físico e emocional para a cirurgia, objetivando um pós-cirúrgico de sucesso, prevenindo reganho de peso como proteção.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | [ananeder@unicamp.br](mailto:ananeder@unicamp.br)

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102465 – BENEFÍCIOS DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM INDIVÍDUOS PÓS-OPERADOS NÃO ADERENTES AO TRATAMENTO E USUÁRIOS DE ÁLCOOL.**

**AUTORES:** Elaine Cristina Cândido (Hospital de Clínicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Maria Neder de Almeida (Hospital de Clínicas / Faculdade de Ciências Médicas e Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Jessica Eloá Poletto (Hospital de Clínicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Hospital de Clínicas / Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Elinton Adami Chaim (Hospital de Clínicas / Faculdade de Ciências Médicas e Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma doença crônica, complexa, epidêmica e multifatorial, que envolve fatores genéticos, ambientais, comportamentais, endócrinos, dietéticos, psicológicos e sociais. Diante desta realidade acentua-se a necessidade do conhecimento do perfil epidemiológico, clínico e o uso do álcool nos indivíduos que apresentam não adesão ao tratamento e seguimento pós-operatório, podendo acarretar comorbidades físicas e psíquicas que poderiam ser evitadas.

**OBJETIVO:** Caracterizar um grupo de indivíduos obesos que não retornaram às consultas ambulatoriais, durante pelo menos um ano após terem sido submetidos à cirurgia bariátrica, no próprio Serviço.

**MÉTODO:** Este é um estudo analítico transversal que envolveu 100 indivíduos obesos operados e não cumpriram as consultas agendadas há pelo menos um ano. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário sociodemográfico, instrumento de avaliação da adesão ao seguimento ambulatorial pós-operatório e do consumo de álcool, denominado questionário AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test.

**RESULTADOS:** Dentre 62 pacientes incluídos no estudo, 54 eram mulheres (87,1%) e 42 brancas (67,7%). A confirmação do abuso de álcool foi identificada em 32 doentes (51,6%), relacionando esse abuso com a não adesão ao tratamento e seguimento pós-operatório. Além disso, nesse grupo foi constatado alteração da creatinina sérica. Esse abandono ao tratamento foi também correlacionado com o maior peso inicial por ocasião da cirurgia bariátrica. Essa casuística demonstra ainda as alterações bioquímicas encontrada no grupo, de não adesão parcial (pelo menos 12 meses), sendo: HB, HT, TGO, TGP, albumina, ferritina, triglicérides, colesterol e proteínas. A não adesão total ocorreu principalmente em indivíduos sem companheiros, com aumento de HT, TGP, uréia, ferritina, proteínas séricas e ganho de peso, desde a última consulta.

**CONCLUSÃO:** As características dos indivíduos que não retornaram e fazem uso regular de álcool, são mulheres, de raça branca, com companheiros, residência própria, com renda de 1 a 3 salários mínimos, com religiosidade, sem convênio médico particular, relatando serem saudáveis e negam usam de drogas. As alterações bioquímicas foram pouco significativas em relação aos benefícios proporcionados pela cirurgia bariátrica, mesmo nos usuários de álcool, que abandonaram o acompanhamento pós-operatório.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | [ananeder@unicamp.br](mailto:ananeder@unicamp.br)



## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104257 – Cirurgia Bariátrica como fator protetivo para o COVID-19**

**AUTORES:** Flavia Gebran Velloso Messias (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcos Ros Zambelli de Almeida (Instituto Bariátrico - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Taiana Teixeira Dias (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Laura Bergman Sznajder (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Gabriel José Gerpe Garin Borges (Centro Universitário de Volta Redonda - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** É evidente que a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e produz efeitos deletérios à saúde. Um crescente corpo de dados sugere que o desfecho de pacientes com COVID-19 é pior para aqueles que sofrem de obesidade e sobrepeso, uma vez que uma proporção significativa necessita de cuidados intensivos.

**OBJETIVO:** O objetivo do presente estudo é avaliar os possíveis fatores protetivos, em indivíduos pós-bariátricos, acerca das complicações da infecção pelo novo coronavírus.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de Abril a Maio de 2021 através do levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: Bariatric Surgery e COVID-19. Esta busca resultou em 15 referências bibliográficas que foram submetidas aos critérios de seleção.

**RESULTADOS:** Identificamos uma menor prevalência de sintomas compatíveis com quadro grave de COVID-19 entre pacientes que já haviam sido submetidos ao procedimento bariátrico quando comparados à indivíduos obesos. A inflamação do tecido, característica da obesidade, gera acúmulo de macrófagos que produz adipócitos de citocinas pró-inflamatórias, levando à inflamação crônica de baixo grau, que pode prejudicar a resposta imunológica e ter efeitos prejudiciais no parênquima pulmonar e brônquios. Por conseguinte, relatamos diminuição significativa nas taxas de hospitalização, assim como queda na taxa de oxigenioterapia quando comparados à indivíduos que preenchem os requisitos para cirurgia bariátrica, mas que não realizaram o procedimento. Somado aos fatos supracitados, a perda de peso após a cirurgia metabólica colabora para a remissão de comorbidades como síndrome da apneia obstrutiva do sono, hipertensão, diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, pois quando presentes, influenciam no curso clínico da infecção por COVID-19 e contabilizam a principal causa de internações hospitalares.

**CONCLUSÃO:** Ainda que os dados disponíveis acerca da evolução de pacientes submetidos a cirurgia metabólica que desenvolveram COVID-19 sejam limitados, é possível inferir que a cirurgia bariátrica confere aos pacientes um fator protetivo quando comparados aos indivíduos com obesidade, devido a redução das comorbidades, bem como a perda de peso. Dessa forma, é crucial entender o efeito da obesidade no curso da infecção para prevenir ou mitigar as morbidades e mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** FLAVIA GEBRAN VELLOSO MESSIAS | flaviagebran@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 1104383 – ÚLCERA DUODENAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA EM BYPASS GÁSTRICO

**AUTORES:** Louise Pessoa de Araújo Guedes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Márcio Felipe Bezerra Neves (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Patrícia Kelle Medeiros de Lacerda (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Júlio Augusto de Almeida Ferreira Filho (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Deborah Nobrega de Farias (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Michelly Mellinny Queiroga Gomes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Raylanne Marcelino de Soares Medeiros (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Juez Silvestre Neto (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma condição complexa de dimensões sociais, biológicas e psicossociais consideráveis, podendo afetar indivíduos de todas as idades, grupos socioeconômicos, em todas as regiões do planeta. Devido à atual epidemia de obesidade, é crescente o número de cirurgias bariátricas. Procedimentos bariátricos são seguros, mas não isentos de intercorrências, a curto e longo prazo, podendo cursar com quadro de abdome agudo, dentre suas causas, a úlcera duodenal deve ser um diagnóstico diferencial.

**OBJETIVO:** Ressaltar a importância da incidência de úlcera duodenal perfurada em pacientes submetidos a bypass gástrico em Y-de-Roux (BGR).

**MÉTODO:** Para realização desta revisão, foram selecionados estudos relevantes publicados em português e em inglês, indexados nos bancos de dados: MEDLINE, SciELO, LILACS, PubMed.

**RESULTADOS:** A úlcera duodenal perfurada ocorre no segmento excluído em pacientes submetidos ao BGR sendo uma patologia rara, descrito apenas em 21 casos no mundo. A fisiopatologia da ulcerogênese em pacientes submetidos ao BGR não está bem estabelecida. O diagnóstico da úlcera duodenal em pacientes submetidos a BGR pode ser desafiador; portanto, devemos atentar para pacientes com o histórico cirúrgico de BGR associado principalmente a dor em abdome superior, mesmo na ausência de pneumoperitônio nos exames de imagem, já que a presença deste achado é incomum neste grupo de pacientes.

**CONCLUSÃO:** Uma das queixas principais do portador de úlcera duodenal perfurada é a dor abdominal, a qual é comum em pós operatório de bypass gástrico em Y de Roux atingindo uma incidência de 10 a 28% dos pacientes. Frente disso, a úlcera duodenal perfurada no segmento excluído deve entrar como diagnóstico diferencial em pacientes com dor abdominal com histórico cirúrgico de gastroplastia. Deve-se ter em mente a exploração cirúrgica precoce nesses pacientes, para auxílio diagnóstico e terapêutico quando necessário. O tratamento de urgência consiste em cirurgia e o fechamento primário da lesão pela técnica de ulcerorrafia e omentoplastia. Já o tratamento definitivo, que consiste em vagotomia e piloroplastia ou gastrectomia, pode ser indicado no momento da abordagem de urgência ou posteriormente. Concluímos assim que, devido à crescente incidência de operações bariátricas, os médicos e profissionais de saúde devem estar familiarizados com suas possíveis complicações..

**CONTATO AUTOR:** LOUISE PESSOA DE ARAUJO GUEDES | louise.pessoa@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 1104385 – Roux-en-Y Gastric Bypass Downregulates Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2) Gene Expression in Subcutaneous White Adipose Tissue: A Putative Protective Mechanism Against Severe COVID-19 in Severe Obesity.

**AUTORES:** Leonardo Kristem (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mariana Recamonde-Mendonza (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Giuliano Chemale Cigerza (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Jad Khoraki, Guilherme Mussi Campos, Guilherme Silva Mazzini (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** The angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) is the receptor for the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and is highly expressed in adipose tissue. The greater volume of adipose tissue in obesity might increase the exposure to the virus and serve as a viral reservoir during infection, possibly associated with progression to severe forms of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in patients with obesity.

**OBJETIVO:** To study ACE2 gene expression in subcutaneous white adipose tissue (sWAT), before and after Roux-en-Y gastric bypass surgery (RYGB), using publicly available gene expression data.

**MÉTODO:** We searched the Gene Expression Omnibus (GEO) Datasets to study ACE2 gene expression in sWAT, before and after RYGB, compared to matched control individuals. Log-fold changes (logFC) were calculated.

**RESULTADOS:** We reanalyzed the GSE59034 series containing microarray data from sWAT biopsies from 16 women before and 2 years after RYGB, and 16 control subjects matched to the post-surgery patients by sex, age and BMI. RYGB led to a significant weight and fat mass loss and adipocytes volume reduction. After RYGB there was a significant decrease in ACE2 gene expression in sWAT (logFC=-0.4175, p=0.0015). Additionally, ACE2 gene expression in sWAT was significantly lower after RYGB compared to matched controls (LogFC=-0.32875, p=0.0014), despite similar BMI and percentage of body fat.

**CONCLUSÃO:** RYGB provides for a significant reduction in fat mass, as well as downregulation of ACE2 gene expression in sWAT. Our data adds to the well-known benefits of RYGB, a potential protective mechanism against COVID-19.

**CONTATO AUTOR:** LEONARDO KRISTEM | leokristem@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104387 – PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PÓS OPERATÓRIO DE PACIENTES OBESOS SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

**AUTORES:** Louise Pessoa de Araújo Guedes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Márcio Fellipe Bezerra Neves (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Patricia Kelle Medeiros de Lacerda (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Júlio Augusto de Almeida Ferreira Filho (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Deborah Nobrega de Farias (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Michelly Mellinny Queiroga Gomes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Raylanne Marcelino de Soares Medeiros (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Juarez Silvestre Neto (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia bariátrica vem se mostrando de excelente escolha no tratamento de pacientes com obesidade e comorbidades associadas, sendo apontada por muitos estudos como a principal forma de perda de peso sustentada ao longo dos anos.

**OBJETIVO:** Com o crescente número de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica torna-se necessário ter o conhecimento das principais complicações relacionadas ao pós-operatório, levando em consideração as comorbidades prévias, a fim de se realizar o tratamento des

**MÉTODO:** Revisão bibliográfica de artigos nas bases de dados do scielo, buscando enfoque da cirurgia do aparelho digestivo e medicina intensiva nos cuidados desses pacientes em pós operatório de cirurgia bariátrica

**RESULTADOS:** A obesidade pode trazer complicações no sistema respiratório e ventilação mecânica, por fazer com que o doente tenha um padrão restritivo e diminuição da capacidade vital. O aparelho cardiovascular também é afetado, já que a obesidade é considerada como fator de risco para HAS, DM e IAM. Eventos trombóticos como TEP (tromboembolismo pulmonar) e TVP (trombose venosa profunda) também estão dentre as complicações após cirurgias bariátricas, listados como as uma das principais causas de óbito. A prevalência de insuficiência renal aguda é de 50% e as causas são hipovolemia, oclusão tubular, acidose e aumento de radicais livres.

**CONCLUSÃO:** A equipe cirúrgica deve ter conhecimento das comorbidades de cada paciente e relacionar esse histórico clínico às possíveis complicações que essas doenças crônicas predispõem. Dessa maneira, a equipe terá condições de identificar e tratar de forma precoce tais complicações, propiciando ao paciente uma recuperação mais rápida e um menor tempo de internação.

**CONTATO AUTOR:** LOUISE PESSOA DE ARAUJO GUEDES | [louise.pessoa@hotmail.com](mailto:louise.pessoa@hotmail.com)

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104514 – Gastroplastia endoscópica no tratamento da obesidade: uma revisão bibliográfica**

**AUTORES:** FERNANDA COPINSKI (UNINGÁ - MARINGÁ - Paraná - Brasil), RAFAELA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), VICTÓRIA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), PEDRO PALITOT PEREIRA PEDROSA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), GERALDO DE SOUZA NÓBREGA JUNIOR (FACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), IASMIN PORDEUS COURA URTIGA (FCM PB - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), ATÁLIA ISABELLE ESTEVAM NOGUEIRA FERREIRA (UNIFOR - FORTALEZA - Ceará - Brasil), GABRIELA COPINSKI (UNIVERSIDADE DE VASSOURAS - VASSOURAS - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e genética. Trata-se de um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A gastroplastia endoscópica refere-se a uma nova opção para os pacientes que se encontram numa faixa intermediária: não respondem à terapêutica habitual e que ainda não há indicação cirúrgica. Assim, esse procedimento endoscópico menos invasivo fornece perda de peso aos não tratados cirurgicamente, permitindo atendimento mais precoce, inclusive para crianças, adolescentes e idosos.

**OBJETIVO:** Analisar a literatura vigente acerca de gastroplastia endoscópica, visando contribuir para o conhecimento dos princípios e dos cuidados voltados para esse método.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva de artigos selecionados em bancos de dados como BVS, PubMed, LILACS e SCIELO, no período entre 2016 e 2021.

**RESULTADOS:** Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, pacientes submetidos ao tratamento endoscópico perderam 7,05 kg e 4,99 kg a mais do que os pacientes do grupo controle aos 6 e 12 meses. Os resultados da perda de peso são significativos, não havendo evento adverso grave. Após dois anos de acompanhamento, 59,1% chegaram ao objetivo no primeiro mês, 95,2% em seis meses e 98,7% com um ano. Não foi encontrada diferença significativa devido ao gênero, idade ou IMC inicial. Os grupos com melhores resultados são os mais jovens. Normalmente não há complicações graves. A gastroplastia endoscópica é uma alternativa menos invasiva e mais barata que operações bariátricas convencionais, com resultados promissores, principalmente quando realizada em conjunto com acompanhamento multidisciplinar.

**CONCLUSÃO:** A partir do exposto, é evidente a gastroplastia endoscópica é uma forma de tratamento com vantagens significativas diante dos resultados vistos a médio e longo prazo, ainda com melhores resultados em pacientes jovens e demonstrando que o acompanhamento multiprofissional de médicos, nutricionistas e psicólogos trazem uma maior efetividade na evolução do prognóstico de pacientes submetidos a esse tipo de tratamento endoscópico. Ademais, esse método menos invasivo é benéfico consideravelmente em não propiciar complicações graves.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COPINSKI | fcopinski@gmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 1104570 – IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 NOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS BARIÁTRICOS ATIVOS.

**AUTORES:** Jéssica Eloá Poletto (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Maria Neder Almeida (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Elaine Cristina Candido (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Daniela Tezoto Rizzo (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Elinton Adami Chaim (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A pandemia atualmente instalada no mundo, devido à infecção viral COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), causada pelo vírus SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome, coronavirus 2), teve seu início no final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, na China. A maioria dos infectados apresentaram febre alta, dispneia e lesões invasivas em ambos os pulmões, reveladas por radiografias do tórax. Para indivíduos com obesidade, o COVID-19 torna-se especialmente grave. A obesidade é uma doença pró-inflamatória caracterizada pelo acúmulo de gordura anormal ou excessivo que causa prejuízos à saúde. Para reduzir tal risco, o tratamento da obesidade se faz essencial. A cirurgia bariátrica e a atividade física são formas de tratamento dessa doença.

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto da pandemia do SARS-CoV-2 no IMC, na porcentagem de gordura e na qualidade de vida geral de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica que praticam atividade física.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso longitudinal observacional com indivíduos que realizaram a cirurgia bariátrica há pelo menos um ano. A coleta de dados se deu de forma individual e foi realizada no Ambulatório de Cirurgia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, com indivíduos obesos grau II e III submetidos à cirurgia bariátrica, em três momentos distintos (pós-cirurgia imediato; início da pandemia, aproximadamente 12 meses após a cirurgia; após 10 meses do início da pandemia). Os dados coletados foram: nível de atividade física (IPAQ-SF), dados antropométricos e o índice de qualidade de vida (WHOQOL-BREF).

**RESULTADOS:** Foram avaliados três indivíduos do sexo feminino. O impacto negativo da pandemia do vírus SARS-CoV-2 foi presente no IMC, na porcentagem de gordura e na qualidade de vida geral, já que não foram encontrados resultados significativos de melhora em tais variáveis. Por outro lado, a prática da atividade física, em casa ou ao ar livre, contribuiu para que os valores do IMC e da porcentagem de gordura e o índice da qualidade de vida geral, não sofressem grandes déficits, não prejudicando a saúde dos indivíduos avaliados.

**CONCLUSÃO:** Apesar das diversas restrições em resposta à pandemia da doença COVID-19, para os indivíduos que passaram por procedimento cirúrgico bariátrico, é importante a continuidade da prática de atividade física, mesmo que em casa, para que tais indivíduos não sofram com aumento de IMC e de porcentagem de gordura e com déficit da qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | ananeder@unicamp.br

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104573 – O papel da psiquiatria em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: Uma revisão de literatura**

**AUTORES:** Jordan Gomes de Queiroga (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Pedro Santiago Madruga Ferreira (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Maria Cecília Maranhão Ribeiro (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Gabriel Ferreira de Farias (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Guilherme Cavalcante Pascoal (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Vitor Manoel Lima Caraveta (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Eduardo Sarmiento do Ó (Faculdade De Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As alterações psicológicas e neurológicas em pacientes obesos impõem ainda mais a necessidade de indicação de um tratamento para a obesidade para diminuir o número de comorbidades associadas. As intervenções de mudanças do estilo de vida, terapia cognitivo comportamental, grupos de apoio e treino cognitivo são importantes para uma abordagem complementar do paciente, mas não devem retardar ou atrasar a indicação de cirurgia bariátrica.

A obesidade está aumentando em todo o mundo, incluindo em pacientes que sofrem de distúrbios psiquiátricos. Um dos tratamentos para a obesidade é a cirurgia bariátrica, comprovadamente segura e com boa relação custo-benefício.

**OBJETIVO:** Essa revisão literária teve como objetivo sintetizar o estudo atual de conhecimentos referentes ao acompanhamento psiquiátrico em pacientes bariátricos.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão literária baseada em dados do Scielo, utilizando o seguinte descritor "Psychiatric aspects in bariatric patients". Considerando os critérios de inclusão de artigos foram analisados 22 artigos no total, esses artigos foram limitados à língua inglesa e portuguesa e limitados à 2019 a 2021

**RESULTADOS:** Os resultados obtidos através da pesquisa foram constatados que a alta tardia em pacientes bariátricos foi mais provável no grupo de pacientes com diagnóstico psiquiátrico, em particular a pacientes com diagnóstico prévio de desordem neurótica ou depressão do que a dos pacientes sem diagnóstico psiquiátrico, também foi relatado que pacientes com depressão e ansiedade têm mais visitas ao departamento de emergência durante os primeiros 3 meses após a cirurgia bariátrica. No entanto, visitas ao departamento de emergência ou a readmissão não conduz necessariamente à reoperação, o que mostra que a mudança drástica no comportamento alimentar pode levar à diminuição da motivação e à mobilização mais lenta, levando à decisão clínica de adiar a alta.

**CONCLUSÃO:** Diversos estudos indicam elevada prevalência de transtornos mentais e alterações psicopatológicas na população de pacientes bariátricos. Embora a maioria dos pacientes apresente adequado controle ponderal e melhora na qualidade de vida em médio e longo prazo, alguns pacientes desenvolvem alterações relativas ao comportamento alimentar, abuso de álcool e outras substâncias e complicações associadas a comportamento impulsivo, o que remete a hipóteses etiológicas que vão desde modelos neuroquímicos até teorias psicossociais.

**CONTATO AUTOR:** PEDRO SANTIAGO MADRUGA FERREIRA | pepeusantiago@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 1104583 – AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DA TÉCNICA CIRÚRGICA EXPERIMENTAL DE MINI-GASTRIC BYPASS

**AUTORES:** Alice Mory Rossato (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Julia Cantú Ferreira (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Fernanda Rodrigues Araujo (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Maria Neder Almeida (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Elaine Cristina Candido (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Martinho Antonio Gestic (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Murilo Utrini (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Felipe David Mendonça Chaim (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Almino Cardoso Ramos (Clinica Gastro Obeso Center - São Paulo - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil), Elinton Adami Chaim (Grupo Multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica, Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil. - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O tratamento cirúrgico da obesidade tem se mostrado o mais eficaz no controle do peso e comorbidades. Uma promissora técnica cirúrgica é o mini-bypass gástrico, uma simplificação do já consolidado by-pass gástrico. Tal técnica tem mostrado resultados semelhantes e por vezes superiores quando comparado ao bypass gástrico, tanto na perda de peso, como na resolução de comorbidades, além de ser mais seguro e com menor morbidade. Entretanto, é questionada pelo refluxo biliar gástrico e seu potencial carcinogênico.

**OBJETIVO:** Avaliar o efeito da técnica do mini-bypass gástrico no esôfago e estômago quanto a presença de bile e sinais inflamatórios.

**MÉTODO:** Avaliação retrospectiva das endoscopias digestivas pré e pós-operatórias de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pela técnica de mini-bypass gástrico, quanto à presença de refluxo biliar. A pesquisa foi submetida e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

**RESULTADOS:** Vinte e seis pacientes foram incluídos na pesquisa. À avaliação pré-operatória, não se identificou refluxo bilioso no estômago em toda casuística, enquanto na avaliação pós-operatória, realizada em média após 12 meses de cirurgia, em 12 pacientes (46,1%) ele estava presente. Na avaliação histológica, 11 pacientes (42,3%) apresentavam gastrite no pré operatório, e dez (38,46%) no pós operatório. Quanto à avaliação esofágica, 23% apresentaram esofagite no pré operatório, enquanto 26,9% apresentaram esofagite no pós-operatório.

**CONCLUSÃO:** A técnica cirúrgica do mini-gastric bypass parece estar associada à maior refluxo biliar. As mucosas gástricas e esofágicas não parecem ser, até o momento, alteradas por essa técnica cirúrgica. Novos estudos devem ser feitos com maior casuística para permitir análise estatística e acompanhamento a longo prazo, a fim de oferecer dados mais expressivos acerca dessa técnica.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | ananeder@unicamp.br



## Cirurgia - Pâncreas

### 101946 – O impacto da ressecção venosa na duodenopancreatectomia: revisão sistemática e meta-análise

**AUTORES:** João Emilio Lemos Pinheiro Filho (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honório (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Murilo Rocha Laragnoit De Martino (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Orlando Vitorino Castro Neto (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lara Lopes Fioratti (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Andréia Yumi Jouti Motomura (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Alexandre Cruz Henriques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), André Roncon Dias (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Duodenopancreatectomia com ressecção venosa (VRPD) pode ser realizada em alguns pacientes com câncer de pâncreas. Porém, os principais riscos e benefícios relacionados à VRPD continuam controversos.

**OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo avaliar os riscos e benefícios da sobrevida que a VRPD pode adicionar, quando comparada à duodenopancreatectomia tradicional (PD).

**MÉTODO:** Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos comparando VRPD e PD foram realizadas.

**RESULTADOS:** VRPD esteve associada a um maior risco de mortalidade pós operatória (RD: -0.01; IC 95% -0.02 a -0.00) e complicações (RD: -0.05; IC 95% -0.09 a -0.01) em relação a PD. A duração da internação hospitalar não foi diferente entre os dois grupos (MD: -0.65; IC 95% -2.11 a 0.81). No grupo VRPD, o tempo de operação foi em média 69 minutos maior (MD: -69.09; IC 95% -88.4 a -49.78), com uma maior perda de sangue (MD: -314.04; IC 95% -423.86 a -195.22). Na avaliação de sobrevida geral, o hazard ratio de mortalidade durante o período de follow-up no grupo VRPD foi maior do que o grupo PD (HR: 1.13; IC 95% 1.03 a 1.23).

**CONCLUSÃO:** VRPD está associada a maior risco de complicações a curto prazo e mortalidade, além de uma menor probabilidade de sobrevida em relação a PD. Saber os riscos e potenciais benefícios pode ajudar o cirurgião a realizar um melhor manejo do paciente portador de câncer de pâncreas com invasão venosa. A decisão da cirurgia com ampla ressecção venosa deve ser compartilhada com os pacientes após estes serem informados dos riscos e do prognóstico.

**CONTATO AUTOR:** MURILO ROCHA LARAGNOIT DE MARTINO | murilo.afc97@gmail.com

**102055 – TRANSPLANTE DE PÂNCREAS: CARACTERIZAÇÃO NACIONAL AO LONGO DE UMA DÉCADA**

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Stéfane Vanessa de Sousa Peixoto PEIXOTO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Ícaro Breno Rodrigues da Silva SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Emerson de Lima Canto Júnior JÚNIOR (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Antônio Saulo Leão Pantoja PANTOJA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O Transplante de Pâncreas (TxP) é o tratamento de escolha capaz de garantir reposição de níveis fisiológicos de glicose sérica e HbA1c em portadores de Diabetes Mellitus (DM) insulino-dependentes sem utilização de insulina exógena. O TxP possui três categorias: Transplante de Pâncreas Isolado (TPI) – comum a pacientes com DM tipo 1 -, Transplante de Pâncreas após Rim (TPAR) – em pacientes previamente submetidos ao transplante renal -, e Transplante de Pâncreas/Rim Simultâneo (TPRS) realizado em diabéticos insulino-dependentes que evoluíram com insuficiência renal crônica devido ao DM

**OBJETIVO:** Descrever a ocorrência de transplantes de pâncreas no Brasil por região em período compreendido entre 2009 e 2019

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva, transversal e quantitativa. Os dados foram obtidos no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), correspondendo ao período entre 2009 e 2019. As variáveis utilizadas foram: região brasileira, número absoluto de transplantes total (anual), número absoluto de transplantes por categoria (TPI, TPAR e TPRS), número de transplantes por milhão de população (pmp)

**RESULTADOS:** O registro de transplantes de pâncreas no Brasil no período de 2009 a 2019 foi de 1.586. No ano de 2011 observou-se o maior número de transplantes durante o período descrito cujo valor foi 181. O segundo maior número foi de 173, registrado no ano de 2019. Já os anos 2015 e 2017 registraram, respectivamente, 121 e 113, representando os menores números em tal período. A categoria TPI registrou 130 casos de transplantes. Já a categoria TPAR representou 239 transplantados. Por fim, a categoria TPRS obteve 1217 registros de transplantes realizados. Em relação à ocorrência de transplantes de pâncreas no Brasil por região, houve maior registro no sudeste (74,5%), sul (19%) e nordeste (6%), norte e centro-oeste não realizaram transplantes. O número de transplante por milhão de habitantes no Brasil é de 5,33

**CONCLUSÃO:** O transplante de pâncreas é um procedimento invasivo que consegue restaurar e manter a normoglicemia de pacientes insulino-dependentes. No Brasil, o número de transplantes combinados de pâncreas e rim vêm crescendo nos últimos anos, o qual demonstra uma melhor probabilidade de sobrevivência do enxerto. demonstrou- tendência crescente de doadores efetivos em todo Brasil, com destaque para a região sudeste. Nesse sentido, fazem-se necessários investimentos em campanhas de estímulo à doação de órgãos, na tentativa de democratizar o acesso ao transplante de órgãos.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | [mms.med.uepa@gmail.com](mailto:mms.med.uepa@gmail.com)

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104221 – Inflammatory signaling in pancreatic cancer – an IL-6-driven fibroblastic process?

**AUTORES:** Martin Gasser, Karol Nawalaniec, Carmen M. Ribas (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Jurandir Ribas (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Osvaldo Malafaia (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Lissner Reinhard, Ana Maria Waaga-Gasser

**INTRODUÇÃO:** Introduction: Pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) is a devastating malignancy characterized by delayed diagnosis and the lowest five-year survival amongst all cancer sites. PDAC development and progression are principally attributed to chronic inflammation and associated tissue repair mechanisms which contribute to high density tumor formation and chemoresistance. PDAC-associated inflammation is largely owed to high levels of interleukin 6 (IL-6) and its activated pathways including JAK/STAT3. Fibroblast Growth Factor (FGF) signaling pathways are likewise dysregulated in cancer and have been implicated in various malignancies including PDAC.

**OBJETIVO:** We sought to explore the association between IL-6-induced inflammatory signaling and FGF signaling activation.

**MÉTODO:** To observe this effect as it pertains to carcinogenesis and cancer progression we used four human cell lines ranging from healthy pancreatic ductal epithelial (HPDE) cells to various grade (G) PDAC cells.

**RESULTADOS:** Treatment of cancer cells with IL-6 (100 ng/mL) for 24 hours resulted in increased phosphorylation of STAT3 in BxPC-3 (G2) and PANC-1 (G3) cells with no change noted in HPDE and SW1990 (G2, metastatic) cells, respectively.

IL-6 stimulation likewise resulted in markedly increased phosphorylation of the FGF Receptor substrate 2-alpha (FRS2- $\alpha$ ) and its downstream component Erk1/2 in BxPC3 cells, indicating activation of FGF signaling through the MAPK/Erk pathway in our low grade PDAC cell model.

**CONCLUSÃO:** In conclusion, the results demonstrate a clear link between IL-6 induced inflammatory signaling and dysregulation of FGF signaling in human pancreatic cancer. Activated STAT3 signaling seems to be involved in this process. Existing cancer therapies aimed at controlling growth factor signaling broadly target vascular endothelial or epithelial growth factor receptors (VEGF/EGFR) with marginal efficacy and adverse side effects in pancreatic cancer. Identifying the pivotal link between inflammatory signaling and dysregulation of Fibroblast Growth Factor signaling will allow for the development of more precisely targeted and effective cancer therapy in PDAC. This may minimize clinically observed exaggerated fibrotic events within the tumor and may hence result in higher vulnerability for established chemotoxic therapies in the tumor cells.

**CONTATO AUTOR:** DR MARTIN GASSER | gasser\_m@t-online.de

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104574 – NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS - ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

**AUTORES:** Mariana Araújo Santos (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Parisina Fraga Dutra Cabral Carvalho (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alberto Goldenberg (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Franz Robert Apodaca Torrez (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Edson Jose Lobo (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Neoplasias císticas do pâncreas representam mais de 50% dos cistos pancreáticos. A maioria é diagnosticada incidentalmente em exames de imagem. Podem ser divididas em subtipos: 1. Neoplasias císticas serosas (aspecto de imagem em favo de mel, mulheres idosas, mais comum na cabeça do pâncreas e menor potencial malignidade). 2. Neoplasias císticas mucinosas (mais comum, pode variar de lesão benigna até carcinoma, mais comum no corpo e cauda do pâncreas. Indicado ressecção cirúrgica pelo risco de malignidade). 3. Neoplasias mucinosas papilares intraductais (IPMNs), que pode acometer o ducto principal, ducto secundário ou ambos (tipo misto). 4. Neoplasias sólidas pseudopapilares (tumor de Frantz, comum em mulheres jovens e deve ser indicada ressecção).

**OBJETIVO:** Avaliar incidência e subtipo de neoplasias císticas pancreáticas em uma série de pacientes consecutivos submetidos à ressecção cirúrgica

**MÉTODO:** Análise retrospectiva de prontuários

**RESULTADOS:** Foram avaliados 21 pacientes com neoplasias císticas do pâncreas, submetidos à ressecção cirúrgica, com confirmação diagnóstica no anatomopatológico da peça. A média de idade dos pacientes foi de 48,9 anos. Segundo o tipo histopatológico, onze foram do tipo cistoadenoma mucinoso, três IPMNs (dois com degeneração maligna para adenocarcinoma e um IPMN tipo intestinal de alto grau), dois TNE císticos, quatro neoplasias pseudopapilares e um cistoadenoma seroso. A maioria dos pacientes eram sintomáticos (76%) e sete haviam realizado ecoendoscopia antes da cirurgia. A localização das neoplasias foi a seguinte, nove no corpo, oito na cauda e quatro na cabeça pancreática. Quanto à técnica cirúrgica, quatro foram submetidos à duodenopancreatectomia e 17 à pancreatectomia corpocaudal com esplenectomia. Sete cirurgias foram realizadas por videolaparoscopia e 14 por via laparotômica. A complicação pós-operatória mais comum foi a fístula pancreática. Um paciente evoluiu a óbito no sétimo dia de pós-operatório, devido a choque distributivo, lesão renal aguda, acidose e hipercalemia refratárias.

**CONCLUSÃO:** Nesta série de casos, o cistoadenoma mucinoso foi a neoplasia mais frequente (52%), seguido pelo tumor pseudopapilar (19%). A neoplasia menos frequente foi o cistoadenoma seroso. O tratamento varia de acordo com o tipo histológico e seu potencial de malignidade e a complicação mais frequente foi fístula pancreática.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 101920 – Ressecção simultânea vs. estagiada: uma revisão sistemática e meta-análise para o tratamento de metástases hepáticas colorretais sincrônicas.

**AUTORES:** Paulo Alves de Oliveira Neto (Faculdade de Medicina do ABC - SANTO ANDRÉ - São Paulo - Brasil), Juliana Lima Gumiero (Faculdade de Medicina do ABC - SANTO ANDRÉ - São Paulo - Brasil), Beatriz Mariana Silva de Oliveira (Faculdade de Medicina do ABC - SANTO ANDRÉ - São Paulo - Brasil), Rafael Vaz Pandini (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Soares Gerbasi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marleny Novaes Figueiredo (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaime Arthur Pirola Kruger (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Victor Edmond Seid (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Eduardo Alonso Araujo (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A ressecção do tumor primário colorretal e das metástases hepáticas é a única estratégia potencialmente curativa. Em casos assim, não há consenso se a ressecção do tumor primário e das metástases devem ser realizadas simultaneamente ou se deve ser feita abordagem estagiada (ressecção do tumor primário e após, hepatectomia, ou então, a abordagem “liver first”).

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é avaliar os resultados da hepatectomia associada a colectomia em neoplasias colorretais, comparando a ressecção simultânea à estagiada.

**MÉTODO:** Uma revisão sistemática da literatura foi realizada no PubMed, Embase, Cochrane, Lilacs e busca manual de referências. A última busca foi em Julho/2021. Os critérios de inclusão foram: estudos que compararam hepatectomia simultânea e estagiada para metástase hepática colorretal; estudos que analisam desfechos de curto e/ou longo prazo. Os critérios de exclusão foram revisões, cartas, editoriais, resumo do congresso e indisponibilidade de texto completo. Foram avaliados os desfechos perioperatórios e a sobrevida global e, para ressecções estagiadas, foram somadas os desfechos associados a cada um dos procedimentos. As ferramentas ROBINS-1 e GRADE foram utilizadas para avaliar risco de viés e qualidade da evidência. Foi realizada síntese por meio de Forest plots. Foram seguidos os critérios PRISMA (PROSPERO: CRD42021243762).

**RESULTADOS:** A busca inicial coletou 5655 artigos e, após a seleção, 33 foram incluídos, abrangendo 6417 pacientes. A ressecção simultânea esteve associada a menor tempo de internação (RD: -3.48 dias [IC95%: -5.64, -1.32]), mas não maior risco de mortalidade pós-operatória (RD: 0.02 [IC95%: 0.01, 0.02]). Não houve diferença entre os grupos para perda de sangue (RD: -141,38 ml [IC 95%: -348.84, 66.09]), transfusão sanguínea (RD: -0.06 [IC95%: -0.14, 0.03]) e complicações gerais (RD: 0,01 [IC95%: -0.06, 0.04]). O maior tempo de operação na cirurgia estagiada não foi estatisticamente significativo (RD: -50.44 min [IC95%:-102.38, 1.49]). Em relação a sobrevida global, não há diferença entre os grupos (HR: 0.88; IC95%: 0.71-1.04).

**CONCLUSÃO:** Pacientes devem ser bem selecionados para cada estratégia. Deve-se evitar abordagem simultânea para pacientes com alto risco cirúrgico, devido ao aumento de mortalidade perioperatória. Mas, quando o paciente apresenta baixo risco cirúrgico, a abordagem simultânea diminui o tempo de internação hospitalar e garante resultados a longo prazo equivalentes a cirurgia estagiada.

**CONTATO AUTOR:** PAULO ALVES DE OLIVEIRA NETO | p.netoliveira@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 102036 – Tratamento da Fístula anal pela técnica de preservação esfícteriana – LIFT

**AUTORES:** Amanda Souza Moreira (UNICHRISTUS - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carolina Murad Regadas (UNICHRISTUS - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marina Murad Regadas (UNIFOR - Fortaleza - Ceará - Brasil), Emanuella Castro Murad da Cruz (UNICHRISTUS - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gabriela Porto Pinheiro Marques (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Mariana Muniz Murad da Cruz (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Lara Burlamaqui Veras (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Felipe R Nogueira (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), F Sergio P Regadas Filho (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Jose Jader de Mendonça Filho (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sthela M Murad Regadas (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A técnica LIFT (ligadura do trajeto fistuloso no espaço inter-esfínctérico) tem sido amplamente utilizada no tratamento da fístula anal apresentando índice de cicatrização variando de 40 a 95%.

**OBJETIVO:** Demonstrar os resultados de pacientes portadores de fístula anal criptoglandular tratado pela técnica LIFT.

**MÉTODO:** Pacientes portadores de fístula anal criptoglandular, num período de 2017 a 2019, submetidos a tratamento cirúrgico utilizando técnica LIFT e avaliados no pós-operatório, no período mínimo de 6 meses, quanto a cicatrização ou recidiva. Todos os pacientes foram avaliados no pré-operatório clinicamente e utilizando um exame de imagem para caracterizar o tipo da fístula e percentual de musculatura envolvida pelo trajeto fistuloso.

**RESULTADOS:** Foram incluídos um total de 54 pacientes, com idade média de  $36 \pm 11,8$  (variação, 17-62 anos); 51 com fístula transesfíncteriana e 3 supra-esfíncteriana. Destes, 32(59%) eram do sexo feminino. O total de 41(76%) pacientes apresentavam o trato posicionado no quadrante anterior. A porcentagem média do esfíncter anal externo anterior(EAS) e do EAS-PR posterior comprometido pelo trajeto foi de 65%(variação de 33-100%) e 57% (40-100%), respectivamente. A taxa de cicatrização primária ocorreu em 38(70,4%). Em 12 (22,2%) não houve cicatrização imediata, sendo evidenciado 5 fístulas persistentes(3 tipo transesfíncterianas, duas fístula interesfíncteriana); em 5 pacientes presença cavidade(sinus) no espaço extraesfíncteriano e 2 em cavidade(sinus) no interesfíncteriano. Desses com cavidade, 7(13%) foram tratados com aplicação local de albocresil. Um total de 45(83,4%) pacientes teve cicatrização em um tempo médio de 8 (variação, 5–29) semanas devido ao fechamento tardio desses 7 casos. O tempo médio de recidivas foi de 26(variação, 20–33) semanas. Ocorreram 4(7,4%) recidivas(3 transesfíncterianas e uma interesfíncteriana). Dos 9 pacientes com fístula: três interesfíncterianas foram tratadas com fistulotomia e em 6 com fístulas transesfíncterianas, 3 foram tratadas por variação da técnica (novo-LIFT combinado com fistulotomia) e 3 com apenas novo-LIFT. Um deles foi submetido apenas a um re-LIFT e teve uma falha com fístula interesfíncteriana persistente, tratada com fistulotomia. Em dois pacientes houve sintomas menores de incontinência fecal pós-operatória, escore entre 0-4.

**CONCLUSÃO:** A LIFT apresentou bons resultados, com índice de cicatrização em 83% dos pacientes. Ademais, por não seccionar a musculatura esfíncteriana, pode ser realizada mais de uma vez.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA SOUZA MOREIRA | amandsmoreira@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104220 – Growth factor signaling drives colon cancer growth – what comes after VEGF/EGFR inhibition?

**AUTORES:** Martin Gasser, Yueming Luo, Carmen M. Ribas (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Jurandir Ribas (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Lissner Reinhard, Osvaldo Malafaia (Faculdade Evangélica MacKenzie do Paraná, Brasil - Curitiba - Paraná - Brasil), Ana Maria Waaga-Gasser

**INTRODUÇÃO:** In the last two decades anti-Epithelial Growth Factor Receptor and Vascular Endothelial Growth Factor (EGFR/VEGF) antibodies became integrated in multimodal therapies for patients with advanced stage colorectal cancer (CRC). Despite overall impressive clinical data not all patients respond to these therapies with tumor regression, suggestive to be related to different tumor biology. This demands a further analysis of underlying growth factor and angiogenetic signaling pathways. Recent studies pointed to alternative receptor/ligand signaling beside VEGF/EGFR which may explain failure of single growth factor monoclonal antibody (mAb) therapy. Platelet-derived Growth Factor (PDGF) and particularly its isoform PDGF-BB have been shown recently to be ligands mediating angiogenesis which implies that constitutive paracrine and/or autocrine PDGF activation in colon cancer cells boosts tumor growth.

**OBJETIVO:** To analyze Platelet derived Growth Factor (PDGF) signaling in colon cancer.

**MÉTODO:** UICC stage I-IV tumors from a cohort of patients (n=46) and additionally HT29 cells were studied for their PDGF/PDGFR, VEGF/VEGFR and EGFR expression.

**RESULTADOS:** Investigated UICC stage I-IV tumors (n=46) demonstrated increased PDGFR $\beta$  and VEGFR1/2 gene expression ( $p < 0.01/p < 0.001$ ). Further in vitro studies using human HT29 colon cancer cells showed upregulated VEGFR1/2 expression upon VEGF stimulation that was exceeded by PDGF in comparison. Inhibition of VEGFR2 and EGFR resulted in decreased cancer cell proliferation, while additional treatment with VEGF and particularly PDGF attenuated the inhibiting effect and resulted in altered downstream signaling events. Treatment solely with the tyrosine kinase inhibitor Regorafenib, that inhibits VEGFR/EGFR+PDGFR signaling, but not anti-VEGFR2 mAb treatment with Ramucirumab nor anti-EGFR mAb therapy with Cetuximab alone prevented PDGF and VEGF-induced proliferation

**CONCLUSÃO:** To conclude, PDGF-induced human colon cancer cell proliferation in the absence of its receptor and concurrently inhibited VEGFR2 and EGFR expression in HT29 colon cancer cells strongly suggest bypassed alternative PDGF receptors for receptor-ligand binding on the tumor cell surface and subsequent intracellular growth signaling. This may explain failure of anti-VEGF/EGFR-targeted monoclonal antibody therapies alone in individual colorectal cancer patients and underlines the urgent need for additional and effective PDGF-mediated signaling inhibition as additional or second-line immune therapy in such patients.

**CONTATO AUTOR:** DR MARTIN GASSER | gasser\_m@t-online.de

## Cirurgia - Cólon

### 1104287 – Confecção de estomias derivativas em caráter de urgência e impacto da via de acesso nos desfechos pós cirúrgicos e morbidade

**AUTORES:** Gabriella Rosceli Campos Zerbetto (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Panzani (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Ambar Pinto (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel José Szor (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Júnior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obstrução intestinal é um quadro frequente entre os pacientes com neoplasias abdominais e pélvicas. Situações de urgência com frequência não permitem a ressecção completa do tumor primário, sendo as derivações externas uma das alternativas empregadas nestes cenários.

Diferentes vias de acesso para confecção de estomias em alça são possíveis. A via aberta, laparoscópica e local por trefinação são as alternativas cirúrgicas. Resultados quanto aos desfechos das diferentes técnicas são pouco disponíveis.

**OBJETIVO:** Comparar a incidência de complicações precoces e tardias entre as diferentes vias de acesso. Comparar o tempo cirúrgico e duração de internação entre os diferentes métodos.

**MÉTODO:** Foram incluídos pacientes operados em caráter de urgência entre 2009 e 2019. Os três métodos para confecção da derivação de trânsito foram: aberta, laparoscópica e por trefinação.

As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e as contínuas em médias e desvio padrão. Foram utilizados os teste de qui-quadrado e ANOVA para comparação entre as variáveis categóricas e contínuas, respectivamente.

**RESULTADOS:** No período avaliado, 151 pacientes (51,6% masculino, média idade 57,3±14,3) foram avaliados. A frequência dos procedimentos abertos, laparoscópicos e por trefinação foram 32,4%, 34,4% e 33,1%, respectivamente. A maioria dos pacientes (56,2%) apresentava quadro de abdome agudo obstrutivo e o sítio tumoral primário mais frequente foi o reto e canal anal (62,2%). A presença de cirurgia abdominal prévia variou de modo significativo entre os grupos ( $p = 0,0087$ ), sendo que 61,2% dos pacientes operados por via aberta apresentavam cirurgia prévia. O tempo cirúrgico médio foi de 90,2 minutos, com diferença significativa entre os métodos ( $p = 0,00001$ ). A trefinação foi a via com menor tempo cirúrgico (média 49,3 min). O tempo médio para funcionamento da estomia para fezes foi de 2,98 dias. A duração média da internação foi de 8,73±8,81. Os grupos apresentaram diferença significativa quanto à duração da internação, sendo que o grupo operado por trefinação apresentou a menor média (6,6 dias,  $p = 0,011$ ).

A complicação mais frequente foi o prolapso de estomia (12,5%), seguido de desabamento (6,6%) e necrose (3,3%). A única complicação com diferença significativa entre os grupos foi o desabamento, com maior incidência para a via laparoscópica ( $p = 0,049$ ).

**CONCLUSÃO:** A via laparoscópica apresentou maior incidência de desabamento de estomia.

A via local por trefinação requer menor tempo cirúrgico e de internação em relação aos demais grupos.

**CONTATO AUTOR:** DANIEL SZOR | danszor@gmail.com



## Cirurgia - Cólon

### 1104292 – EFEITOS DA TERAPIA BIOLÓGICA COM INFLIXIMAB NO CONTEÚDO TECIDUAL DE COLÁGENO EM SEGMENTOS DO CÉLON E RETO COM E SEM DE TRÂNSITO INTESTINAL

**AUTORES:** ANTONIO JOSE TIBURCIO ALVES JUNIOR (Unicamp - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), BRUNA ZINI DE PAULA FREITAS (USF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), DANILO TOSHIO KANNO (USF - BRAGANÇA PAULISTA - São Paulo - Brasil), ROBERTA LAIS DE SANTOS MENDONÇA (USF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), FABIO GUILHERME CAMPOS (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ (UNICAMP - CAMPINAS - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A reconstrução do trânsito intestinal após a cirurgia de Hartmann (CH) é um procedimento associado a altos índices de complicações pós-operatórias, principalmente representadas pelas fístulas anastomóticas, que cursam com altos índices de morbimortalidade. Os Ácidos Graxos de Cadeia Curta (AGCCs) representam o principal substrato necessário para síntese colágeno no cólon. Deficiência do suprimento de AGCCs, além de reduzir a síntese de colágeno, ocasiona o aparecimento da retite de exclusão (RE). A inflamação no cólon excluído de trânsito aumenta a produção de metaloproteinase 9 (MMP-9), principal colagenase presente no cólon inflamado. O infliximab reduz o infiltrado inflamatório e diminuir a produção de MMP-9 favorecendo a cicatrização epitelial, porém foi pouco estudado na RE.

**OBJETIVO:** Avaliar os efeitos da terapia com infliximab no conteúdo de colágeno total, dos subtipos I e III e de MMP-9 no cólon de ratos submetidos à exclusão do trânsito fecal.

**MÉTODO:** Vinte e quatro ratos machos, foram submetidos a derivação intestinal sendo divididos em três grupos segundo aplicação subcutânea semanal, das seguintes substâncias; A: soro fisiológico (SF) 0,9%, (n=8); B: infliximab na dose de 5mg/kg/sem (n=8) e, C: infliximab, na dose de 10mg/kg/sem (n=8), por 5 semanas consecutivas. Findo este prazo foram eutanasiados para remoção de segmentos do intestino grosso com e sem trânsito fecal. O processo inflamatório foi avaliada pela técnica da hematoxilina-eosina. O colágeno total foi identificado pela técnica do tricrômio de Masson, enquanto a expressão dos colágenos do tipo I, III, MMP-9 e mieloperoxidase (MPO) por técnica imuno-histoquímica. O conteúdo tecidual foi identificada por imagem assistida por computador.

**RESULTADOS:** A intervenção com infliximab, principalmente em doses maiores, reduziu o escore inflamatório, melhorou a cicatrização epitelial e aumentou o conteúdo de colágeno total no cólon sem trânsito em relação ao SF0.9%. O infliximab reduziu a infiltração neutrofílica avaliada pelos níveis teciduais de MPO e o conteúdo tecidual de MMP-9. O conteúdo de colágeno total e de ambos os subtipos foi sempre menor no cólon excluído, quando comparado aos segmentos com trânsito preservado, independente da solução utilizada. A terapia com infliximab aumentou o conteúdo de colágeno dos subtipos I e III no reto desprovido de trânsito fecal.

**CONCLUSÃO:** O infliximab diminui o processo inflamatório tecidual e aumenta o conteúdo de colágeno total e dos subtipos tipo I e III no reto excluído de trânsito fecal.

**CONTATO AUTOR:** ANTONIO JOSÉ TIBÚRCIO ALVES JUNIOR | antonio\_xxxv@yahoo.com.br

## Cirurgia - Cólon

### 1104365 – Comparação entre angiografia com verde de indocianina e testes convencionais na avaliação da circulação do cólon em retossigmoidectomias videolaparoscópicas

**AUTORES:** Arthur Youssif Mota Arabi (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caroline de Freitas Cirenza (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Olivati do Amaral (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antônio Rocco Imperiale (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Faraco Sobrado (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caio Sérgio Rizkallah Nahas (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Júnior (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A vascularização inadequada do cólon é uma das principais causas de deiscência de anastomose em cirurgias colorretais. A procura por segmentos com bom suprimento sanguíneo é essencial, e a angiografia com verde de indocianina é ferramenta útil nesse processo

**OBJETIVO:** Comparar a angiografia com verde de indocianina com o sangramento de arcada marginal na avaliação da vascularização do cólon em retossigmoidectomias videolaparoscópicas.

**MÉTODO:** Analisou-se 48 pacientes nos quais foi feito verde de indocianina e compararam-se resultados do grau de sangramento no teste da arcada marginal do cólon [inadequado, suficiente (sangramento discreto), adequado, excelente (em jato)], com o aspecto após injeção endovenosa de verde de indocianina [inadequado, adequado, ótimo]. Os pacientes foram operados no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), de dezembro de 2017 a maio de 2021

**RESULTADOS:** 48 pacientes foram incluídos. Com relação à fluorescência do verde de indocianina, houve 3 resultados inadequados, 8 adequados e 37 ótimos. Analisando o sangramento da arcada marginal, houve 1 resultado inadequado, 11 suficientes, 14 adequados e 22 excelentes. Dos 48 pacientes, 3 (6,25%) combinaram angiografia inadequada com sangramento da arcada suficiente, culminando em mudança do local para confecção da anastomose, considerando que, apesar de teste de arcada adequado, a vascularização foi pobre após angiografia. Ademais, 36 (75%) tiveram resultados concordantes entre os 2 testes (arcada adequada ou excelente com angiografia adequada ou ótima) e 9 (18,75%) mostraram arcada suficiente com angiografia adequada ou excelente, e nestes cenários manteve-se o local inicialmente escolhido para a anastomose.

**CONCLUSÃO:** A angiografia com verde de indocianina é bom método na avaliação da vascularização do cólon em retossigmoidectomias videolaparoscópicas, quando comparada com testes convencionais, como a avaliação do sangramento da arcada marginal. Embora houve concordância de resultados em 75% dos casos, em 6,25% deles houve mudança intraoperatória do local de secção de cólon (por resultado inadequado do verde de indocianina apesar de sangramento da arcada satisfatório), mostrando que a angiografia é método sensível e pode ser definidora na avaliação precisa da vascularização do cólon em retossigmoidectomias videolaparoscópicas.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR YOUSSEF MOTA ARABI | arthuryoussif95@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104441 – FATORES RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO DE HÉRNIA INCISIONAL NO PÓS OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO DE CÂNCER COLORRETAL

**AUTORES:** Enzo Studart de Lucena FEITOSA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Barbara Matos de Carvalho BORGES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Maria Stella Vasconcelos Sales VALENTE (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vitor Sauwen PAIVA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), PEDRO AMORIM VIDAL (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Antunes Coimbra Pinheiro PACIFICO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), George Cajazeiras SILVEIRA FILHO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Julimar Correia de MENEZES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hérnia incisional (HI) é a protrusão do conteúdo abdominal através de um ponto fraco da parede constituído pela cicatriz de intervenção cirúrgica anterior. O tratamento padrão para o câncer colorretal envolve a ressecção cirúrgica, sendo necessária a identificação de possíveis fatores desencadeantes da HI nesses pacientes.

**OBJETIVO:** Analisar os fatores relacionados com o desenvolvimento de HI no pós operatório de ressecção de câncer colorretal.

**MÉTODO:** Foram utilizadas as plataformas de busca da PubMed, Medline e Lilacs, utilizando os descritores "Incisional hernia" AND "Colorectal neoplasms OR Colorectal surgery". Foram incluídos na pesquisa os estudos publicados no período de janeiro de 2016 até dezembro de 2020, que abordassem a espécie humana e que estivessem disponíveis nos idiomas inglês, português ou espanhol, resultando em 12 artigos elegíveis para a sistemática.

**RESULTADOS:** Evidenciou-se uma significativa quantidade de HI pela ressecção do câncer colorretal, em uma frequência de 7,4 até 72,3% do total da amostra após a cirurgia de ressecção. Quanto à idade, existe um maior risco de herniação no pós-operatório na faixa etária maior que 65 anos. Ressalta-se uma maior prevalência de HI no sexo masculino, visto que 58% indicam essa superioridade. A manobra cirúrgica também consiste em um fator de risco, pois a técnica laparoscópica apresenta baixos índices de HI pós-operatória quando comparada com a cirurgia aberta. A obesidade visceral, também foi associada como fator de risco, visto que o IMC dos pacientes nos estudos selecionados situa-se em sobrepeso. A realização de anastomose intracorpórea mostrou-se como fator de proteção, reduzindo a taxa de HI e encurtando o tempo de permanência hospitalar após a colectomia. Outros fatores de risco foram apontados pelos autores, dentre eles: diabetes mellitus, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, cirurgias de urgência e elevado tempo operatório.

**CONCLUSÃO:** Assim, faz-se necessário estudos conclusivos para a confirmação de novos fatores de risco com o intuito de descrever o melhor plano terapêutico para cada paciente visando um melhor prognóstico. Após cirurgia aberta de câncer colorretal, o sexo masculino, a idade avançada e um IMC acima de 25 kg/m<sup>2</sup> são fatores de risco significantes para cursar com herniação tornando-se fundamental mais trabalhos sobre as medidas preventivas, diagnósticas, prognósticas e preditivas do tratamento da HI.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | enzostudart@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104582 – Abordagem cirúrgica do cisto retro-retal

**AUTORES:** Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Flavia Gebran Velloso Messias (Universidade Estácio de Sá (UNESA) - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Ana Beatriz Freire Gadelha (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rodrigo Baracuh da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os tumores retro-retais são localizados no espaço retro-retal, possui diferentes origens embriológicas e podem exercer compressão extrínica no reto e canal anal. Esses tumores são raros no adulto, podem acometer crianças e são mais comuns em mulheres de meia-idade. Geralmente são assintomáticos. Sua origem pode ser benigna a partir de restos embrionários ou representar lesões malignas com invasão direta de estruturas adjacentes. Assim, eles são classificados em epidermoides, dermoides, entéricos e neuroentéricos

**OBJETIVO:** Analisar a literatura vigente acerca da abordagem cirúrgica do cisto retro retal, visando contribuir para o conhecimento dos princípios e dos cuidados voltados para esse método.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva de artigos selecionados em bancos de dados como BVS, PubMed, LILACS e SCIELO, no período entre 2016 e 2021.

**RESULTADOS:** O cisto retro-retal é uma condição rara e apresenta uma incidência estimada de 1,4 a 6,3 casos por ano, com alto risco de malignização, infecção e compressão nervosa. Dessa forma, recomenda-se ressecção cirúrgica da lesão independentemente do tamanho, presença ou não de sintomas. A abordagem cirúrgica pode ser anterior, via laparotômica, ou posterior. A via posterior é a mais recomendada, com a posição prona em Jack-Knife, principalmente para lesões estendidas do sacro à ponta do cóccix, tem como incisão mais usada a de Kraske. A abordagem abdominal, é preferida em lesões altas, com características malignas, dimensões maiores, invadindo órgãos adjacentes ou lesões recidivadas, permitindo o controle vascular e confecção de estomas. Abordagens cirúrgicas agressivas abdomino-perineais, com ressecção sacral e tumoral em bloco, ou exérese de lesões volumosas com inflamação e aderência local, podem causar efeitos indesejáveis de ordem urológica, como incontinência e impotência. A maioria dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, apresentam boa evolução com resultados funcionais satisfatórios, a sobrevida é alta e o índice de recidiva é baixo.

**CONCLUSÃO:** O tratamento dos tumores retro-retais é cirúrgico, prevenindo complicações como degeneração maligna, infecção e compressão nervosa. Devido a localização em um espaço anatômico de difícil acesso, a abordagem cirúrgica deve ser decidida conforme a altura, tamanho da lesão e comprometimento de estruturas adjacentes. Ademais, a experiência do cirurgião e o conhecimento do espaço a ser abordado, devem ser considerados.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA | arthurfranca8@gmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 102218 – O PROGNÓSTICO DOS DIFERENTES SUBTIPOS DE CARCINOMAS NEUROENDÓCRINOS DE ESÔFAGO

**AUTORES:** Stefanie Sophie Buuck Marques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Alexandre Cruz Henriques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Neoplasias neuroendócrinas são extremamente raras e representam de 0,4% a 2% de todas as neoplasias malignas do esôfago. O impacto do tipo histológico neuroendócrino no prognóstico e sobrevida do paciente é pouco debatido.

**OBJETIVO:** O objetivo desse estudo é de comparar as taxas de sobrevida de tumores neuroendócrinos primários comparados com adenocarcinoma e de carcinoma de células escamosas (CEC) de esôfago.

**MÉTODO:** Este é um estudo tipo Coorte retrospectiva com uso de dados do banco de dados do Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Sobrevida global e sobrevida específica de câncer foram avaliados pelas curvas de Kaplan-Meier e teste logrank. Modelos de regressão Cox proporcional foram utilizados para avaliar variáveis relacionadas a sobrevida global.

**RESULTADOS:** Após critérios de elegibilidade, 66528 pacientes foram selecionados. O tempo médio de acompanhamento foi de 22,6 meses (SD 35,6). Adenocarcinoma foi o tipo predominante (62%), seguido de CEC (36%). Carcinoma de células gigantes (LCNEC), carcinoma de pequenas células (SCNEC), e carcinoma adenoneuroendócrino misto (MANEC) representam cada um menos de 1%. A análise de sobrevida global a longo prazo demonstrou que o adenocarcinoma esofágico apresenta melhor prognóstico que todos os outros tipos histológicos (valor-p para teste logrank < 0,001). Com adenocarcinoma como referência, o Risco Relativo (RR) foi 1,32 para LCNEC (95% IC 1,2 a 1,45) e 1,37 para SCNEC (95% IC 1,23 a 1,53). O RR foi 1,22 para ESCC (95% IC: 1,2 a 1,24); e 1,3 para MANEC (95% IC 1,01 a 1,66). Para análise de regressão Cox multivariada, com exceção de idade e estadió, os subtipos neuroendócrinos LCNEC e SCNEC foram considerados variáveis de prognóstico independentes.

**CONCLUSÃO:** No esôfago, LCNEC e SCNEC apresentam piores taxas de sobrevida a longo prazo do que CEC e adenocarcinoma.

**CONTATO AUTOR:** STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES | stefanie14sophie@hotmail.com

### 102473 – Fundoplicatura De Nissen Em Pacientes Com Doença Do Refluxo Gastroesofágico: Uma Revisão Literária

**AUTORES:** Jordan Gomes de Queiroga (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Guilherme Cavalcante Pascoal (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Eduardo Sarmiento do Ó (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Vitor Manoel Lima Caraveta (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Francimar Gomes Moura Junior (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Gabriel Ferreira de Farias (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Pedro Santiago Madruga Ferreira (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Caio Alberto Nóbrega dos Santos (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Mayane Maria Fernandes dos Santos (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Arthur Francisco Andrade Galdino (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Joselito de Sousa Gomes Filho (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Augusto Victor Barbosa Lima Soares (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), José Marcolino da Silva Neto (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Marina Falcão Gurgel Neves (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Lucas Dantas de Vasconcelos (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Gabriel Santa Cruz Lins (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Daniel Lucas Pereira Diniz (Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - Juazeiro do Norte - Paraíba - Brasil), Maria Eduarda Ribeiro Coutinho da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), é uma patologia digestiva crônica com grande frequência na população, seu tratamento na maioria dos pacientes é feito de forma conservadora, com inibidor da bomba de prótons (IBP) e mudança de estilo de vida. Aos pacientes que não tem uma boa adesão clínica à longo prazo (seja com incapacidade de continuar o tratamento com IBP ou persistência dos sintomas) ou que têm formas complicadas da doença, como esôfago de Barret, ulceração ou estenose, é indicado o tratamento cirúrgico. O procedimento cirúrgico mais comum é a Fundoplicatura de Nissen, que se tem se mostrado um procedimento seguro, eficaz e duradouro.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão literária da Fundoplicatura de Nissen em pacientes com DRGE, destacando a técnica cirúrgica, os sintomas e o diagnóstico da doença.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura, baseada em artigos científicos da plataforma eletrônica PubMed, de 2020 a 2021. Utilizado o seguinte descritor “Nissen fundoplication gastroesophageal reflux” e incluindo ensaios clínicos, ensaios randomizados controlados, meta-análises e revisão sistemática, obtendo-se 62 resultados, dos quais 27 foram analisados.

**RESULTADOS:** A DRGE consiste no refluxo a longo prazo do conteúdo gástrico para o esôfago e pode acometer laringe, faringe e traqueia. Costumam apresentar pirose e regurgitação, principalmente ao se deitar e após se alimentar, e podem ser acompanhadas de disfagia. É diagnosticada aliando anamnese à Endoscopia Digestiva Alta, pHmetria de 24 horas e Esofagonometria e Esofagografia Baritada por exemplo. A Fundoplicatura de Nissen via laparoscópica, é o tratamento cirúrgico, que consiste em dissecar a junção esofagogástrica ao nível do hiato, deslocar parte do esôfago distal do mediastino inferior para a cavidade abdominal, mobilizando o fundo gástrico de forma a envolver os 360° do esfíncter esofágico inferior, com tensão mínima, diminuindo o diâmetro do hiato esofágico diafragmática. Essa prática visa minimizar os sintomas da DRGE, à fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente.

**CONCLUSÃO:** As opções terapêuticas da DRGE são muito variadas nos dias atuais, e o tratamento cirúrgico é utilizado na minoria dos casos. A escolha cirúrgica deve ser baseada na condição clínica do paciente, e a escolha da técnica na experiência do cirurgião e nas condições anatomo fisiológicas do paciente. Diante das opções cirúrgicas, a Fundoplicatura de Nissen é a opção “Gold Standard”.

**CONTATO AUTOR:** JORDAN GOMES DE QUEIROGA | jordan\_gq@hotmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 1104277 – Miotomia no megaesôfago sigmoide: é aplicável? Uma revisão sistemática e metanálise

**AUTORES:** Marina Feliciano Orlandini (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Amanda Park (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Maria Carolina Andrade Serafim (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Letícia Nogueira Datrino (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Guilherme Tavares (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Luca Schiliró Tristão (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Clara Lucato dos Santos (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Wanderley Marques Bernardo (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Santos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Acalasia pode evoluir para megaesôfago sigmoide em 10-15% dos pacientes e geralmente é tratada com esofagectomia, que apresenta alta morbimortalidade. Muitos cirurgiões discutem a aplicabilidade da miotomia de Heller para o tratamento do megaesôfago sigmoide.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é analisar a eficácia da miotomia no tratamento de pacientes com megaesôfago sigmoide.

**MÉTODO:** Uma revisão sistemática e metanálise foi conduzida no PubMed, Cochrane (CENTRAL), Lilacs (BVS) e Embase, juntamente com a busca manual de referências. Os critérios de inclusão foram: a) ensaios clínicos, coorte, série de casos; b) pacientes com megaesôfago sigmoide e diâmetro esofágico  $\geq 6$ cm; e c) pacientes submetidos à miotomia primária. Os critérios de exclusão foram: a) revisões, relatos de caso, estudos transversais, editoriais, cartas, resumos de congressos, indisponibilidade de texto completo; b) tratamento cirúrgico prévio para acalasia; e c) estudos pediátricos ou de modelos animais. Não houve restrições de idioma e data de publicação e nenhum filtro foi aplicado. Foram realizadas análises de subgrupos para avaliar os resultados perioperatórios da miotomia laparoscópica. Além disso, análises de subgrupos foram realizadas para avaliar os resultados à longo prazo dos estudos com um tempo de seguimento  $>24$  meses. Para verificar a heterogeneidade foi utilizado o teste I<sup>2</sup>. Aplicou-se um intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi aplicado o modelo randômico, sendo o modelo fixo usado como análise de sensibilidade. Para avaliar o risco de viés e a qualidade da evidência, foram utilizadas as ferramentas ROBINS-I e GRADE, respectivamente.

**RESULTADOS:** Dezesesseis artigos foram selecionados, abrangendo 350 pacientes. A idade média variou de 36 a 61 anos, e o seguimento médio variou de 16 a 109 meses. A taxa de complicações foi de 0,08 (IC: 0,040 - 0,153; p = 0,01). A taxa de necessidade de retratamento foi de 0,128 (IC: 0,031 - 0,409; p = 0,01). A taxa de resultados "bons" ou "excelentes" após a miotomia foi de 0,762 (IC: 0,703 - 0,812; p < 0,01). A mortalidade pós-operatória foi de 0,008 (IC: 0,004 - 0,015; p < 0,01).

**CONCLUSÃO:** A miotomia de Heller é uma opção para evitar a esofagectomia no megaesôfago sigmoide, com baixa morbimortalidade e bons resultados. Ela mostra-se eficaz para a maioria dos pacientes e apenas uma minoria exigirá um retratamento, seja uma remiotomia, terapia endoscópica ou esofagectomia

**CONTATO AUTOR:** AMANDA PARK | amandapark81@gmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 1104428 – Ligadura profilática do ducto torácico durante esofagectomia: qual o impacto perioperatório e na sobrevida a longo prazo? Uma revisão sistemática e metanálise

**AUTORES:** Clara Lucato dos Santos (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Victória Recidivi e Silva (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Letícia Nogueira Dadrino (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Guilherme Tavares (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Luca Schiliró Tristão (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Marina Feliciano Orlandini (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Maria Carolina Andrade Serafim (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Laura Lucato dos Santos (Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil), Wanderley Marques Bernardo (Centro Universitário Lusíada - Santos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A esofagectomia é um procedimento complexo e com alto índice de morbidade. Dentre as complicações cirúrgicas, o quilotórax por fístula do ducto torácico aumenta as reinternações e o risco de mortalidade.

Alguns autores sugerem o uso profilático da ligadura do ducto torácico (LDT) para diminuir as chances de quilotórax em pacientes submetidos à esofagectomia. Além disso, após a identificação e ligadura do ducto torácico, a ressecção do ducto torácico (RDT) poderia, teoricamente, aumentar o número de linfonodos ressecados. No entanto, existe o temor de que a obliteração do ducto torácico diminua a circulação de citocinas e diminua a resposta imune às células neoplásicas, podendo, portanto, influenciar a sobrevida a longo prazo. Atualmente, não há consenso sobre o uso de LDT ou RDT profilático para câncer de esôfago.

**OBJETIVO:** Esse estudo objetiva comparar pacientes que foram submetidos a esofagectomia associada a LDT ou RDT com pacientes submetidos a esofagectomia sem tais procedimentos.

**MÉTODO:** A revisão sistemática foi realizada nas bases: PubMed, Embase, Cochrane e Lilacs. Os critérios de inclusão foram: estudos que compararam a esofagectomia com LDT ou RDT com a não-obliteração de ducto torácico; pacientes com câncer de esôfago; ensaios clínicos e estudos coortes. Foi adotado modelo de efeito randômico e os desfechos foram sintetizados em Forest Plots, utilizando Diferença de Risco (DR) ou Hazard Ratio, com os respectivos IC 95%.

**RESULTADOS:** Foram selecionados 16 artigos. O tempo de seguimento médio entre os estudos foi de 52 meses e 97,6% dos pacientes apresentaram carcinoma espinocelular. A LDT não influenciou nos riscos de complicações (DR: -0.02; [-0.11, 0.07]); quilotórax (DR: -0.01; [-0.02, 0.00]); mortalidade (DR: -0.01; [-0.02, 0.00]); taxa de reoperação (DR: -0.01; [-0.02, 0.00]); e sobrevida global (HR: 1.17; [0.86, 1.48]). Já a RDT foi associada com maiores riscos de complicações pós-operatórias (RD: 0.1; 0.00, 0.19); quilotórax (RD: 0.02; [0.00, 0.03]). Não houve diferença significativa para taxa de reoperação (RD: 0.02; [-0.00, 0.05]). A RDT não trouxe ganho em sobrevida global (HR: 1.16; [0.8, 1.51]).

**CONCLUSÃO:** Esofagectomia com ligadura de ducto torácico sem ressecção do mesmo não diminui de forma significativa o risco de quilotórax e taxa de reoperações e não influencia na sobrevida global. A ligadura com ressecção do ducto torácico implica em maiores complicações pós-operatórias, incluindo quilotórax e não traz ganho em sobrevida a longo prazo.

**CONTATO AUTOR:** VICTORIA RECIDIVI E SILVA | victoria.recidivi@hotmail.com



## Cirurgia - Esôfago

### 1104437 – Linfadenectomia para câncer de esôfago: dois ou três campos? Uma revisão sistemática e metanálise para resultados a curto e longo prazo

**AUTORES:** Maria Fernanda Mollaco Navarro da Cruz (Centro Universitário Lusíadas- UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Letícia Nogueira Dadrino (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Marina Feliciano Orlandini (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Maria Carolina Andrade Serafim (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Victoria Andrade Modesto (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Clara Lucato dos Santos (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Guilherme Tavares (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Luca Schiliró Tristão (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Wanderley Marques Bernardo (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Centro Universitário Lusíada-UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Atualmente não há consenso sobre os benefícios da adição da linfadenectomia cervical à tradicional linfadenectomia em dois campos em pacientes com carcinoma espinocelular esofágico. Uma linfadenectomia estendida teoricamente poderia aumentar o tempo da operação e os riscos de complicações pós-operatórias. No entanto, a linfadenectomia estendida permitiria a ressecção de nódulos cervicais com risco de metástase, aumentando potencialmente as taxas de sobrevida em longo prazo. A literatura carece orientações baseadas em evidências quanto ao melhor manejo relacionado a extensão da linfadenectomia nesses casos.

**OBJETIVO:** Avaliar se a linfadenectomia cervical profilática para carcinoma espinocelular de esôfago influencia os resultados a curto e longo prazo por meio de uma revisão sistemática da literatura e metanálise.

**MÉTODO:** Uma revisão sistemática foi realizada no PubMed, Embase, Cochrane e Lilacs. Os critérios de inclusão foram: estudos que compararam a esofagectomia dois campos (2F) vs. três campos (3F); artigos que analisam desfechos de curto ou longo prazo; e ensaios clínicos ou estudos de coorte. Os resultados foram sintetizados por Forest Plots e usado mean difference (MD) ou risk difference (RD) com os respectivos IC 95%. Foram seguidos critérios PRISMA (PROSPERO: CRD42020202185).

**RESULTADOS:** A linfadenectomia 3F permitiu maior número total de linfonodos ressecados (MD: -23,56; [-31,20; -15,92]). No entanto, 3F foi associado a maior tempo de operação (MD: -42,36 min; [-70,50; -14,23]), maior permanência hospitalar (MD: -0,91 dia; [-1,76; -0,07]), maior perda de sangue (MD: -23,99; [-44,13; -3,84]) e maior risco de rouquidão pós-operatória (RD: -0,06; [-0,11; -0,00]). Nenhuma diferença entre 2F e 3F foi observada para mortalidade pós-operatória (RD: 0,02; [0,01; 0,02]). Além disso, nenhuma diferença significativa foi observada para complicações gerais (RD: 0,01; [-0,02; 0,03]), incluindo pneumonia pós-operatória (RD: 0,01; [-0,05; 0,07]) e fístula anastomótica (RD: -0,02; [-0,06; 0,02]). Não houve diferença entre 2F e 3F para sobrevida global (HR: 1,12; [0,97; 1,27]).

**CONCLUSÃO:** A linfadenectomia cervical profilática para câncer de esôfago deve ser realizada com cautela, pois está associada a piores resultados em curto prazo em comparação com a linfadenectomia tradicional a dois campos e não melhora a sobrevida em longo prazo. Estudos futuros sobre câncer de esôfago devem determinar qual subgrupo de pacientes que poderiam se beneficiar da linfadenectomia profilática cervical.

**CONTATO AUTOR:** MARIA FERNANDA MOLLACO NAVARRO DA CRUZ | mariafernandamollaco@gmail.com

**1104462 – A EXTUBAÇÃO PRECOCE APÓS ESOFAGECTOMIA É SEGURA? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE**

**AUTORES:** Maria Carolina Andrade Serafim (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Victoria Andrade Modesto (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Marina Feliciano Orlandini (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Letícia Nogueira Datrino (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Luca Schiliró Tristão (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Clara Lucato dos Santos (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Guilherme Tavares (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil), Wanderley Marques Bernardo (FCMS-Unilus - Santos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A esofagectomia apresenta alta morbimortalidade, principalmente devido às complicações pulmonares. Consequentemente, o suporte ventilatório é a base do manejo pós-operatório. No entanto, ainda não há consenso sobre o momento da extubação. Há o temor de que a extubação prematura possa resultar em alto risco de reintubação urgente. Por outro lado, existe o risco de dano pulmonar na intubação prolongada.

**OBJETIVO:** Assim, o presente estudo tem como objetivo comparar a extubação precoce com a tardia após esofagectomia.

**MÉTODO:** Foi realizada uma revisão sistemática no PubMed, Lilacs, Cochrane Library Central e Embase, comparando a extubação precoce com a tardia após esofagectomia. O resultado primário foi a reintubação. Os desfechos secundários incluíram mortalidade; complicações; complicações pulmonares; pneumonia; fístula anastomótica; tempo de internação; e tempo de internação na UTI. Os critérios de inclusão foram: a) ensaios clínicos e estudos de coorte; b) pacientes adultos (> 18 anos); e c) pacientes com câncer de esôfago submetidos à esofagectomia. Os resultados foram resumidos pela diferença de risco e diferença média. Intervalo de confiança de 95% e modelo randômico foram aplicados.

**RESULTADOS:** Cinco artigos foram selecionados, compreendendo 566 pacientes. A extubação precoce não aumentou o risco de reintubação, com uma diferença de risco de 0,02 (IC 95% -0,02; 0,07). Além disso, não houve diferença para mortalidade -0,01 (IC 95% -0,04; 0,03); complicações -0,09 (IC 95% -0,22; 0,05); complicações pulmonares -0,05 (IC 95% - 0,13; 0,03); pneumonia -0,06 (IC 95% -0,18; 0,05); fístula anastomótica -0,01 (IC 95% -0,09; 0,08). Além disso, não houve diferença média significativa para: tempo de internação -1,12 (IC 95% -5,99; 3,76); e tempo de internação na UTI 0,00 (IC 95% -0,20; 0,20).

**CONCLUSÃO:** A extubação precoce após esofagectomia não aumenta o risco de reintubação, mortalidade, complicações e tempo de internação.

**CONTATO AUTOR:** VICTORIA ANDRADE MODESTO | vic.modesto@hotmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 101857 – COMPARAÇÃO DE ESOFAGOJEJUNO ANASTOMOSE MANUAL E MECÂNICA APÓS GASTRECTOMIA TOTAL

**AUTORES:** Fernanda Cavalcanti Cabral (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Murilo Rocha Laragnoit De Martino (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Kaissan Nahi Said Shukair (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lara Lopes Fioratti (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Andréia Yumi Jouti Motomura (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Alexandre Cruz Henriques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), André Roncon Dias (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrectomia total é uma cirurgia muito comum no tratamento do câncer gástrico, doença responsável pela quinta maior causa de morte por câncer no Brasil. Um dos métodos de reconstrução do trânsito intestinal nessa cirurgia é a anastomose esofagojejunal, que pode ser causa de muitas complicações. Neste estudo, comparamos a anastomose esofagojejunal pela técnica manual e a mecânica, após a gastrectomia total.

**OBJETIVO:** As complicações relacionadas a anastomose esofagojejunal estão entre os principais problemas no período pós-operatório da gastrectomia total. O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados cirúrgicos da anastomose esofágica manual comparada a mecânica

**MÉTODO:** Realizada revisão sistemática e meta-análise de estudos comparativos avaliando anastomose esofagojejunal manual e mecânica.

**RESULTADOS:** Um total de doze estudos foram selecionados, composto por 1761 indivíduos. O tempo cirúrgico foi maior no grupo de anastomose manual (MD = 22,13 minutos; 95% IC: 3,97 a 40,29). O risco de fístula de anastomose não foi diferente entre os grupos (DR = 0,00; 95% IC: -0,03 a 0,03). Assim como, a taxa de abscessos intracavitários (DR = -0,02; 95% IC: -0,07 a 0,02); taxa de necessidade de reoperação (DR = -0,00; 95% IC: -0,01 a 0,01); complicações pós-operatórias (DR = 0,12; 95% IC: -0,01 a 0,25); mortalidade pós-operatória (DR = 0,02; 95% IC: -0,02 a 0,06); estenose anastomótica (DR = -0,01; 95% IC: -0,03 a 0,00); e tempo de internação hospitalar (MD = 3,52 dias; 95% IC: -0,49 a 7,53) não foram diferentes entre os grupos.

**CONCLUSÃO:** Os resultados indicam que a anastomose esofágica manual e mecânica apresentam resultado cirúrgicos similares. A anastomose mecânica apresenta um menor tempo cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** MURILO ROCHA LARAGNOIT DE MARTINO | murilo.afc97@gmail.com

**102000 – PANORAMA DAS GASTRECTOMIAS PARCIAL E TOTAL NAS REGIÕES BRASILEIRAS ENTRE 2013 E 2020**

**AUTORES:** Ana Beatriz Santos Ferreira (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Miguel Godeiro Fernandez (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Iasmin Oliveira Andrade (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Blenda Martins Moreno (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabrielle Azevedo Costa (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Caroline Rosário da Silva (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Gabriella Coni Serra (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Luisa Moura Mascarenhas (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina de Oliveira Souza Casal (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Flávia Shwenck Fagundes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Rafaella Cazé de Medeiros (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Catarina Mendes Doria (UnifTC - Salvador - Bahia - Brasil), Marcio Rivison Silva Cruz (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Anna Paula Matos de Jesus (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Bianca Correia Cortes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico é causa significativa de morbimortalidade. No Brasil, é o terceiro mais frequente em homens e quinto a mulheres<sup>4</sup>. Dentre os tipos histológicos, o mais comum é o adenocarcinoma<sup>2</sup>. O tratamento cirúrgico é o mais eficaz, no qual dispomos das gastrectomias total e parcial, abertas ou laparoscópicas, para excisão tumoral ou à determinação do estadiamento<sup>5</sup>. Posto isso, é essencial considerar os benefícios e riscos de um tratamento menos ou mais invasivo.

**OBJETIVO:** Comparar dados representativos das gastrectomias parcial e total, identificando riscos que auxiliem na recomendação do tratamento para o câncer gástrico.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico através de dados agregados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) disponível no DATASUS. A amostra incluiu pacientes oncológicos submetidos a gastrectomias parcial ou total, nas regiões brasileiras, entre 2013 e 2020. Foram analisadas as variáveis: AIH aprovadas, taxa de mortalidade, valor médio de internamento e média permanência.

**RESULTADOS:** 17393 gastrectomias, parciais e totais, em oncologia, foram realizadas no país, com 55% apenas no Sudeste. A modalidade parcial (9541) foi mais realizada que a total (7942), sendo o período de internação médio maior para segunda, 13 dias, enquanto para primeira foi de 10,9 dias. A taxa média de mortalidade nacional foi de 6,63% para gastrectomia parcial, e 10,23% para total. A região Sul admitiu a maior taxa de mortalidade média tanto para parcial (7,66%) quanto para total (12,83%), se opondo ao Nordeste, com contingente semelhante de gastrectomias, que demarcou a menor taxa de mortalidade média para modalidade parcial (6,09%). Já, para total, o Centro-Oeste exibe a menor taxa de mortalidade média (6,97%) do período. Por fim, o valor médio para gastrectomia parcial foi de R\$ 5321, variando de R\$ 4965 na região Norte a R\$ 5747 no Sul. A total custa, em média nacional, R\$ 5726, com variação de R\$ 6423 a R\$ 5024 no Sudeste e Nordeste, respectivamente.

**CONCLUSÃO:** A gastrectomia total representa alta mortalidade, se aproximando de duas vezes o computado para parcial. O contraste observado no Sul, reconhecido pelo desenvolvimento socioeconômico, sugere o risco inerente aos procedimentos e menor influência da estrutura de saúde. Ainda, a modalidade total representa maior custo, mas tempo de internamento discretamente maior. Dessa forma, podemos reconhecer que a modalidade mais invasiva requer avaliação além do estadiamento, angariando os riscos intrínsecos após indicação do procedimento.

**CONTATO AUTOR:** ANA BEATRIZ SANTOS FERREIRA | [anabeatriz2101@hotmail.com](mailto:anabeatriz2101@hotmail.com)

**102030 – PANORAMA DO TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRÚRGICAS PÓS-BARIÁTRICA NAS REGIÕES DO BRASIL: 2010 - 2019**

**AUTORES:** Ana Beatriz Santos Ferreira (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabriella Coni Serra (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina de Oliveira Souza Casal (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Luisa Moura Mascarenhas (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Flávia Shwenck Fagundes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Rafaella Cazé de Medeiros (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Catarina Mendes Doria (UniFTC - Salvador - Bahia - Brasil), Miguel Godeiro Fernandez (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Iasmin Oliveira Andrade (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Blenda Martins Moreno (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabrielle Azevedo Costa (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Caroline Rosário da Silva (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Marcio Rivison Silva Cruz (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Anna Paula Matos de Jesus (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Bianca Correia Cortes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A obesidade, condição médica crônica de etiologia multifatorial, atinge proporções epidêmicas a nível global. Na obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica é o método mais eficaz para o manejo e tratamento de peso a longo prazo. Entretanto, como toda cirurgia, podem suceder intercorrências.

**OBJETIVO:** Analisar quantitativamente as intercorrências cirúrgicas no tratamento da pós-bariátrica e conhecer as particularidades de cada paciente por região, ano de processamento e pelo tipo de serviço (público/privado).

**MÉTODO:** Trata-se de estudo retrospectivo, baseado em um levantamento da análise dos dados do site de Departamento de informática do Ministério da Saúde (DATASUS), disponíveis publicamente. Os indicadores estudados foram: Grupo 1: Tratamento de intercorrências cirúrgicas pós-bariátrica segundo região, no regime público, no período de 2010 – 2019. Grupo 2: Tratamento de intercorrências cirúrgicas pós bariátrica segundo região, no regime privado, no período de 2010 – 2019.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 625 casos relatados de tratamento de intercorrências pós-bariátrica no Brasil, divididas por região, no período de 2010 a 2019. Foi observado um maior número de ocorrência de casos de intercorrências na Região Sul (462). As regiões Norte e Centro Oeste tiveram menor número, 1 e 2 casos, respectivamente. Quanto ao no regime público, resultaram em um total de 33 casos, no período entre 2010 e 2019. A Região Sudeste (18), apresentou maior número de casos, com 15 ocorrências no ano de 2015, seguido da região Sul, que apresentou 8 casos. As regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste, 5, 1 e 1 casos respectivamente. Já no regime privado, com um total de 106 casos, no período compreendido entre 2010 e 2019, a região Sul apresentou maior número de casos (85), com 38 ocorrências, seguido da região Sudeste (19), que apresentou 15 casos, ambos no ano de 2015. As regiões Nordeste e Centro Oeste apresentaram apenas 1 caso cada. A Região Norte não apresentou dados referente a ocorrências.

**CONCLUSÃO:** Desta forma, a procura por centros para tratamento tem sido efetiva, mas a demanda do serviço público ainda não consegue ser atendida como esperado, principalmente nos estados que possuem menor renda, sendo de extrema importância o planejamento e o investimento em políticas públicas para melhorar a assistência e atenção específica aos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, bem como a garantia da qualidade dos serviços, avaliação da estrutura e a equipe para um atendimento sublime a todos igualmente.

**CONTATO AUTOR:** ANA BEATRIZ SANTOS FERREIRA | [anabeatriz2101@hotmail.com](mailto:anabeatriz2101@hotmail.com)

**102251 – AVALIAÇÃO DE MORTALIDADE E SOBREVIDA NO TUMOR GÁSTRICO PERFURADO**

**AUTORES:** Gabrielle de Almeida Fernandes (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), José Donizeti de Meira Junior (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico (CaG) é a quinta neoplasia maligna mais comum no mundo e a terceira em número de óbitos. Menos de 1% dos casos de abdome agudo perfurativo são provocados por câncer gástrico. Embora incomum, a perfuração é evento grave, com alta taxa de mortalidade (até 50%).

**OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é avaliar dados sobre o manejo, complicações e sobrevida de pacientes com tumor gástrico perfurado.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo em centro de referência em oncologia na cidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes operados por perfuração gástrica por câncer entre 2009 e 2021. Foram excluídos pacientes com perfuração péptica ou sem confirmação histopatológica de neoplasia.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 39 pacientes submetidos a cirurgia de urgência, a maioria do sexo Masculino (61,5%), com idade média de 64 anos. Seis pacientes (15,4%) apresentavam doença metastática. Análise histopatológica demonstrou 35 adenocarcinomas, 3 linfomas e 1 GIST. A maioria das cirurgias foram paliativas (74,3%), sendo 12 rafia (30,8%), e apenas 6 procedimentos (15,4%) considerados curativos com dissecação D2 (técnica padrão). A mortalidade perioperatória foi de 56,4%. A sobrevida média foi de 5,8 meses. A sutura da perfuração com epiplonplastia seguida de gastrectomia em um segundo momento tem menor morbidade e ainda se associa com maior taxa de ressecção R0 e maior sobrevida. Observamos que a rafia foi aplicada em praticamente um terço da casuística, e que a gastrectomia curativa em tempo único foi menos utilizada.

**CONCLUSÃO:** Os achados deste trabalho confirmam que a perfuração de tumores gástricos possui alta mortalidade perioperatória e se associa com sobrevida pobre. A abordagem em dois tempos foi superior à gastrectomia na urgência, sendo portanto a conduta aconselhável.

**CONTATO AUTOR:** STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES | stefanie14sophie@hotmail.com

## **Cirurgia - Estômago**

### **102352 – Análise do uso das técnicas de gastrostomia nas regiões brasileiras entre os anos de 2010 e 2020**

**AUTORES:** Ana Beatriz Santos Ferreira (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Iasmin Oliveira Andrade (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Anna Paula Matos de Jesus (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Bianca Correia Cortes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Miguel Godeiro Fernandez (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Blenda Martins Moreno (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabrielle Azevedo Costa (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Caroline Rosário da Silva (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Flávia Shwenck Fagundes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Rafaella Cazé de Medeiros (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Catarina Mendes Doria (UnifTC - Salvador - Bahia - Brasil), Gabriella Coni Serra (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina de Oliveira Souza Casal (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Luisa Moura Mascarenhas (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrostomia consiste em um procedimento no qual há colocação de uma sonda através da parede abdominal até a luz do estômago. A sua inserção pode ser feita por via endoscópica, radiológica ou cirúrgica (laparoscópica ou aberta). Dentre a cirúrgica, a via laparoscópica se destaca por ser menos invasiva e por apresentar um melhor pós-operatório.

**OBJETIVO:** Comparar o uso das técnicas de gastrostomia, dentre elas a videolaparoscópica, nas regiões brasileiras entre os anos de 2010 e 2020.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo com dados agregados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS. A amostra inclui indivíduos submetidos à gastrostomia convencional e videolaparoscópica nas regiões do Brasil, nos anos de 2010 a 2020. Foram avaliados os dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, taxa de mortalidade, valor médio e a média de permanência.

**RESULTADOS:** No Brasil, foram realizadas 84.323 gastrostomias, 46% apenas no Sudeste (38.850), sendo que desse total, 3.636 gastrostomias videolaparoscópicas ocorreram, 66,5% (2.428) delas no Sul e Sudeste. O valor médio por internação para os pacientes que realizaram gastrostomias, no país, foi de R\$ 1.985,70, variando de \$1.859,72, no Nordeste a R\$2.736,82, no Norte. Já os procedimentos por vídeo custaram, em média, R\$1.579,93. A média de permanência dos pacientes que passaram pelas gastrostomias foi de 11,1 dias durante o período. Os pacientes que realizaram o procedimento por via laparoscópica, tiveram uma média de 10,9 dias de hospitalização. Por fim, a taxa de mortalidade da gastrostomia foi cerca de 10,6% e da gastrostomia videolaparoscópica foi de 5,9%.

**CONCLUSÃO:** O Sudeste, região mais populosa e centro das inovações médicas e tecnológicas do país, realiza um número muito maior de gastrostomias, se comparado ao resto do Brasil. Além disso, apesar da gastrostomia videolaparoscópica possuir valor médio de internação inferior e taxa de mortalidade cerca de 50% menor do que a média das demais, que ainda são 23 vezes mais realizadas. Isso se deve ao alto custo de implementação dos equipamentos por vídeo, o que faz o procedimento videolaparoscópico possuir maior custo-benefício apenas a longo prazo.

**CONTATO AUTOR:** ANA BEATRIZ SANTOS FERREIRA | anabeatriz2101@hotmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 102412 – Estratégias para o tratamento do reganho de peso pós cirurgia bariátrica

**AUTORES:** MÁRCIO FELLIPE BEZERRA NEVES (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Patrícia Kelle Medeiros de Lacerda (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Louise Pessoa de Araújo Guedes (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os tratamentos do reganho de peso após realização de cirurgia bariátrica relatados na literatura são escassos e controversos.

**OBJETIVO:** O objetivo do trabalho foi sistematizar estratégias para tratar o reganho de peso em pacientes pós cirurgia bariátrica.

**MÉTODO:** Os dados foram obtidos a partir de estudo revisional de artigos publicados nos últimos dois anos, na base de dados do PubMed, por meio da ferramenta MeSH (Medical Subject Headings) e utilizando os descritores “bariatric surgery” e “weight regain”.

**RESULTADOS:** Observou-se que a terapia para a reversão deste entrave requer uma equipe multidisciplinar. A psicoterapia apresenta resultados satisfatórios como maneira de auxiliar no controle de gatilhos emocionais e no suporte aos pacientes que apresentam compulsão alimentar. O tratamento farmacológico, ainda não se apresenta bem sistematizado na literatura. Entretanto, há pesquisas com resultados consistentes que apontam o uso contínuo de topiramato e liraglutide como auxiliares no processo de emagrecimento destes pacientes. Por fim, tem-se a opção de realizar um procedimento revisional. Porém, esta alternativa deve ser tentada apenas no caso de falha em medidas comportamentais e psicossociais, pois trata-se de uma cirurgia desafiadora, tanto no tocante à dificuldade técnica, quanto no contexto das complicações pós-operatórias. Os pacientes formalmente indicados à reabordagem cirúrgica são aqueles que retornam a IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> com o retorno de comorbidades, ou IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> com ou sem comorbidades associadas. A cirurgia pode ser realizada através de switch duodenal, principalmente nos casos de falha após gastroplastia à sleeve. Tem aplicabilidade mais reduzida em relação à revisão da cirurgia em bypass gástrico. Outra alternativa é o procedimento de bipartição do trânsito intestinal, especialmente em pacientes com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Também há a possibilidade de conversão de sleeve em gastroplastia em bypass com Y de Roux, que resulta em maior grau de disabsorção e consequente perda de peso.

**CONCLUSÃO:** Concluímos que o reganho de peso após a cirurgia bariátrica usualmente está relacionado intimamente com questões psicológicas e emocionais, bem como hábitos do paciente. Ainda temos, entretanto, escassez de estudos que avaliem a reoperação da cirurgia de obesidade a longo prazo, principalmente no tocante aos fatores de risco para desfechos desfavoráveis após o procedimento revisional.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO FELLIPE BEZERRA NEVES | fellipebezerra.med@hotmail.com



## **Cirurgia - Estômago**

### **1104233 – Impacto da pandemia por COVID 19 no tratamento cirúrgico do câncer gástrico**

**AUTORES:** Amanda Juliani Arneiro (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Fernando Kodama Petille Ramos (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marina Alessandra Pereira (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), André Roncon Dias (USP - São Paulo - Santa Catarina - Brasil), Bruno Zilberstein (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A pandemia da COVID 19 saturou os serviços médicos globalmente e restringiu o acesso de pacientes com outras patologias incluindo o câncer gástrico (CG).

**OBJETIVO:** O objetivo desse estudo é avaliar o impacto da pandemia nas características e desfechos dos pacientes operados com CG e avaliar a adoção das medidas de prevenção de contágio durante a internação.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo não intervencionista, o qual avaliou pacientes com CG submetidos a tratamento cirúrgico no período de março de 2020 a abril de 2021 (GRUPO COVID), comparativamente a uma série de casos previamente existente no período de 2015 a 2019 (GRUPO CONTROLE).

**RESULTADOS:** O grupo COVID foi composto por 83 pacientes enquanto que na média 107 cirurgias eram realizadas anteriormente por ano. As características clínicopatológicas não diferiram entre os pacientes dos dois grupos. Houve um aumento na proporção de cirurgias diagnósticas (19,3% vs. 8,2%;  $p=0,005$ ), realização de quimioterapia pré-operatória (39,8% vs. 18,7%;  $p<0,001$ ) e tumores sem definição do tipo histológico de Lauren (25,3% vs. 13,8%;  $p=0,009$ ). Resultados patológicos e complicações cirúrgicas não diferiram entre os grupos. Dezenove pacientes (22,8%) não foram testados para COVID 19 antes da cirurgia sendo 13 nos primeiros 2 meses de implantação do protocolo. Apenas um paciente contraiu COVID-19 na internação com desfecho favorável.

**CONCLUSÃO:** No período da pandemia houve um decréscimo no número de cirurgias com maior indicação de quimioterapia pré-operatória e laparoscopias diagnósticas. Houve uma boa adesão e resultados do protocolo de prevenção da infecção na internação.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA JULIANI ARNEIRO | amanda.arneiro93@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104408 – Gastrectomia robótica versus aberta no câncer gástrico: resultados de curto prazo de estudo randomizado

**AUTORES:** Ulysses Ribeiro jr (FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Andre roncon dias (FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Kodama Pertille Ramos (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Jose Oliveira (FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Osmar Kenji Yagi (FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo zugaib abdalla (fmusp - sao paulo - São Paulo - Brasil), Marina alessandra pereira (FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (FMUSP - sao Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Ivan Cecconello (FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A primeira gastrectomia assistida com robô data de 2002. Desde então, alguns autores, especialmente da Ásia, demonstraram que o método é seguro e oncológico, porém há grande carência de dados de alta qualidade. O único estudo randomizado disponível em câncer gástrico (CaG) comparou a gastrectomia subtotal robótica com a laparoscópica. Eram pacientes orientais com índice de massa corporal (IMC) mais baixo e tumores mais iniciais que os do ocidente.

Assim, há grande interesse em saber se o método pode ser utilizado na rotina, principalmente do ocidente.

**OBJETIVO:** Comparar os resultados em curto prazo da gastrectomia com linfadenectomia D2 pelas vias robótica e aberta.

**MÉTODO:** Este é um ensaio clínico aberto, realizado em uma única instituição. Pacientes com CaG candidatos a gastrectomia com linfadenectomia D2 foram randomizados (alocação 1:1) para receber tratamento cirúrgico pela via robótica (GR) ou aberta (GA). A plataforma Da Vinci Si foi utilizada. O período foi dezembro de 2014 a fevereiro de 2021. Critérios de inclusão foram: adenocarcinoma gástrico estágio cT2-4 cN0-1, cirurgia com intuito curativo, idade 18-80 anos, performance ECOG 0-1. Critérios de exclusão foram: cirurgia de urgência, cirurgia gástrica prévia, cirurgia abdominal maior prévia. Todos assinaram termo de consentimento informado e o estudo está registrado no clinicaltrials.gov (NCT02292914).

O desfecho primário foi sangramento operatório e a hipótese foi redução deste em 50% com a GR. A partir da média de sangramento na cirurgia aberta de 250ml, com erro tipo I de 0,05 e poder de 90%, a amostra foi calculada em 30 pacientes para cada grupo.

**RESULTADOS:** De 65 pacientes randomizados, 5 foram excluídos (3 paliativos, 1 com obstrução e necessidade de cirurgia de urgência e 1 por falta de material), restando 31 pacientes no braço aberto e 29 no robótico. Os grupos foram similares (idade, sexo, IMC, comorbidades, ASA e número de gastrectomias totais). A GR teve média linfonodal similar (41 vs 42), tempo cirúrgico maior (358 vs 214 min,  $p < 0,001$ ) e menor sangramento (123 vs 276 ml,  $p < 0,001$ ). Foram estatisticamente equivalentes as complicações pós-operatórias maiores (9,7 e 6,9%; GA e GR), a duração da internação (8,9 e 9,1) e as readmissões em 30 dias (4 GA e 1 GR,  $p = 0,355$ ).

**CONCLUSÃO:** A GR reduz em mais de 50% o sangramento operatório. Os resultados em curto prazo são similares aos da GA. Uma amostra maior é necessária para confirmar que a GR se relaciona com menos complicações pós-operatórias e menos readmissões em 30 dias.

**CONTATO AUTOR:** RODRIGO JOSE DE OLIVEIRA | rjoliveira92@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104411 – Ressecção multivisceral versus gastrectomia isolada no câncer gástrico: análise após pareamento por escore de propensão.

**AUTORES:** andre roncon dias (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Marina alessandra pereira (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), marcus fernando kodama pertille ramos (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), erika sakamoto (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), felipe alexandre fernandes (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), rodrigo jose de oliveira (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), ulysse ribeiro junior (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), bruno zilberstein (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), sergio carlos nahas (HC-FMUSP / ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico (CaG) com invasão de órgãos adjacentes (T4b) deve ser manejado com gastrectomia em monobloco com os órgãos invadidos (ressecção multivisceral - RMV) quando for factível obter margens livres. A RMV no CaG traz morbi-mortalidade elevadas e, aparentemente, piores das que a gastrectomia isolada. Entretanto, os estudos contêm vieses e muitas variáveis de confusão. No único artigo comparando a RMV com a gastrectomia isolada, os grupos não foram similares. Assim, não se sabe o real impacto da RMV no CaG.

O pareamento por escore de propensão permite balancear 2 grupos distintos, cujo tratamento inicial foi diferente. Assim, ele simula um estudo randomizado, eliminando o viés de seleção, e a diferença de resultados pode ser atribuída ao tratamento realizado.

**OBJETIVO:** Comparar o resultado de curto prazo da RMV com a gastrectomia isolada em pacientes com CaG.

**MÉTODO:** Pacientes com CaG submetidos à RMV foram comparados com os que receberam gastrectomia isolada através de PSM. O desfecho principal foi a mortalidade em 90 dias.

Foram critérios de inclusão: adenocarcinoma gástrico e cirurgia com intuito curativo. Os pacientes foram pareados 1:1 de acordo com as variáveis: sexo, idade, comorbidades, ASA, hemoglobina, quimioterapia pré-operatória, gastrectomia realizada, pT e pN.

**RESULTADOS:** Após o pareamento, restaram 57 pacientes em cada grupo. Os grupos se tornaram equiparáveis em relação às variáveis selecionadas. Desfechos estatisticamente diferentes entre os grupos, passaram a ser equivalentes: complicações pós-operatórias maiores pré-PSM - 14,5 vs 26,6% ( $p = 0,011$ ), pós-PSM - 21,1 vs 26,3% ( $p = 0,509$ ); mortalidade em 90 dias pré-PSM - 6,6 vs 10,5% ( $p = 0,020$ ), pós-PSM - 10,5 vs 17,5%, ( $p = 0,281$ ). A sobrevida global também se tornou similar. Foram fatores associados a óbito em até 90 dias: idade > 65 anos (OR: 3,39) e ressecção de 2 ou mais órgãos além do estômago (OR: 4,62). A ressecção R1 e a cirurgia exclusiva (sem tratamento multimodal) foram fatores independentes de pior prognóstico (OR: 3,61 e 2,81, respectivamente).

**CONCLUSÃO:** Ao parear os pacientes, eliminando o viés de seleção, foi notável que a diferença na morbidade, mortalidade e sobrevida, da RMV em relação à gastrectomia isolada, deixou de ser estatisticamente significativa, revelando que se tratam de pacientes graves e de maior risco desde o princípio. A ressecção de 2 ou mais órgãos, além do estômago, foi o principal fator associado a mortalidade em 90 dias em pacientes com CaG operados.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ALEXANDRE FERNANDES | feaf99@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104421 – A quimioterapia pré-operatória é melhor estratégia do que a cirurgia de princípio no câncer gástrico cT4

**AUTORES:** Andre Roncon Dias (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marina Alessandra Pereira (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erica Sakamoto (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Danilo Mardegam Razente (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo José de Oliveira (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico (CaG) T4 constitui um desafio terapêutico. Embora, no ocidente, a terapia multimodal (TMM) com quimioterapia seguida de cirurgia seja recomendada no CaG avançado, as lesões T4 são habitualmente indicadas para cirurgia de princípio, uma vez que se associam a sintomas como sangramento, dor e obstrução. De acordo com os dados atuais da literatura, não se permite inferir se a quimioterapia pré-operatória é uma estratégia melhor do que a cirurgia de princípio para tratamento do CaG T4.

**OBJETIVO:** Avaliar a melhor opção terapêutica no CaG cT4 (quimioterapia pré-operatória versus cirurgia de princípio).

**MÉTODO:** Pacientes com adenocarcinoma gástrico estadiamento cT4 e que receberam cirurgia com intuito curativo foram incluídos. Eles foram divididos conforme o tratamento inicial: cirurgia de princípio (CIR) ou quimioterapia pré-operatória (QT+CIR). O desfecho primário foi a sobrevida global (SG). Pacientes com cirurgia de urgência ou paliativa foram excluídos. A quimioterapia pré-operatória foi variável dicotômica (recebeu ou não), independente do esquema, ter recebido a dose pretendida ou da proposta (neoadjuvante, peri-operatória, conversão). Radioterapia hemostática não foi considerada como tratamento pré-operatório.

**RESULTADOS:** De 1.330 pacientes com CaG operados, 685 foram com intuito curativo, dentre os quais, 266 foram estagiados como cT4, sendo 150 no grupo CIR e 76 no QT+CIR. No grupo CIR, 95 receberam adjuvância. Os grupos foram equivalentes em relação à idade, comorbidades, ASA, hemoglobina, albumina, gastrectomia e linfadenectomia realizadas. No grupo QT+CIR foi observado menos linfonodos acometidos e pTNM menores. A mortalidade em 30 dias foi de 5,3 e 2,6% ( $p = 0,35$ ), a SG mediana foi 32 e 58,5 meses, respectivamente ( $p = 0,04$ ). Aqueles que receberam TMM (perioperatório ou adjuvante) ( $n: 174$ ) tiveram SG mais longa do que os com cirurgia isolada (49,4 vs 15,9 meses,  $p < 0,001$ ), sendo equivalente a SG entre os que receberam quimioterapia antes e após a cirurgia. A sobrevida livre de doença mediana para cirurgia isolada foi de apenas 4,5 meses. Ausência de TMM, pN+ e ressecção R1 foram fatores independentes de risco para menor SG.

**CONCLUSÃO:** A presença de TMM, e não o momento deste em relação à cirurgia, é fator prognóstico determinante no CaG cT4. A tolerância à adjuvância é reduzida após a cirurgia interferindo na sobrevida dos operados de princípio. A quimioterapia pré-operatória é estratégia melhor para o CaG cT4 do que a cirurgia de princípio.

**CONTATO AUTOR:** DANILO MARDEGAM RAZENTE | dmrazente@gmail.com

**1104553 – DISPOSITIVOS PARA GASTROSTOMIA: O QUE HÁ DISPONÍVEL?**

**AUTORES:** Ana Laura Franco Aguiar (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Manuela Biagi Orr (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Lucca Oliveira Franklin Almeida (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marina Meneghesso Buonarotti (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Rodrigues Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Rodrigues Souza (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrostomia (GTT) é um procedimento de caráter reversível que possibilita o acesso à luz do estômago por meio da parede abdominal. É feita quando há impossibilidade de alimentação via oral por período superior a 1 mês. Desta forma, alimentos, líquidos e medicamentos são dados por meio de um tubo que fica fixado através de um retentor interno.

**OBJETIVO:** Compilar os principais dispositivos existentes para GTT e analisar as vantagens e desvantagens de cada um.

**MÉTODO:** Foi realizada uma revisão bibliográfica, usando artigos publicados nos últimos 5 anos nas principais plataformas digitais, utilizando as palavras-chave: gastrostomy tube, percutaneous endoscopic gastrostomy, button gastrostomy e PEG tube.

**RESULTADOS:** Sondas do tipo botão possuem retentor interno em formato de balão ou cogumelo, e seu menor comprimento possibilita proximidade com a pele do paciente. Esse fato faz com que sejam menos propensas à oclusão e bem recomendadas tanto para a população pediátrica como para a adulta. Já as sondas PEG possuem fixador interno em formato de abóbada e são colocadas por via endoscópica percutânea. É frequentemente realizado por ser seguro e pouco invasivo. No entanto, deslocamentos ou retiradas acidentais, infecções ou vazamentos do estoma e obstruções podem ocorrer com esse tipo de sonda. Por fim, sondas G tradicionais (com ponta em cogumelo) e sondas G balonadas podem ser utilizadas como sondas de substituição/reposição. As sondas G tradicionais parecem possuir retentor mais durável, não precisando ser insuflado. Por outro lado, as sondas G balonadas minimizam o risco de rompimento do trato gastrocutâneo realizado anteriormente.

**CONCLUSÃO:** Existem diferentes tipos de dispositivos para GTT. Logo, cada um possui suas características, bem como, vantagens e desvantagens. Dessa maneira, é dever da equipe médica avaliar a melhor abordagem e dispositivo para o paciente. No entanto, é preciso salientar que, devido às vantagens do procedimento endoscópico percutâneo, a sonda PEG vem sendo mais utilizada, e que, há uma tendência, após a cicatrização do estoma, de substituição dessa sonda pela sonda em botão.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Cirurgia - Estômago

### 1104561 – Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para câncer gástrico em serviço de referência

**AUTORES:** LARISSA MERCADANTE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), JULIANA SOUZA FERREIRA (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PHILIPPE FRANCO AMARAL TAFNER (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LUCAS MEDINA AREOSA (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO HENRIQUE DIAS FERNANDES (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), EDESEL SILVA BELLEZA NASCIMENTO (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), KAIQUE FERREIRA COSTA ALMEIDA (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), DANIELE EVARISTO VIEIRA ALVES (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), CASSIO JERONIMO MACHADO BARROS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BERNARDO FONTEL POMPEU (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LUIS FERNANDO PAES LEME (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Com mais de 1 milhão de casos estimados anualmente o câncer gástrico (CG) é o quinto câncer mais comum no mundo e a terceira causa mais comum de mortalidade por câncer em ambos os sexos. O CG é diagnosticado por endoscopia digestiva alta com biópsia de lesões suspeitas. O tratamento leva em consideração o estadiamento e a condição clínica do paciente. O tratamento cirúrgico e quimioterapia (QT), são os pilares no tratamento com intenção curativa.

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com CG candidatos a tratamento cirúrgico eletivo.

**MÉTODO:** Foi realizado estudo retrospectivo, com avaliação dos prontuários eletrônicos de pacientes portadores de CG (CID10 C16), submetidos a tratamento cirúrgico no período de 2019 a 2020. Foram incluídos pacientes com histopatológico confirmando CG e submetidos a tratamento cirúrgico eletivo. Foram excluídos: prontuários incompletos, cirurgia de urgência e gastrectomia realizada por causa não neoplásica. Os dados foram anotados em planilha do Excel e posteriormente submetidos à análise descritiva.

**RESULTADOS:** Foram analisados 32 prontuários de pacientes segundo os critérios de elegibilidade. A média de idade no momento do diagnóstico foi de 61 anos  $\pm$  11 anos, com prevalência maior no sexo feminino de 56% e de 44% no sexo masculino. Quanto ao tipo de cirurgia, 78% realizaram gastrectomia subtotal e 22% gastrectomia total. Quanto ao tipo de reconstrução de trânsito intestinal, 87,5% foram Y de Roux e 12,5% Billroth II. Apenas um caso possui história familiar para CG, porém 29% possuem história de neoplasias diversas. 54% dispõem de história tabágica e 35% de etilismo. 97% possuem diagnóstico histológico de adenocarcinoma e 3% de GIST. 6% foram submetidos a QT neoadjuvante, 46% a QT adjuvante e 16% a QT e radioterapia adjuvante. O número de pacientes que evoluíram para fístula no pós-operatório é de 3 pacientes. A taxa de óbitos em < 1 ano de pós-operatório foi de 21%.

**CONCLUSÃO:** Neste presente estudo a idade no momento do diagnóstico encontra-se abaixo do que ilustra a literatura. Houve uma prevalência maior no sexo feminino o que também confronta dados atuais. O tabagismo e etilismo, permanecem como um fator de risco importante. No geral, taxas de sobrevivência relativa de 5 anos são baixas, isso enfatiza a importância da implementação de medidas de saúde pública com identificação de fatores de risco e fatores prognósticos possibilitem uma intervenção primária, diagnóstico e tratamento precoce do CG.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MERCADANTE DE ASSIS | [larissa.mercadante@hotmail.com](mailto:larissa.mercadante@hotmail.com)

## Cirurgia - Estômago

### 1104605 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE ORIGEM GÁSTRICA. EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**AUTORES:** Cristhian Jaillita Meneses (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Maria Neder Almeida (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), Valdir Terciotti Jr (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), José Antonio Possatto Ferrer (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), João Souza Coelho Neto (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), Luiz Roberto Lopes (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil), Nelson Adami Andreollo (Departamento de Cirurgia, Hospital de Clínicas e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas - SP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** . Diferentes tipos de neoplasias malignas e benignas têm sua gênese no estômago, tendo as mesmas diferentes graus de prevalência e incidência. O tumor de estroma gastrointestinal (GIST), com uma incidência anual de 11-14 casos por milhão de habitantes, é o tipo de neoplasia não epitelial mais frequente no trato digestivo, tendo sua origem no estômago num 50-60% dos casos.

**OBJETIVO:** Determinar o perfil epidemiológico e tratamento cirúrgico do GIST de origem gástrica.

**MÉTODO:** O presente estudo é do tipo descritivo, retrospectivo; com enfoque de análise tipo quantitativo, realizado no período compreendido entre janeiro de 2010 até dezembro de 2020 em Hospital Universitario referência da cidade de Campinas - SP.

**RESULTADOS:** Foram estudados 76 pacientes, sendo 61% do gênero feminino e 39% do gênero masculino. A comorbidade mais comumente observada foi a hipertensão arterial, seguida em frequência do tabagismo; em menor frequência foram achados o etilismo, diabetes mellitus e obesidade. Dispepsia, perda ponderal e hemorragia digestiva foram as manifestações clínicas mais comumente observadas, com porcentagens de 19%, 17% e 13% respectivamente. O diagnóstico e estadiamento foram por endoscopia digestiva e tomografia computadorizada, em todos os casos. O fundo gástrico foi a topografia mais comumente acometida pelo GIST, representando o 25% dessa amostra. A opção terapêutica mais comumente adotada foi a cirúrgica, correspondendo o 89%, sendo que o restante 11% dos casos foram direcionados para tratamento oncológico clínico exclusivo, devido doença avançada. Foi constatado quase uma equidade referente ao tipo de abordagem cirúrgica, com uma discreta predominância do tratamento cirúrgico clássico por laparotomia com 51%, e 49% sendo a abordagem cirúrgica minimamente invasiva, por videolaparoscopia. Com respeito ao estadiamento patológico segundo os critérios do National Institute Health para o GIST gástrico, foi observado predominância das categorias muito baixo risco e baixo risco, com 31% e 32% respectivamente. Seguimento clínico oncológico ocorreu em 59%, não necessitando de outro tipo complementar terapêutico pós-operatório.

**CONCLUSÃO:** O GIST gástrico apresenta uma importante prevalência na população, as equipes médicas devem conhecer as particularidades dessa doença, para assim poder realizar o diagnóstico precoce e oferecer a melhor opção terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** ANA MARIA NEDER DE ALMEIDA | [ananeder@unicamp.br](mailto:ananeder@unicamp.br)

## Cirurgia - Fígado

### 101680 – Hepatectomia robótica. Relato dos primeiros 50 casos

**AUTORES:** MARCEL AUTRAN MACHADO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO HORTENCES MATTOS (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), MURILLO MACEDO LOBO FILHO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FABIO FERRARI MAKDISSI (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A ressecção hepática minimamente invasiva é uma técnica viável e segura e tem sido usada para tratar vários tipos de neoplasias hepáticas. A cirurgia robótica tem ganho aceitação crescente nos últimos anos, expandindo-se para a ressecção hepática. A abordagem robótica, com seus graus adicionais de liberdade, melhor visualização, estabilidade da plataforma robótica e melhor ergonomia, melhora a destreza do cirurgião durante procedimentos complexos minimamente invasivos. Há um interesse recente na cirurgia robótica do fígado e o número e a complexidade dos procedimentos estão aumentando rapidamente.

**OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é relatar a experiência com nossas primeiras cinquenta ressecções hepáticas robóticas.

**MÉTODO:** Trata-se de análise retrospectiva de dados coletados prospectivamente. De maio de 2018 a dezembro de 2020, 50 pacientes consecutivos foram submetidos à ressecção hepática robótica em um único centro. Todos os pacientes com indicação de ressecção hepática minimamente invasiva foram submetidos à hepatectomia robótica. A indicação de técnica minimamente invasiva seguiu as diretrizes práticas baseadas na segunda conferência internacional de consenso laparoscópico hepático.

**RESULTADOS:** A proporção de ressecções hepáticas robóticas foi de 58,8% de todas as ressecções hepáticas. Trinta mulheres e 20 homens com idade mediana de 61 anos foram submetidos à ressecção hepática robótica. Quarenta e dois pacientes foram operados por doenças malignas. Ressecção hepática maior foi realizada em 16 (32%) pacientes. A abordagem glissoniana intra-hepática foi usada em 28 pacientes para ressecção anatômica. Em dezesseis pacientes, a ressecção hepática robótica foi uma re-hepatectomia. Em dez, a hepatectomia prévia foi aberta e em seis foi por via minimamente invasiva. Ressecção simultânea do cólon foi feita em três pacientes. Um paciente foi convertido para ressecção aberta. Dois pacientes receberam transfusão sanguínea. Quatro (8%) pacientes apresentaram complicações pós-operatórias. Mortalidade em 90 dias foi nula.

**CONCLUSÃO:** O uso do robô permitiu realizar procedimentos progressivamente mais complexos com resultados semelhantes às hepatectomias menos complexas. A plataforma robótica pode permitir que um número maior de cirurgiões realize hepatectomia minimamente invasiva em um maior número de pacientes.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO | [dr@drmarcel.com.br](mailto:dr@drmarcel.com.br)



## Cirurgia - Fígado

### 101949 – Rehepatectomia para recorrência de metástases hepáticas de câncer colorretal: análise comparativa dos resultados precoces e tardios

**AUTORES:** Paulo Figueiredo Costa (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabricio Ferreira Coelho (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vagner Birk Jeismann (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaime Arthur Pirola Kruger (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gilton Marques Fonseca (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Herman (Divisão de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Departamento de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas (HCFMUSP), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A recidiva hepática é frequente após a ressecção de metástases hepáticas de câncer colorretal (MHCCR). Estudos recentes têm demonstrado que as rehepatectomias tem resultados perioperatórios satisfatórios. No entanto, persistem dúvidas quanto aos seus resultados oncológicos e se pacientes com recidiva precoce teriam benefício em ser submetidos à rehepatectomia por recidiva das MHCCR.

**OBJETIVO:** O objetivo primário do estudo foi comparar os resultados perioperatórios e tardios de pacientes submetidos à 1ª hepatectomia e rehepatectomia por MHCCR. O objetivo secundário foi comparar os resultados oncológicos de pacientes com recidiva hepática precoce

**MÉTODO:** Foram estudados pacientes adultos consecutivos submetidos à ressecção hepática por MHCCR com intenção curativa, entre junho de 2000 e fevereiro de 2020. Os pacientes incluídos foram divididos em dois grupos: pacientes submetidos à 1ª hepatectomia e pacientes submetidos à rehepatectomia por recidiva das MHCCR. Análise estatística: as variáveis contínuas foram comparadas utilizando o teste T ou o teste de Mann-Whitney. Para as variáveis categóricas foram utilizados o Teste Exato de Fisher ou Qui-Quadrado. As curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas por meio do teste de log-rank. O nível de significância utilizado foi de 5%.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 709 pacientes, 649 no grupo 1ª hepatectomia e 60 no grupo rehepatectomia. Os pacientes submetidos à rehepatectomia receberam maior número de ciclos de quimioterapia (4 [3-6] vs. 3 [2-4],  $p=0,003$ ). Os pacientes do grupo 1ª hepatectomia foram submetidos mais frequentemente a ressecções hepáticas maiores (34% vs. 16.7%,  $p=0,004$ ), sendo ressecado maior número de lesões ( $2,9\pm 3,6$  vs.  $1,9\pm 1,8$ ,  $p=0,011$ ). Não houve incremento no tempo operatório, sangramento estimado, tempo de internação e complicações ou mortalidade nos pacientes foram submetidos à rehepatectomia. Não houve diferença com na sobrevida global ( $p=0,626$ ) e livre de doença ( $p=0,579$ ) entre os grupos. Da mesma forma, não foi observada diferença na sobrevida global ( $p=0,999$ ) e livre de doença ( $p=0,279$ ) entre os pacientes que apresentaram recidiva precoce e tardia após 1ª hepatectomia.

**CONCLUSÃO:** A rehepatectomia é exequível e segura, com resultados perioperatórios e tardios semelhantes aos da 1ª hepatectomia. O tratamento cirúrgico da recorrência hepática precoce oferece resultados oncológicos semelhantes aos da recidiva tardia.

**CONTATO AUTOR:** FABRICIO FERREIRA COELHO | ff\_coelho@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 102023 – Transplante Hepático: panorama nacional ao longo de uma década (2020-2010)

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Solange Lima Gomes GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), João Paulo Mota Lima LIMA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Caio Vitor de Miranda Pantoja PANTOJA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Wellyngton Castro de Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar de Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O transplante é um procedimento de elevada complexidade e utilizado quando as alternativas de tratamento disponíveis encontram-se esgotadas, tornando-o vulnerável à morte. Em análise particular do transplante de fígado é a substituição do órgão doente por outro saudável proveniente de um doador vivo ou falecido, sendo último recurso terapêutico disponível para pacientes com doença hepática crônica grave e irreversível

**OBJETIVO:** Caracterizar a situação do transplante de fígado no Brasil entre os anos de 2010 a 2020.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo realizado por meio de análise de dados secundários disponíveis no banco de dados de acesso público do Registro Brasileiro de Transplantes, com enfoque nas informações sobre o transplante hepático referente ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2020.

**RESULTADOS:** No período, foram realizados 29052 transplantes de fígado, com crescimento anual, sendo 5% com doador vivo. No que se refere ao número de transplantes hepáticos realizados por região, o Sudeste alcançou 52,9%; Sul, 23,6%; Nordeste, 18,9%; Centro-Oeste, 3,9% e Norte com 0,7% dos transplantes. Em 2010, havia 55 equipes especializadas em transplantes de fígado no Brasil; em 2020, registram-se 78 equipes de transplantes hepáticos distribuídas pelo país. Na região Norte, em 2010, não havia equipes para realização de transplantes hepáticos, sendo que, Sudeste e Sul, concentravam 80% das equipes. Uma década depois, o Norte aumentou para 4 equipes, contudo as regiões Sudeste e Sul ainda concentram cerca de 78% dos serviços. Verificou-se redução na lista de espera para transplante hepático, decréscimo de 82%. Notou-se que a necessidade anual de transplantes de fígado no Brasil foi de 5254, porém a média anual de transplantes realizados mostrou-se abaixo, totalizando 2050.

**CONCLUSÃO:** Portanto, houve um aumento, aproximado de 45% no número de transplantes hepáticos no Brasil, indicando a ampliação dos serviços prestados no setor, entretanto. Observou-se a ampliação quantitativa das equipes especializadas em transplantes hepáticos, contudo, evidencia-se, infelizmente, a persistência da concentração de serviços e a disparidade entre regiões, necessitando de ações para descentralização. Ademais, a diferença entre a necessidade de transplantes do país e a quantidade realizada anualmente, demonstrando que, apesar do avanço dos serviços disponíveis, muito há em se realizar para equiparação entre necessidade e a oferta anual de transplantes.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | [mms.med.uepa@gmail.com](mailto:mms.med.uepa@gmail.com)

## **Cirurgia - Fígado**

### **102154 – DIFICULDADE DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DIANTE A RARIDADE DO LEIOMIOSARCOMA HEPÁTICO PRIMÁRIO**

**AUTORES:** AMANDA MARTINS CHARNECA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO AGUSTO MANNA BALBO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JORGE MARCELO PADILLA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O leiomiosarcoma hepático primário (LHS) é um tumor extremamente raro, com poucos casos publicados. Sua apresentação clínica e achados de imagem inespecíficos dificultam um diagnóstico precoce, de modo que na grande maioria das vezes o diagnóstico é realizado quando o tumor já atingiu um tamanho grande e com pouca resposta às possibilidades terapêuticas. A raridade destes tumores também os torna pouco compreensíveis, sem padrões de tratamento definidos e com prognóstico ruim.

**OBJETIVO:** Reconhecer métodos diagnósticos do Leiomiosarcoma Hepático Primário visto a raridade deste tumor e dificuldade para o diagnóstico precoce; descrever as tendências no tratamento desta condição.

**MÉTODO:** Revisão da literatura disponível no banco de dados do MEDLINE. Discussões de casos clínicos, em especial um caso acompanhado em nosso serviço.

**RESULTADOS:** As manifestações clínicas do LHP não são específicas; de modo geral são assintomáticos até o aumento significativo de tamanho e efeito compressivo. Ao exame físico podem apresentar desconforto abdominal e hepatomegalia. Como exemplo podemos citar um caso clínico de LHP que deu seguimento em nosso serviço: paciente, 54a, com dispneia em repouso, aumento do volume abdominal e edema de MMII. Há 7 meses vinha em acompanhamento devido a nódulo hepático a esclarecer; recebeu inicialmente a hipótese de hemangioma, porém, apresentando piora progressiva, foi transferida para o nosso serviço para seguir à investigação.

**CONCLUSÃO:** A raridade desta doença, o diagnóstico tardio e os poucos estudos referentes as terapêuticas possíveis não nos permite uma conduta perfeita. Devido a raridade, esta patologia muitas vezes não é considerada como hipótese inicial, e por este motivo vai-se postergando as intervenções necessárias. O diagnóstico precoce permanece sendo essencial para a ressecabilidade da lesão, portanto, sempre que houverem condições clínicas, e diante de centros médicos com tecnologias avançadas, a punção guiada por TC deve ser realizada, bem como análise minuciosa das lâmina obtidas para patologia. Devemos contar com o avanço da radiologia e bons profissionais na área da patologia. Estando diante do diagnóstico de LHP, a cirurgia deve ser realizada o mais precoce possível, com ressecção do tumor e, se necessário, associação com QT adjuvante. O transplante hepático permanece como última opção para os casos em que não é possível preservar parênquima hepático.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA MARTINS CHARNECA | amanda\_charneca@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 1104438 – Impacto do sobrepeso e da obesidade no resultado do tratamento cirúrgico das metástases hepáticas de câncer colorretal

**AUTORES:** Rodrigo Cezar Miléo (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gilton Marques Fonseca (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaime Arthur Pirola Kruger (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel Meirelles de Paula (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabio Ferrari Makidissi (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabricio Ferreira Coelho (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vagner Birk Jeismann (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Herman (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Anualmente, 900 mil pessoas morrem vítimas de câncer colorretal (CCR) em todo planeta. Dos pacientes que desenvolvem doença metastática, cerca de 80% têm acometimento hepático. A obesidade é um importante fator de risco para o CCR, com prevalência crescente nas últimas décadas. É sabido que a obesidade promove um ambiente pró-inflamatório, o que poderia propiciar o aparecimento de metástases, por mecanismos ainda não totalmente esclarecidos. Entretanto, se a obesidade se mostra como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer colorretal, alguns estudos sugerem que ela pode ser um fator de maior sobrevida a longo prazo quando comparado a pacientes não obesos. Assim, é necessário entender o impacto da obesidade em pacientes submetidos à ressecção de metástases hepáticas de câncer colorretal (MHCCR).

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto da obesidade nos resultados perioperatórios e na sobrevida global e livre de doença em pacientes submetidos à ressecção de MHCCR.

**MÉTODO:** Trata-se de um trabalho retrospectivo de análise de prontuários em que foram incluídos 543 pacientes submetidos à ressecção de MHCCR em hospital terciário entre junho de 2000 e junho de 2019. Os pacientes foram divididos em 2 grupos baseados em seus IMC e foram comparadas as sobrevidas global e livre de doença, as relações entre as células inflamatórias (Neu/Lin, Plaq/Lin), a via de acesso cirúrgico e conversão, a localização do tumor primário, e os resultados perioperatórios.

**RESULTADOS:** Pacientes com obesidade não apresentaram diferença significativa em relação aos não obesos no que se refere à sobrevida livre de doença ( $p=0,696$ ), sobrevida global ( $p=0,111$ ), complicações perioperatórias ( $p=0,714$ ) e taxa de conversão cirúrgica ( $p=0,337$ ). Também não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao componente inflamatório (relação Neu/Lin [ $p=0,51$ ] e Plaq/Lin [ $p=0,071$ ]) nos pacientes com obesidade em relação aos não obesos.

**CONCLUSÃO:** Embora a obesidade seja um fator de risco para o câncer colorretal e para o aparecimento de MHCCR, ela não se apresentou como um fator de pior sobrevida global ou livre de doença ou piores resultados perioperatórios em pacientes submetidos à ressecção de MHCCR.

**CONTATO AUTOR:** PAULO HERMAN | pherman@uol.com.br

## **Cirurgia - Fígado**

### **1104610 – TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL ENTRE 2019 E 2020: RESULTADOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**AUTORES:** Denilson Soares Gomes Junior (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Bruna Jacó Lima Samselski (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Caroline Sayuri Lustosa Sato (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Rafaela Martins Dourado Gonçalves (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Gabriel Ribas Nascimento de Melo (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Marina Gregória Leal Pereira (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Willian Rodrigues de Aguiar (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa (Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus XII - Santarém - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Esgotadas as opções de tratamento clínico e cirúrgico, o transplante de fígado é uma alternativa crucial para pacientes portadores de doenças hepáticas que apresentam grave comprometimento à saúde, bem como redução da qualidade e expectativa de vida.

**OBJETIVO:** Caracterizar os transplantes hepáticos realizados no Brasil entre os anos de 2019 e 2020.

**MÉTODO:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado por meio da análise de dados secundários irrestritos disponíveis no banco de dados de acesso público do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), com enfoque nas informações acerca do transplante de fígado referente ao período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Posteriormente, os dados foram tabulados e analisados por meio da estatística descritiva.

**RESULTADOS:** Foram realizados 4.309 transplantes hepáticos por 78 equipes, sendo 2.259 em 2019 e 2.050 em 2020 - redução de 9,25%. Transplantes efetivados na região Sudeste, Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte foram, respectivamente: 54,21%; 23,07%; 17,61%; 4,78% e 0,33%. Ao final de 2020, o número de transplantes por milhão de população (pmp) foi de 9,8; com destaque a quedas expressivas nas regiões Nordeste (33,75%) e Sul (15,55%). A totalidade de pacientes que ingressaram na lista de espera foi de 2.964 e 679 vieram à óbito, aumento de 5,27% em relação ao ano de 2019.

**CONCLUSÃO:** Diante disso, observou-se que o ano pandêmico de 2020 abalou significativamente o sistema de transplantes de órgãos no Brasil. Ocorreu redução dos transplantes hepáticos em números absolutos e por milhão de população, especialmente na região Nordeste e Sul; além de aumento na taxa de mortalidade. Espere-se, de maneira otimista, que o avanço da vacinação continue e que o cenário de transplantes de órgãos no Brasil retorne ao seu ótimo desempenho, garantindo melhor qualidade de vida aos pacientes que necessitam deste serviço de saúde.

**CONTATO AUTOR:** DENILSON SOARES GOMES JUNIOR | denilsonsgomesjr@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **101933 – Appendix Positions and their Clinical Implications: Literature Review**

**AUTORES:** Bruna Malvestiti Vieira Dos Santos (CEUCLAR - Rio Claro - São Paulo - Brasil), Diego Ferreira De Andrade Garcia (UNISA - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elias Jirjoss Ilias (FCMSCSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** The anatomical variations of the appendix are the cause of most unforeseen events in appendectomies, in addition to other surgical procedures, and are related to atypical clinical manifestations.

**OBJETIVO:** To present the anatomical variations of the appendix and their clinical, diagnostic and therapeutic repercussions, based on a systematic literature review.

**MÉTODO:** A systematic review of articles carried out in the PubMed database in March 2021, using the descriptors: "appendix", "appendiceal", "variation", "anatomical", "abnormal position" and "appendicitis". All studies published between 2012 and 2021 that presented appendicular anatomical variations were included, and after excluding those that did not relate anatomical aspects to clinical and/or diagnostic and/or therapeutic aspects, 5 studies were selected to the analysis.

**RESULTADOS:** In cases of mobile cecum, atypical clinical features and diagnostic difficulties can be observed, with computed tomography (CT) being useful. In cases of intracecal appendix, the usefulness of CT has not been established. The lateral bag type may present, in addition to the variable clinical features, difficulties in laparoscopy. Appendix duplication should be evaluated as a differential diagnosis even if reported previous appendectomy.

**CONCLUSÃO:** Cecum and appendix's anatomical variations may be related to the atypical clinical presentation of acute appendicitis or concomitant visceral anomalies, being knowledge of the variations, CT and surgical inspection useful in the location's identification of cecum and appendix, avoiding diagnostic and conduct errors, manual inability, severe complications and medico-legal judicial demands.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA MALVESTITI VIEIRA DOS SANTOS | bruna.malvestiti@hotmail.com

**102141 – ISQUEMIA MESENTÉRICA E COVID-19: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**AUTORES:** Augusto Italo Matos Carvalho (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Samya Sayonara Rocha Santos Freire (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Gustavo Martim de Barros Suassuna (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Layana Gomes Fonseca (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), João Vitor Salim Sangy (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Silvia Barbosa Do Carmo (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Marcelo Augusto Araújo Castro (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Priscila Araújo Façanha (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Izabella Nogueira Rodrigues (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Janaina Firmino Blanquett Vidal (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Amanda Metsa da Silva Cardoso (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Gabriel Silva de Carvalho Ponciano (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil), Allyssandra Maria Lima Rodrigues Maia (Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Mossoró - Rio Grande do Norte - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A COVID-19 é uma doença viral aguda provocada pelo vírus SARS-CoV-2, que pode se apresentar com manifestações gastrointestinais isoladamente ou concomitantemente a outros sintomas respiratórios. A isquemia mesentérica é uma emergência abdominal associada ao elevado potencial de hipercoagulabilidade do SARS-CoV-2. O diagnóstico precoce requer alto índice de suspeição e imagens de tomografia computadorizada com contraste.

**OBJETIVO:** Discutir a correlação entre a COVID-19 e a isquemia mesentérica, dando ênfase no perfil dos pacientes acometidos, suas manifestações clínicas, bem como complicações e condutas terapêuticas implementadas.

**MÉTODO:** Revisão sistemática nos bancos de dados PubMed, Scielo e LILACS com uso descritores: “Mesenteric Ischemia”, “SARS-CoV-2” e “COVID-19” no título ou resumo do trabalho. Com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos, de 62 estudos, 22 foram avaliados.

**RESULTADOS:** Foram analisados 24 estudos de casos, dos quais 65,2% eram homens, 34,8% eram mulheres, com idade média de 55 anos. Metade dos pacientes apresentavam quadro intestinal ao diagnóstico de COVID-19, 20,8% do quarto ao décimo dia pós-diagnóstico e 25% após o décimo primeiro dia de diagnóstico. As manifestações clínicas mais relatadas foram: dor abdominal difusa associada a distensão abdominal, vômitos, náuseas, melena ou diarreia. Os vasos mais acometidos foram a artéria e veia mesentérica, veia porta, veia esplênica e tronco celíaco. Os achados predominantes foram: espessamento, edema e/ou isquemia de alças intestinais do intestino delgado. Metade dos pacientes evoluíram com complicações relacionadas à isquemia intestinal, como necrose, perfuração, derrame peritoneal e choque séptico. O principal tratamento instituído foi a anticoagulação em doses terapêuticas, com 62,5% sendo submetido a cirurgia para ressecção intestinal. Outros recursos utilizados foram a terapia endovascular e a laparoscopia diagnóstica. Treze pacientes receberam alta, nove foram a óbito e três sem desfecho relatado.

**CONCLUSÃO:** Das manifestações gastrointestinais da COVID-19, a isquemia mesentérica é uma das mais graves, estando relacionada a altos índices de mortalidade. Para prevenir as complicações, é imprescindível um diagnóstico precoce, o qual nem sempre ocorre devido aos sintomas inespecíficos. Portanto, mais estudos são necessários para elucidar uma abordagem holística que identifique e trate habilmente os casos graves a fim de reduzir tais índices de morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** AUGUSTO ITALO MATOS CARVALHO | [augustoitalo.mc@outlook.com.br](mailto:augustoitalo.mc@outlook.com.br)

## **Cirurgia - Intestinos**

### **102211 – Tratamento da síndrome da defecação obstruída associada a retocele utilizando a técnica TRREMS – Transanal Repair of rectocele and rectal mucosectomy with a single Circular stapler**

**AUTORES:** MARIANA MUNIZ MURAD (HOSPITAL SAO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), adjra vilarinho silva (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), carolina murad regadas (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), marina murad regadas (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), emanuella castro murad (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), gabriela porto marques (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), sergio regadas filho (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil), sthela murad regadas (hospital sao carlos - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Retocele é uma disfunção que pode ser tratada cirurgicamente. No entanto, é necessário avaliação completa e seleção adequada dos pacientes para obtenção de bons resultados.

**OBJETIVO:** Avaliar o resultado da técnica TRREMS (Transanal Repair of retocele and rectal mucosectomy with a single circular stapler) no tratamento da defecação obstruída relacionada a retocele e identificando os fatores preditivos que possam interferir nos resultados

**MÉTODO:** Foram incluídas pacientes com sintomas de defecação obstruída devido a retocele significativa e submetidas ao procedimento TRREMS. As pacientes foram avaliadas com o escore de constipação Cleveland Clinic Florida (CCF) antes do procedimento cirúrgico (6 meses de seguimento), calculando-se o índice de redução no escore. Foram submetidas também a ecodfecografia, manometria anorretal e tempo de trânsito colônico. Fatores anatômicos e funcionais coexistentes como menopausa, anismus tratado com biofeedback, intussuscepção e/ou prolapso mucoso associado e complicações pós-operatórias foram analisados e comparados quanto ao índice de redução do escore de constipação.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 81 pacientes, dezenove (23,4%) apresentavam retocele grau II e 62 (76,5%) grau III, associada a intussuscepção e/ou prolapso mucoso em 51 (62,9%) e anismus em 25 (30,8%) pacientes. Sessenta (74%) pacientes encontravam-se na pós menopausa. Foram relatadas 19 (23%) complicações pós-operatórias, sendo uma (1,2%) hemorragia precoce, uma (1,2%) trombose, 7 (8,6%) com sintomas de tenesmo (tratados com analgesia e anti-inflamatório), 6 (7,4%) estenoses (4 tratados com dilatação digital e 2 com stricturoectomia endoscópica) e 4 (4,9%) prolapsos de mucosa retal tratados com ligadura elástica. Houve significativa redução do escore de constipação da CCF de 13 para 4 no pós-operatório. Cinquenta e cinco (67,9%) e 24 (29,6%) apresentaram resposta ótima e satisfatória e com redução do escore de constipação  $\geq 70\%$  e  $\geq 50\%$  respectivamente. Pacientes com anismus, mesmo previamente tratados com BIO, apresentaram menor redução do escore de constipação da CCF em comparação com pacientes sem anismus.

**CONCLUSÃO:** O procedimento TRREMS demonstrou melhora significativa dos sintomas de defecação obstruída e o fator associado a um risco maior de insucesso inclui anismus mesmo que previamente tratado por biofeedback.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA MUNIZ MURAD DA CRUZ | murad\_mary@hotmail.com



## **Cirurgia - Intestinos**

### **102307 – Incidência histórica de tumores incidentais em 9602 casos de apendicite**

**AUTORES:** Samara Crisanto de Souza (Hospital Getúlio Vargas - Teresina - Piauí - Brasil), Welligton Ribeiro Figueiredo (Hospital Getúlio Vargas - Teresina - Piauí - Brasil), Felipe Maia da Fonseca (Centro Universitário UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil), Marlon Moreno da Rocha Caminha (Hospital Getúlio Vargas - Teresina - Piauí - Brasil), Poliana de Lima Santana Rocha (Centro Universitário UniFacid Wyden - TERESINA - Piauí - Brasil), Joyce Laíse Silva Duarte (Centro Universitário UniFacid Wyden - Teresina - Piauí - Brasil), Alexandre Rodrigues de Sá (Hospital Getúlio Vargas - Teresina - Piauí - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A ocorrência de abdome agudo se encaixa como uma das principais causas de admissão em hospitais de urgência, e, dentre esse quadro, uma das principais e mais comuns etiologias se trata do abdome agudo inflamatório por apendicite aguda. Tal acometimento consiste em uma infecção polimicrobiana devido obstrução da luz apendicular, sendo observado corriqueiramente em pacientes na faixa de 20 a 30 anos com tratamento cirúrgico necessário para resolução do caso. Sua apresentação clássica envolve dor abdominal em peso com evolução insidiosa, progressiva e sedimentando-se em região de fossa ilíaca direita. Esta mesma clínica é observada em pacientes com lesões tumorais no apêndice vermiforme e, por conta de ser uma apresentação incomum, é detectada apenas após ato cirúrgico, resultando nos chamados “incidentalomas” de apêndice.

**OBJETIVO:** Esse trabalho teve como objetivo identificar a incidência de tumores de apêndice encontrados de forma incidental durante o período de 2009 a 2019 em 9.602 pacientes submetidos a apendicectomia em hospital de urgência de referência, avaliando a incidência

**MÉTODO:** Os dados foram coletados mediante tabela própria por meio do livro de registro de análises histopatológicas da instituição em questão. Em seguida, os dados foram analisados mediante o programa Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** Este estudo permitiu identificar que 0,18% dos pacientes neste período de 10 anos apresentaram algum grau de malignidade em seu apêndice vermiforme. Outrossim, se forem incluídos tumores benignos, temos uma incidência de 0,48% de tumores em geral e destes, 83% foram lesões do tipo histológico epitelial. Além disso, observou-se maior ocorrência de tumores em mulheres e em pacientes em faixa etária acima da sexta década de vida.

**CONCLUSÃO:** Apesar de raros, a presença de uma neoplasia neste órgão abre discussões para realização de tratamentos mais invasivos e até mesmo rastreamento de tumores em outros órgãos devido a ocorrência sincrônica com neoplasias colorretais.

**CONTATO AUTOR:** SAMARA CRISANTO DE SOUZA | sam.cris1990@hotmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **102448 – APENDICECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS VIDEOLAPAROSCÓPICA**

**AUTORES:** TADEU GOMES CORREA (HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI - JAGUARIUNA - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A apendicite aguda é o abdome agudo inflamatório cirúrgico emergencial de maior prevalência. As técnicas operatórias de apendicectomia convencional (aberta) e videolaparoscópica (VLP) são amplamente difundidas e utilizadas a depender da indicação do cirurgião e a disponibilidade dos recursos do serviço hospitalar.

**OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo analisar a casuística do Hospital Municipal Walter Ferrari em Jaguariúna SP em relação às apendicectomias convencionais e videolaparoscópicas. Comparar os resultados de apendicectomias da técnica convencional com aqueles enco

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo retrospectivo entre 2019 e 2020, de 88 pacientes maiores de 12 anos submetidos a cirurgia aberta (convencional) e videolaparoscópica, por apendicite aguda com análise descritiva dos dados que avalia em determinadas variáveis os resultados das técnicas por meio de comparação. Os dados foram coletados a partir do sistema de prontuários dos pacientes. As variáveis analisadas e comparadas são: valor médio dos dias de internação, presença de intercorrências e dor mais intensa no período pós-operatório, aceitação e progressão de dieta no pós-operatório, presença de infecção em ferida cirúrgica.

**RESULTADOS:** Os pacientes do sexo masculino foram mais prevalentes e a cirurgia videolaparoscópica foi indicada em casos da doença com menor tempo de evolução. Consequentemente as apendicites de grau mais evoluído foram submetidas à cirurgia convencional. Entretanto para efeitos comparativos foram pareados os casos com graus semelhantes tanto na técnica convencional quando a videolaparoscopia. Os pacientes submetidos à cirurgia aberta tiveram em média tempo de 2 dias a mais de internação. A técnica videolaparoscópica foi superior à convencional quando comparada a menor incidência de dor pós-operatória e melhor aceitação da dieta. Nenhum caso de infecção de ferida operatória foi observado na videolaparoscopia enquanto houveram 7 casos na cirurgia convencional.

**CONCLUSÃO:** A cirurgia aberta mostrou desvantagem em comparação à videolaparoscopia com uma maior taxa de infecção em ferida pós-operatória. A videolaparoscopia ainda apresentou menor número de intercorrências e dor no pós-operatório e menor tempo de internação. A aceitação e progressão da dieta foi melhor nos pacientes submetidos a essa técnica. Os benefícios da técnica minimamente invasiva são evidentes contudo a via aberta ainda é mais prevalente principalmente nos casos de maior evolução da doença.

**CONTATO AUTOR:** TADEU GOMES CORRÊA | tadeucorrea@hotmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104243 – Síndrome de Fournier em pacientes com COVID 19 – consequência ou coincidência? Uma série de três casos.**

**AUTORES:** Léo Dantas (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Lucas Fernandes Freitas (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marley Ribeiro Feitosa (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), José Joaquim Ribeiro Rocha (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Omar Féres (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rogerio Serafim Parra (HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Além da síndrome de desconforto respiratório agudo grave (SDRAG), pacientes com formas graves de COVID-19, tem experimentado eventos tromboembólicos micro e macrovasculares em diversos sítios orgânicos. O objetivo do presente estudo é relatar três casos de COVID-19 complicados pela síndrome de Fournier (SF), outra patologia potencialmente fatal, também associada a distúrbios microvasculares.

**OBJETIVO:** Relatar uma série de três casos de pacientes com SF e COVID-19.

**MÉTODO:** Análise retrospectiva de todos os casos de COVID-19 do HCFMRP-USP e avaliação dos pacientes que desenvolveram SF.

**RESULTADOS:** Caso 1 - sexo feminino, 63 anos, obesa, hipertensa, diabética, com passado de acidente vascular encefálico isquêmico, dois episódios de infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo pulmonar. Internada por COVID-19. Evoluiu com hiperemia e crepitações em grandes lábios e monte púbico, após 15 dias de doença. Foi submetida ao desbridamento amplo da região pubiana, vulva e períneo, além de drenagem de abscesso vulvar e pelvirretal. Realizados curativos diários com hidróxido de magnésio. Após melhora clínica, realizou 10 sessões de oxigenoterapia hiperbárica (OHB) e fechamento da ferida operatória. Caso 2 – Sexo feminino, 66 anos, obesa, diabética e hipertensa. COVID-19 em ventilação mecânica por SDRAG. Após 9 dias de doença, evoluiu com necrose do monte púbico e flogose até grande lábio direito. Foi submetida ao desbridamento cirúrgico amplo até as espinhas ilíacas bilateralmente e grande lábio a direita, sendo posteriormente realizados curativos diários com hidróxido de magnésio e novos debridamentos cirúrgicos. Após melhora clínica, realizou 10 sessões de OHB com melhora significativa e após 3 meses foi realizado fechamento da área cruenta. Caso 3 - paciente do sexo feminino, 20 anos, internada por COVID-19 e plaquetopenia por púrpura trombocitopênica imune (PTI). Apresentou hematoma vulvar espontâneo e doloroso, que progrediu para SF após 14 dias. Realizado desbridamento cirúrgico amplo e curativos diários com hidróxido de magnésio. Evoluiu com melhora de sepse e segue em cuidados intensivos, aguardando início da OHB e fechamento completo da área cruenta.

**CONCLUSÃO:** Realçamos a necessidade de mais estudos para definição de correlação clínica e discussão do diagnóstico precoce e prevenção da SF nos pacientes com COVID-19.

**CONTATO AUTOR:** ROGERIO SERAFIM PARRA | rsparra@hcrp.usp.br

## Cirurgia - Intestinos

### 1104356 – Comparação entre a utilização da posição pronada e a posição de litotomia na realização de Amputação Abdominoperineal de Reto

**AUTORES:** caroline de freitas cirenza (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), arthur youssif mota arabi (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), marcelo olivati do amaral (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), antonio rocco imperiale (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), carlos frederico sparapan marques (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), guilherme cutait de castro cotti (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ulysses Ribeiro Junior (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A amputação abdominoperineal de reto é uma cirurgia longa, que pode estar associada a complicações, e seu tempo perineal pode ser realizado em posição pronada ou de litotomia.

**OBJETIVO:** Comparar resultados de complicações intraoperatórias e tempo cirúrgico em amputações abdominoperineais (AAP) de reto com tempo perineal realizado em posição pronada ou de litotomia.

**MÉTODO:** Analisou-se 80 pacientes submetidos a AAP para o tratamento de câncer de reto (CR), divididos nesses 2 grupos. Todos foram operados no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), entre dezembro de 2011 e junho de 2021, pela mesma equipe cirúrgica. Analisou-se tempo cirúrgico total, repercussão hemodinâmica intraoperatória (necessidade de hemoderivados ou drogas vasoativas), complicações da dissecação perineal (vasculares, genitourinárias, fratura de tumor, lesão de reto).

**RESULTADOS:** Foram realizadas 80 amputações abdominoperineais. Excluiu-se procedimentos combinados (n = 11), com 69 pacientes restantes. Destes, 27 foram submetidos ao tempo perineal em posição de litotomia (grupo 1) e 42 em posição pronada (grupo 2). O tempo médio para posicionar o paciente em posição pronada foi de 20 minutos. O grupo 1 teve duração média total de 278 minutos, contra 292 minutos no grupo 2. 25 pacientes tiveram complicações intra-operatórias, sendo 11 abdominais (não avaliadas neste estudo) e 16 relacionadas à dissecação perineal, sendo 9 (33,3%) do grupo de litotomia e 7 (16,6%) do grupo pronado. Quando avaliados os subgrupos de complicações em relação ao total de pacientes, no grupo 1 (total de 9 complicações) houve 1 (3,7%) complicação vascular, 5 (18,5%) genitourinárias, 3 (11,1%) lesões de reto, sem fratura de tumor. No grupo 2 (total de 9 complicações - 2 pacientes tiveram 2 complicações), ocorreu 1 (2,3%) complicação vascular, 3 (7,1%) genitourinárias, 3 (7,1%) lesões de reto e 2 (4,76%) fraturas de tumor. Houve 1 (3,7%) paciente do grupo 1 que apresentou repercussão hemodinâmica, assim como 1 (2,3%) paciente do grupo 2.

**CONCLUSÃO:** A amputação abdominoperineal com tempo perineal em posição pronada tem se mostrado segura, quando realizada por equipe cirúrgica experiente. Houve pequeno acréscimo no tempo cirúrgico (14 minutos). Mostrou-se menor taxa global de complicações intraoperatórias (16,6% vs. 33,3%), e percentual menor de repercussões hemodinâmicas no tempo perineal (2,3% vs. 3,7%), além da melhor ergonomia para a equipe.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINE DE FREITAS CIRENZA | carolcirenza@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104525 – Tratamento cirúrgico por Laparoscopia pré-aponeurótica da diástase dos músculos retos abdominais e hérnia incisional**

**AUTORES:** FERNANDA COPINSKI (UNINGÁ - MARINGÁ - Paraná - Brasil), RAFAELA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), ANA BEATRIZ FREIRE GADELHA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), KETLY YNGRID ALMEIDA (FASM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA PAULA VALENTINI (UNINOVE - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), VICTÓRIA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), PEDRO PALITOT PEREIRA PEDROSA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), GABRIELA COPINSKI (UNIVERSIDADE DE VASSOURAS - VASSOURAS - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A diástase dos músculos retos abdominais é obstinado e pode estar associada à presença de hérnias da parede abdominal. A cirurgia minimamente invasiva mudou a maneira de preparar e dissecar a parede abdominal. O surgimento dos casos de hérnia incisional e diástase estão relacionados às incisões cirúrgicas, geralmente abdominais. Com o advento da laparoscopia, a videocirurgia se tornou uma das alternativas para o tratamento da hérnia, apresentando inúmeras vantagens em relação ao método cirúrgico tradicional. Alternativas às técnicas pré-aponeuróticas têm sido descritas com sucesso e têm como principal vantagem minimizar a incidência do seroma. Ocasionalmente o propósito de facilitar o tratamento do conteúdo herniado, diminuir a chance de recidiva, diminuir dor no pós-operatório e proporcionar um retorno mais precoce para as atividades habituais.

**OBJETIVO:** Analisar a literatura vigente acerca do tratamento cirúrgico por laparoscopia pré-aponeurótica da diástase e hérnia incisional, visando contribuir para o conhecimento dos princípios e dos cuidados voltados para esse método.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva de artigos selecionados em bancos de dados como BVS, PubMed, LILACS e SCIELO, no período entre 2016 e 2021.

**RESULTADOS:** A correção de hérnias incisionais abdominais permanece como um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns uma vez que ela ocorre em cerca de 11% das laparotomias. A abordagem laparoscópica subcutânea pré-aponeurótica é uma alternativa segura e efetiva. Normalmente realiza-se a técnica com uma incisão baixa no abdome inferior associada à dermolipectomia. O seroma é a sua complicação mais frequente e a recidiva da diástase dos músculos reto abdominais são raras, assim como, o surgimento de fibrose do tecido subcutâneo. As principais vantagens são diminuir as complicações da ferida operatória e o resultado estético. Geralmente não há complicações intra-operatórias e o tempo operatório dura em média 93 minutos. A sua evolução e os resultados são bastante satisfatórios.

**CONCLUSÃO:** A diástase dos músculos reto abdominais é comum surgir em cicatrizes de cirurgias anteriores. O tratamento é uma cirurgia videolaparoscópica subcutânea pré- aponeurótica, o qual tem como objetivo diminuir sua principal complicação, o seroma, além de melhorar a estética. Por fim, por ser uma cirurgia minimamente invasiva, possui uma menor chance de recidiva e o retorno as atividades é mais rápido.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COPINSKI | fcopinski@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104542 – Revisão Compreensiva sobre Técnicas e Indicações de Ostomias Intestinais**

**AUTORES:** Isabela Gonçalves Athayde (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Lucas Carvalho Giacomazzi (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Ana Clara Pontieri Nassar (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marina Meneghesso Buonarotti (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Rodrigues Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Rodrigues Souza (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Ostomia é um método cirúrgico que conecta um segmento intestinal ao meio externo através da parede abdominal para, por exemplo, possibilitar a excreção. Recebe nomenclaturas diferentes de acordo com a região em que é feita, a saber: jejuno, íleo e cólon, sendo chamados de jejunostomias, ileostomias e colostomias, respectivamente.

**OBJETIVO:** Fazer uma revisão compreensiva sobre as indicações e técnicas das ostomias intestinais.

**MÉTODO:** Revisão bibliográfica utilizando bases científicas digitais utilizando as palavras-chave: ostomy, technique e indication; selecionando diretrizes, artigos completos, abordando humanos, publicados em língua inglesa sem determinação do período de consulta.

**RESULTADOS:** Quanto ao motivo da realização do procedimento, 75% são decorrentes de cirurgias oncológicas, sendo 59.5% eletivas. O método mais comum é a colostomia (59.4%). Complicações em decorrência do procedimento atingem de 10-70% dos pacientes. Estudos específicos sugerem 33.3% de complicações, sendo irritações da pele, erosões e úlceras as mais frequentes. Levando em consideração a qualidade de vida, estudos evidenciaram aumento significativo na taxa de ansiedade e depressão nos pacientes após 6 meses do procedimento

**CONCLUSÃO:** Ostomia é um procedimento muito utilizado. Quanto ao método de realização já existe consenso teórico e prático. O tema que ainda permanece em discussão é a maneira que esta influencia a vida dos pacientes, e como esse assunto deve ser abordado para minimizar os efeitos negativos e complicações.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Cirurgia - Intestinos

### 1104554 – IMPACTO DO IMPLANTE DE NEUROMODULADOR SACRAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM INCONTINENCIA FECAL.

**AUTORES:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), HUGO PARRA DE CAMARGO (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), VANESSA FORESTO MACHADO (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ROGÉRIO SERAFIM PARRA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARLEY RIBEIRO FEITOSA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), OMAR FÉRES (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LÉO DANTAS PEREIRA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), STHELA MARIA MURAD REGADAS (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LEONARDO ISA BOTURA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A implantação do neuromodulador sacral por via percutânea mostrou-se útil no tratamento das disfunções do assoalho pélvico e da musculatura vesical, com bons resultados descritos na literatura. A neuromodulação, pode ainda ser eficaz em casos de dor crônica pélvica, o que melhora da qualidade de vida dos pacientes a longo prazo.

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida a longo prazo dos pacientes com diagnóstico de incontinência fecal (IF) submetidos ao implante de neuromodulador sacral (NMS).

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo retrospectivo com pacientes diagnosticados com (IF) e submetidos a cirurgia (NMS). Foram analisadas as características clinico-epidemiológicas dos paciente e o impacto do NMS na IF (escala de Wexner), na urgência fecal e na qualidade de vida (escala FIQL).

**RESULTADOS:** Foram incluídos 87 pacientes, 72 (82,2%) do sexo feminino, idade em media de (61,22 ±16,32) anos, economicamente ativos (56,3%), com grau de escolaridade de ensino médio (44,8%) e casados (60,9%). A etiologia da IF mais frequente foi neurogênica 42 (48,3%), com tempo médio de doença de (73,9±61,33) meses. Dentre as mulheres, 26 eram nulíparas; 22 (25,3%) dos pacientes foram submetidos a cirurgia orifical, 16 (18,4%) a cirurgias colorretal e 12 (13,8%) a cirurgia pélvica. Apenas 12 (13,8%) dos pacientes realizaram algum tipo de tratamento cirúrgico antes do implante do NMS. Todos os pacientes realizaram o exame de manometria pré implante, seguido de ultrassonografia (52,9%), colonoscopia (26,4%), eletromiografia (31%) e ressonância magnética (2,3%). Houve redução na mediana do escore de Wexner após o implante do NMS (16; IIQ:12-17 x 2; IIQ:0-4) e da frequência de urgência fecal de (51,7%) para (26,4%). As médias dos quatro domínios da escala de FIQL foram considerados satisfatórios (estilo de vida: 33,0±6,2; comportamento: 27,9±6,0; depressão: 23,5±4,8; constrangimento: 8,1±3,3).

**CONCLUSÃO:** O NMS promoveu melhora nos índices de incontinência, urgência fecal e qualidade de vida em longo prazo, o que justifica a realização de novos estudos bem com sua incorporação para o tratamento da incontinência fecal no sistema único de saúde.

**CONTATO AUTOR:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL | sthefania\_mf@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104559 – Endometriose de íleo, ceco e apêndice: uma revisão bibliográfica

**AUTORES:** Arthur Ribeiro Coutinho Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Mariana Souza Vidal (Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Beatriz Freire Gadelha (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rodrigo Baracuh Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A endometriose é uma doença causada pela presença de um tecido semelhante ao endométrio, não neoplásico, fora da cavidade uterina, conservando sua estrutura e função. A endometriose intestinal acomete de 3 a 30 % de todas as mulheres com endometriose. O envolvimento intestinal ocorre em um terço das pacientes. As lesões ocorrem na forma de nódulos, que podem ou não causar sintomas. Entre esses, destacam-se urgência e dores para evacuar, hematoquezia e sintomas como gastrite durante o período menstrual.

**OBJETIVO:** Analisar a literatura vigente acerca da endometriose de íleo, ceco e apêndice, visando contribuir para o conhecimento dos princípios e dos cuidados voltados para essas patologias.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva de artigos selecionados em bancos de dados como BVS, PubMed, LILACS e SCIELO, no período entre 2016 e 2021.

**RESULTADOS:** A endometriose é definida por presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Estima-se que esteja presente em 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva e cerca de 10% apresentam endometriose intestinal. No intestino, as regiões mais acometidas são reto (79%), sigmoide (24%), apêndice cecal (19%), íleo terminal (2%), cólon descendente (1%) e ceco (1%). Na endometriose de apêndice, ceco e íleo terminal, normalmente utiliza-se a ultrassonografia pélvica transabdominal e transvaginal. Geralmente, a detecção de lesões ocorre em 70% das pacientes. Apesar de o tratamento cirúrgico com ressecção da área acometida ser a forma terapêutica mais efetiva, ainda existe controvérsia quanto à indicação desse procedimento em virtude das suas complicações. Mulheres com idades mais elevadas apresentam mais sinais e sintomas no trato gastrointestinal. A dispareunia e a dismenorréia apontam para o acometimento do íleo e a infertilidade para o apêndice. Nas correlações do toque vaginal, o aumento anexial correlaciona-se com retossigmoide e íleo, o espessamento ou nódulo ligamentar, correlaciona-se com o reto e a presença de nódulo no fundo de saco ou lesão no septo reto-vaginal, sinaliza para o acometimento do cólon sigmoide.

**CONCLUSÃO:** Endometriose intestinal é uma patologia com sintomatologia variável. O seu diagnóstico é difícil e só é fechado após estudo anatomopatológico pós ressecção. Conhecer o perfil epidemiológico e clínico das mulheres com endometriose pode auxiliar no diagnóstico e planejamento do tratamento.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA | arthurfranca8@gmail.com



## Endoscopia - Colonoscopia

### 101838 – Estudo comparativo entre a ressecção endoscópica da mucosa convencional (após injeção submucosa) versus a ressecção endoscópica da mucosa sob imersão d'água (sem injeção submucosa) para lesões colorretais

**AUTORES:** Luciano Lenz (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Martins (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Andrade (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabio Kawaguti (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carla Gusmon (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caterina Pennacchi (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renata Nobre (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Simas (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Uemura (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sebastian Geiger (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Baba (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Claudio Hashimoto (CDG - São Paulo - São Paulo - Brasil), Adriana Ribeiro (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fauze Maluf (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A ressecção endoscópica da mucosa convencional (REMconv) é a modalidade padrão de remoção de lesões colorretais de crescimento lateral. A ressecção endoscópica da mucosa sob imersão d'água (REMimer) surgiu como um método alternativo. Existem poucos estudos comparativos entre as técnicas e nenhum até o presente momento, nenhum destes estudos é brasileiro.

**OBJETIVO:** A. Avaliar e comparar a taxa de sucesso técnico na ressecção da REMconv e da REMimer para lesões colorretais sésseis e planas sem tentativa de ressecção prévia;

B. Avaliar e comparar a taxa de ressecção em peça única (En bloc) da REMconv e REMimer;

C. Av

**MÉTODO:** Estudo prospectivo comparativo e randomizado entre a REM convencional e REM sob imersão d'água.

A técnica de REMconv foi realizada com injeção de solução fisiológica na submucosa enquanto que o procedimento da REMimer foi feito após a aspiração do ar e com o preenchimento completo da luz intestinal com água com a utilização de bomba acessória.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 100 pacientes com 115 lesões, com tamanho médio de 17,26 mm, sendo 57 lesões ressecadas sob imersão e 58 pela técnica convencional. Não houve diferença estatística entre os grupos em relação às variáveis: idade, gênero, tamanho médio, nem ao tipo histológico. Houve diferença estatística em relação à localização das lesões (distal versus proximal)  $p = 0.029$ . Como maior porcentagem de lesões no cólon distal no grupo REMimer (35,09%) do que no grupo convencional (17,24%).

Em relação aos desfechos analisados, não houve diferença entre a taxa de sucesso (uma falha em cada grupo) e da taxa de ressecção En bloc (61,40 % versus 55,17%,  $p = .498091$ ). A recorrência foi menor no leito de REMimer (2,78%) do que pela REMconv (13,89%). Apesar desta notável diferença numérica, a mesma não alcançou diferença estatística. ( $p = 0.1987$ )

**CONCLUSÃO:** Esta pesquisa demonstrou que as duas técnicas endoscópicas são eficazes e seguras para o tratamento das lesões colorretais.

Não houve diferença significativa entre os desfechos analisados provavelmente devido ao tamanho de nossa amostra visto que os resultados das duas técnicas também não parecem ser muito discrepantes. Portanto, a escolha da técnica pode ser pela preferência pessoal do endoscopista.

**CONTATO AUTOR:** LUCIANO LENZ | luciano88lenz@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 101984 – Retrato dos pacientes submetidos a colonoscopia para rastreamento de Câncer Colorretal em serviço de referência no estado da Bahia

**AUTORES:** Nathalia Araújo (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Raquel Mello Paranaguá (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Luciana Leal (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Marcos Clarencio Batista Silva (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital Geral Roberto Santos e Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colonoscopia é considerada “padrão-ouro” para diagnóstico e prevenção do câncer colorretal (CCR). A triagem é realizada em indivíduos sem sintomas sugestivos da neoplasia e sem história pessoal de lesões malignas e pré-malignas, considerando idade e fatores hereditários associados a maior risco. A idade de início atualmente considerada para triagem na população geral é a partir dos 50 anos, com alvo de diagnóstico de lesões precoces e passíveis de tratamento curativo e de menor invasividade. Questiona-se reduzir a idade de triagem, portanto, estudos avaliando o perfil da população submetida ao exame de rastreamento são necessários

**OBJETIVO:** Descrever os achados endoscópicos observados em pacientes submetidos a colonoscopia com objetivo de rastreamento de CCR

**MÉTODO:** Estudo observacional, do tipo corte transversal, com análise retrospectiva de dados. Foram selecionados pacientes com indicação de realizar colonoscopia para rastreamento de CCR, encaminhados para o serviço de endoscopia digestiva do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), no período entre junho 2017 e novembro 2020. Foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os pacientes com condições clínicas que contraindicassem a realização do exame. Os dados foram analisados com programa R projects

**RESULTADOS:** Realizou-se 4153 colonoscopias, onde 3093 foram elegíveis para o estudo e 982 (25%) tiveram como indicação o rastreamento de CCR, sendo consideradas para esta análise. A média de idade entre os pacientes rastreados para CCR foi de 59+8,3 anos (18-87anos), com maioria do sexo feminino (n=633; 64%). Os achados sugestivos de CCR corresponderam a 2,3% (n=23), com idade média de 61+8,3 anos (28-79 anos), 1% deles com idade inferior a 50 anos, e 65% (n=15/23) do sexo feminino. Pólipos foram os achados endoscópicos mais frequentes (n=381; 39%), com média de idade 61+8,3 anos (33- 85), com 61% (n=233) de mulheres, sendo realizadas polipectomias a frio ou com alça e encaminhadas para estudo anatomopatológico. 31% (n=301) dos exames foram normais

**CONCLUSÃO:** Os exames para rastreamento de CCR revelaram importância no rastreamento de lesões na população estudada, com achados em 69% dos exames, sendo 2% delas já sugestivas de CCR em estágio avançado, 50% em pacientes com idade inferior a 50 anos

**CONTATO AUTOR:** LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE | lourianne@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102206 – DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LESÕES COLORRETAIS NA ESTRATÉGIA DE RESSECAR E DESCARTAR

**AUTORES:** Sula Marie Louis Santos (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Maria Aparecida Ferreira (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Fábio Carvalho Moraes (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Alexandre Saraiva Iachan (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Alexandre Dias Pelosi (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Simone Guaraldi (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Felipe Alves Mendonça (Instituto Nacional do Câncer - INCA - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Atualmente o câncer colorretal (CCR) é o segundo tipo mais freqüente em mulheres e homens. O INCA/MS estima que até 2025 ocorrerá elevação nas taxas de mortalidade deste. A colonoscopia é importante ferramenta que possibilita o diagnóstico e tratamento do adenoma, lesão precursora do CCR. Estudos mostram redução da incidência e mortalidade por câncer com a polipectomia. O aprimoramento nas tecnologias de imagem avançada permite diferenciar entre lesão neoplásica e não-neoplásica com acurácia acima de 90%. Na literatura tem surgido trabalhos de ressecção e descarte de pólipos, como o estudo DISCARD (Detect inspect characterise resect and discard). O risco de câncer é abaixo de 1/1.000 em lesões diminutas.

**OBJETIVO:** Comparar os achados da endoscopia com a histopatologia no descarte de pólipos colorretais.

**MÉTODO:** Foram estudadas 99 lesões colorretais (32 colonoscopias) entre janeiro e agosto de 2021, executadas por única residente R2 sob supervisão. Avaliação prospectiva. Todas as lesões foram fotografadas. Critérios de inclusão: preparo do cólon adequado e lesões até 10mm. Técnica: avaliação com luz branca, cromoscopia convencional e digital (NBI near focus). Tratamento endoscópico: polipectomia com pinça.

**RESULTADOS:** Foram 23 mulheres e 9 homens, com mediana de 63 anos. Lesões  $\leq$  5mm foram 77 e  $>$  5mm 22. Morfologia (Paris): 0-Isp (1), 0-Is (36), 0-IIa (62). Histologicamente 62 (62,62%) foram adenomas convencionais, 1 (1,0%) adenoma séssil serrilhado e 37 (49,31%) pólipos não neoplásicos. Confirmação de adenoma foi 86,1%% (62/72). Os 10 erros: 8 processos inflamatórios e 1 polipo de retenção. Dos pólipos hiperplásicos endoscópicos, 74,07% (20/27) foram confirmados na histologia. Os 7 erros: 5 inflamatórios, 1 lesão séssil serrilhada, 1 pseudolipomatose.

**CONCLUSÃO:** Os resultados mostraram que instituição com profissionais capacitados e endoscópios com tecnologia de imagem melhorada poderiam contribuir para o descarte, com segurança, da maioria dos pólipos, reduzindo os custos do exame histopatológico. Entretanto, não há legislação sobre o assunto, nem estudo avaliando o aceite do paciente. A técnica de polipectomia e estudo histopatológico continua sendo o padrão ouro na correlação dos achados endoscópicos de lesões colorretais.

**CONTATO AUTOR:** SULA MARIE LOUIS DOS SANTOS | sula\_marie@yahoo.com.br

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102317 – Utilidade das biópsias seriadas em pacientes submetidos a colonoscopia na visão do endoscopista em relação ao médico solicitante.

**AUTORES:** ROSIVAL VICENTE DE PAULA (H Ipiranga / H Nove de Julho - são paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro Krubniki (H Ipiranga / H Nove de Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo de Andrade Bertolotto (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Rezende de Faria (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Cristina de Moraes Freitas (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Andressa da Silva Santos (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Festa Secchi (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tarik Omairi (H Ipiranga / H Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Bechara Poletti (Hospital Nove de Julho / IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colonoscopia é o exame de escolha na avaliação e diagnóstico das patologias do íleo distal, cólon e reto, com base nisso, temos observado um aumento progressivo do número de biópsias colônicas, inclusive de biópsias seriadas.

**OBJETIVO:** Comparar a utilidade da biópsia seriada realizada por opção do endoscopista e médico assistente solicitante do exame.

**MÉTODO:** Foi realizado busca no banco de dados de exames endoscópicos de uma clínica nível II, da cidade de São Paulo, no período de 01/01/2019 a 30/04/2021 com a palavra-chave “biópsias seriadas”. Os pacientes selecionados realizaram biópsias aleatórias separadas em 4 frascos: 1- íleo; 2- ceco e ascendente; 3- transversa e descendente; 4- sigmoide e reto. As biópsias foram realizadas conforme pedido médico ou por decisão do endoscopista de acordo ao contexto clínico ou achados endoscópicos.

**RESULTADOS:** Foram realizados 3.577 exames colonoscópicos no período acima citado, em que 298 (8,3%) tinham critérios para ingresso na pesquisa, foram excluídos: sete pacientes com exames repetidos e 69 com quadro de doença inflamatória intestinal e outras colites previamente conhecidas ou neoplasias durante o período analisado, sendo selecionados 222 pacientes. Nos 140 pacientes (63,1%) que realizaram biópsias seriadas a pedido do médico assistente, 119 (85%) não tinham alterações no exame endoscópico. E em 90 (64%) não apresentavam alterações histológicas. Já em 25 (21%) mesmo com achados endoscópicos normais, tinham alterações histológicas inespecíficas. Por outro lado, 82 pacientes (36,9%) foram submetidos a biópsias seriadas por decisão do endoscopista no momento do exame, seja pelo contexto clínico ou pela presença de algum achado endoscópico. Em 30 (36,5%) não se evidenciaram alterações endoscópicas. Em 25 (30,4%), não evidenciou-se alterações histológicas. E em outros 9 (30%) com exame endoscópico normal, apresentavam alterações histológicas inespecíficas.

**CONCLUSÃO:** A realização de biópsias seriadas na ausência de um contexto clínico clássico e sem uma prévia avaliação endoscópica não trazem informações adicionais e podem até gerar confusão ao raciocínio clínico. A decisão do endoscopista em realizar biópsias seriadas foi mais fidedigna ao contexto clínico, endoscópico e histológico. Dado o tempo consumido e o impacto financeiro que a amostragem e análise de biópsias têm, é importante revisar e estabelecer estratégias sobre como e quando fazer biópsias durante as colonoscopias.

**CONTATO AUTOR:** ROSIVAL DE PAULA | rosivalvp@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

**102330 – Impacto da pandemia sobre a triagem do câncer colorretal em um serviço de referência.**

**AUTORES:** Sara Freitas Abrão (Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas - São Paulo - Brasil), Daniela Oliveira Magro (Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Marcello Imbrizi (Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal é um desafio global devido a incidência aproximada de 1 milhão de casos/ano, com mais de 500.000 óbitos/ano. A triagem de câncer colorretal é indicada para a detecção do adenoma quanto para o adenocarcinoma precoce.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da pandemia SARS-COV-2, decretada no mês de março de 2020, sobre a triagem de câncer colorretal em um serviço de referência.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo unicêntrico realizado em uma unidade de referência municipal do estado de São Paulo, comparando os períodos pré-pandemia e pandemia nos anos de 2019-20. Foram comparadas as taxas de exames e detecções em colonoscopia nos exames de rastreamento de câncer colorretal e analisados seus respectivos laudos histológicos.

**RESULTADOS:** Avaliamos 388 colonoscopias com média de 22 exames/mês pré-pandemia e 7,8 exames/mês no período de pandemia. Embora não tenha ocorrido diferença estatística entre as taxas de detecção de adenocarcinoma ( $p=0,59$ ), encontramos diferenças na detecção de pólipos ( $p<0,001$ ), assim como nos subtipos tubulares ( $p<0,001$ ) e tubulovilosos ( $p=0,003$ ).

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que a pandemia gerou redução significativa no rastreamento de câncer colorretal assim como na taxa de detecção de pólipos. Uma avaliação posterior pode relatar o dano direto aos pacientes que deixaram de realizar o exame de prevenção e rastreamento.

**CONTATO AUTOR:** SARA DE FREITAS ABRAO | saraabrao@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104285 – Segurança da sedação na colonoscopia por médico endoscopista – Estudo prospectivo em clínica de referência do oeste do Paraná

**AUTORES:** Igor Dal Pozzo da Costa (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Rafael Krieger Martins (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), André Luis Fernandes (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Wemerson Geraldo Queiroz Filho (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Camila Lopes Manetti (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Na colonoscopia sob sedação, os fatores mais críticos relacionados a morte do paciente são a depressão respiratória e a obstrução de via aérea, configurando complicações que devem ser evitadas a todo custo. Entretanto, a taxa de incidência, é relativamente baixa, frente a quantidade de exames realizados e a experiência dos médicos endoscopistas. A segurança da sedação realizada por médico não anestesiológico é motivo de debate.

**OBJETIVO:** Avaliar a segurança na sedação em pacientes submetidos a colonoscopia eletiva em uma clínica do Oeste do Paraná.

**MÉTODO:** Análise prospectiva dos pacientes submetidos à colonoscopia eletiva, por médico endoscopista, sem a presença do médico anestesiológico, sob sedação com Midazolam e Fentanil. Foram avaliados a variação da saturação de oxigênio (desfecho primário) e valores de pressão arterial não invasiva, Shock Index e pulso (desfechos secundários), tanto no início do exame, quanto no momento da chegada ao ceco e ao cólon descendente.

**RESULTADOS:** Apenas 1% dos pacientes apresentaram queda na saturação de oxigênio para valores menores de 92%, contudo a queda ocorreu de forma não sustentada. A média da frequência cardíaca durante o procedimento foi de 76,25 batimentos por minuto. Nenhum participante apresentou a pressão arterial sistólica abaixo de 80 mmHg, tanto sexo masculino, quanto no sexo feminino, independente da idade ou presença de co-morbidades. Em relação ao Shock Index, 3,5% tiveram alteração com valores maiores que 1,0.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que, pacientes sem comorbidades e alergias, a colonoscopia pode ser conduzida sem a assistência do médico anestesista.

**CONTATO AUTOR:** IGOR DAL POZZO DA COSTA | idalpozzo@me.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104294 – Contribuição da inteligência artificial no diagnóstico endoscópico de lesões colorretais

**AUTORES:** Adriana Vaz Safatle-Ribeiro (HCFMSUP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcio Roberto Facanali Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Isabella Nicácio de Freitas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anelise Stachewski Russo (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Juliana Bezerra Farias (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Afonso Henrique Silva Sousa Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Venâncio Avancini Alves (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal representa a neoplasia mais frequente do trato gastrointestinal e é a segunda no Brasil em incidência, tanto no homem quanto na mulher. O uso da inteligência artificial (IA), pela detecção CAD EYE e magnificação com cromoscopia digital (BLI), vem demonstrando alta acurácia diagnóstica na detecção e caracterização das lesões colorretais.

**OBJETIVO:** Avaliar a implementação da IA na prática clínica em nosso meio e sua acurácia diagnóstica na detecção e caracterização das lesões colorretais.

**MÉTODO:** Selecionaram-se 49 pacientes consecutivos, com indicação de realização de colonoscopia, para o uso de IA. IA classifica as lesões em hiperplásicas e neoplásicas. Todas as lesões foram ressecadas, sendo o resultado histológico considerado padrão ouro. Quatro profissionais endoscopistas experientes em colonoscopia foram inicialmente orientados como usar a IA.

**RESULTADOS:** O preparo das colonoscopias foi considerado bom/excelente pela escala de Boston. A média de idade dos pacientes foi de 56,4 anos (24-76), sendo 34 (69,4%) do sexo feminino. As indicações corresponderam a: rastreamento e vigilância 24/49, doença inflamatória intestinal 9/49, constipação intestinal 5/49, controle pós-polipectomia 5/49, hemorragia digestiva baixa 3/49, dor abdominal 1/49, polipose intestinal 1/49 e após neoadjuvância por câncer de canal anal 1/49. 37/49 (75,5%) pacientes apresentaram lesões colorretais que necessitavam avaliação diagnóstica, sendo detectadas em média 2,3 (1-7) lesões por paciente. Avaliaram-se 81 lesões de 37 pacientes, sendo 77 pólipos (76 sésseis e 1 pediculado), 1 lesão planoelevada, 1 lesão planodeprimida e 2 lesões de crescimento lateral. 31/81 das lesões encontravam-se no cólon direito, 9/81 em transverso e 22/81 em cólon esquerdo e 19/81 em reto. O tamanho médio das lesões foi de 3,8 mm (2-15). Não houve dificuldade técnica no uso da IA, e o tempo de exame diagnóstico por lesão aumentou 2 minutos em média, com tempo total médio de exame de 29 minutos (8-58). Seis lesões serrilhadas de 4 pacientes foram classificadas como lesões hiperplásicas pela IA. Acurácia diagnóstica da IA foi de 84,8%.

**CONCLUSÃO:** 1. IA pode ser empregada com facilidade na prática clínica; 2. IA auxilia no diagnóstico de lesões colorretais com elevada acurácia, podendo ser uma ferramenta adicional no diagnóstico diferencial em tempo real; 3. A caracterização de lesões serrilhadas deve ser aprimorada pela IA; 4. IA pode ter impacto na conduta terapêutica endoscópica.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO ROBERTO FACANALI JUNIOR | mrfacanalli@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104305 – Rastreamento organizado de câncer colorretal através do teste imunoquímico fecal para os colaboradores do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: resultados preliminares

**AUTORES:** Adriana Vaz Safatle-Ribeiro (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fábio Luis Recioli (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcio Roberto Facanali Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Isabella Nicácio de Freitas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabio Kawaguti (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Afonso Henrique Silva Sousa Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antônio dos Santos Barboza (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elizabeth de Faria (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antônio José Rodrigues Pereira (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vera Lucia Pagliusi Castilho (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elenice Messias Nascimento Gonçalves (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Eluf Neto (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal (CCR) é a terceira causa de mortalidade por câncer no mundo. No Brasil, os estádios avançados (III e IV) representam mais de 60% dos casos ao diagnóstico, com impacto tanto nas taxas de sobrevida e prognóstico, como também na qualidade de vida e econômico. Programas de rastreamento, através de teste imunoquímico fecal quantitativo (FIT), demonstram alta sensibilidade e especificidade, com elevada taxa de adesão em relação aos outros testes de pesquisa de sangue oculto fecais. Resultados destes programas organizados demonstram redução da mortalidade por câncer. O programa organizado de rastreamento nos colaboradores da área da saúde reflete o engajamento institucional em cuidar de quem cuida.

**OBJETIVO:** Implantar o rastreamento organizado para CCR através do FIT, seguido de colonoscopia para os casos positivos, para os colaboradores do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

**MÉTODO:** Colaboradores do Complexo HCFMUSP, entre 50 e 75 anos, estão sendo convidados a participar. Pacientes com FIT positivo (nível maior ou igual a 50 ng/mL) são encaminhados para realização de colonoscopia. Utilizam-se endoscópios de alta definição e com magnificação para os procedimentos.

**RESULTADOS:** De um total de aproximadamente 9000 colaboradores, 1211 já foram submetidos ao FIT. 63% deles devolveram o teste para análise. Destes, 52/761 (7%) tiveram FIT positivo. 46 pacientes foram submetidos à colonoscopia até o momento. Todas as colonoscopias foram completas, até ceco ou íleo, e apresentavam preparo bom ou excelente, a exceção de 1, que apresentou preparo regular. 73,9% eram mulheres, 65,2% eram brancos e a média de idade foi de 56 anos. O intervalo entre a realização do FIT e da colonoscopia foi de 35 dias em média (12-115), com valor do FIT variando de 54-2263 ng/dL. A taxa de detecção de adenoma foi 60,9% (28 pacientes). Foram detectadas 90 lesões, com tamanho médio de 5,8 mm (2-30), sendo destes 60,7% (54) adenoma com displasia de baixo grau, 2,2% (2) adenoma com displasia de alto grau, 5,6% (5) de lesões serrilhadas e neoplasia em 1 paciente.

**CONCLUSÃO:** 1. A implantação do programa de rastreamento organizado para os Colaboradores do Complexo HCFMUSP tornou-se uma realidade, porém demonstra moderada taxa de adesão, devendo-se aprimorar as estratégias para incentivar a participação; 2. Resultados parciais demonstraram alta taxa de detecção de adenoma nos colaboradores FIT positivos.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO ROBERTO FACANALI JUNIOR | mrfacanalli@hotmail.com



## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104391 – Colorectal Neoplasia: An investigation of the mortality rate in the Federative States (Units) of Brazil, from 2008 to 2018.

**AUTORES:** Catarina Sacramento de Araujo FELIPE (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil), Gabriela Morais LINS (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil), Leonardo de Menezes MONTEIRO (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil), Matheus Medeiros CUNHA (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil), Rafael MARIANO OLIVEIRA (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento CAVALCANTE (UFBA - SALVADOR - Bahia - Brasil), MARIA CONCEIÇÃO GALVÃO SAMPAIO (UNIFACS - SALVADOR - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** The study aims to evaluate the mortality rate of Colorectal Cancer in the Federal Units of Brazil in the last 10 years, using aggregate data. This is a quantitative descriptive theoretical study, in which aggregate data from 26 Brazilian states plus the Federal District were analyzed, in a retrograde time series, referring to the years from 2008 to 2018. Analyzing the evolution of the crude death rate of Colorectal Cancer in Brazil, we see that the rate shows linear and uniform growth in all years from 2008 to 2018, and this growth happens in both sexes, maintaining a well-balanced rate in all years.

**OBJETIVO:** Primary: Evaluate the colorectal cancer mortality rate in the Federative States (Units) of Brazil in the last 10 years, using aggregated data.

Secondary: Assess the colorectal cancer mortality rate according to the gender, Assess the mortality rate of CO

**MÉTODO:** The present study has been based on a quantitative descriptive theoretical basis, which has aggregated data from the 26 Brazilian states and the Federal District analyzed in a retrograde time series, referring to the years 2008 to 2018. Data on the mortality rate were collected in data banks from the Mortality Information System (SIM), the Brazilian Institute of Geography and Study (IBGE) and the National Cancer Institute (INCA)

**RESULTADOS:** In general, the mortality rate in females was lower than in males in the vast majority of the states. When comparing the male and female mortality rates in the Midwest and Southeast regions, we can see the parity between the rates of the two genders. Despite the female mortality rate being at a level below the male average, the South region still had high levels of deaths from CCR. The peak of mortality due to CCR in the Southern region was in the state of Rio Grande do Sul, exceeding 300 deaths in the year 2017. The highest mortality was observed in elderly people. There was a predominance of mortality in males, mainly from the 7th to the 8th decade of life.

**CONCLUSÃO:** The analysis of the mortality rate over these 10 years of study has shown a high lethality in Brazil, thus being a suggestive element the increase of screening culture, especially in remote regions. A slight increase in the mortality rate among adults aged 40 to 49 years was observed, which is a fact that indicates the need of a change for the beginning of the screening from the age of 45 years old.

**CONTATO AUTOR:** CATARINA SACRAMENTO DE ARAUJO FELIPE | fcatarina19@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104427 – Colonoscopia na Rede Pública de Saúde: Perfil do Rastreamento e Diagnóstico do Câncer Colorretal

**AUTORES:** Bruno Arini Craveiro (Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Barretos - Barretos - São Paulo - Brasil), Ricardo Filipe Alves da Costa (Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Barretos - Barretos - São Paulo - Brasil), João Luiz Brisotti (Faculdade de Ciências Médicas da Saúde de Barretos - Barretos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O desenvolvimento de câncer de intestino é relacionado a fatores de risco como a idade, hábitos de vida e na existência de história familiar. Esta enfermidade preenche critérios para prevenção e rastreamento populacional de rotina. Assim, recomenda-se o uso da colonoscopia como rastreamento para prevenção do câncer colorretal.

**OBJETIVO:** Identificar a incidência de lesões cancerosas e pré-cancerosas em exames colonoscópicos ambulatoriais de rotina em período de 24 meses.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo, descritivo de análise dos exames colonoscópicos realizados em Ambulatório Médico de Especialidades (AME) no período de janeiro 2017 a dezembro de 2018.

**RESULTADOS:** Durante o estudo 1142 pacientes realizaram colonoscopia, sendo 81 excluídos por inconsistência das informações. Foram 1061 pacientes incluídos entre 15 e 86 anos de idade, predominantemente mulheres. Totalizaram 45,6% dos exames normais. Identificaram-se 316 pólipos e observadas alterações compatíveis com crescimento tumoral, sendo 9 lesões vegetantes e outras 6 lesões tumorais descritas como subestenosantes e outra lesão descrita como estenosante e infiltrativa, totalizando 16 (1,5%) lesões com características neoplásicas. As lesões polipoides tiveram a seguinte descrição, séssil (87,7%), pediculada (12,7%), plana (9,2%) e subpediculada (8,2%). Das 9 lesões vegetantes, todas causavam alguma implicação clínica, com distribuição etária de 56 a 72 anos e predomínio do sexo masculino. As lesões tumorais difusas são 1,2% das alterações, descritas como subestenosantes 1,0% delas, com distribuição etária de 50 a 80 anos e predomínio do sexo feminino. Entre os exames, 36,4% destes realizaram alguma intervenção (mucosectomia, polipectomia, hemostasia ou biópsia).

**CONCLUSÃO:** Com esta análise traçou-se o perfil das lesões colonicas da população regional. A elevada proporção de pólipos confirma que a colonoscopia traz benefício individual e coletivo, reitera a importância do acompanhamento periódico como fator determinante da prevenção de câncer colorretal e a identificação de lesões precoces que permitiram abordagem terapêutica endoscópica possibilitou tratamento menos invasivo deste tipo de câncer. Portanto, em ambulatório especializado, no Sistema Único de Saúde, a realização abordagem colonoscópica adequada possibilita prevenção e tratamento efetivos.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO ARINI CRAVEIRO | brunoarini@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### **1104509 – Ressecção de pólipos de cólon menor que 10mm com o uso de alça fria (cold snare) em pacientes eletivos: Estudo retrospectivo multicêntrico.**

**AUTORES:** Rogerio Kuga (UnitedHealth Group Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Regina Rie Imada (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Baracat (Hospital Paulistano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Castro Neto (Hospital Madre Theodora - Campinas - São Paulo - Brasil), Carlos Campregher Cavenague (Hospital Carlos Chagas - Guarulhos - São Paulo - Brasil), Thiago Arantes Carvalho Visconti (Hospital Metropolitano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Aureo Augusto Almeida Delgado (Hospital Paulistano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Jr (Américas Medicina e Saúde - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tiago Franco Vilela Filho (Américas Medicina e Saúde - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fábio Ramalho Tavares Marinho (Américas Medicina e Saúde - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Sato Uemura (Américas Medicina e Saúde - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucio Giovanni Battista Rossini (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Humberto Bona (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Osvaldo Massatoshi Araki (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Simone Perez Pilli (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Durval Pessotti Jr (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Natan K Watanabe (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alexandre Fonoff (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Kuranaga Pimentel (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Wagner Valentino (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Romeu Nakamura (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A maioria dos pólipos de cólon e reto diagnosticados durante a colonoscopia são menores que 10 mm e a sua adequada ressecção endoscópica é primordial. Nesta situação, a polipectomia pela técnica a frio é uma das técnicas utilizadas. A ressecção com alça fria (cold snare) parece ter menor taxa de complicação. Por se tratar de lesões muito pequenas, um dos problemas é a recuperação da peça para análise histológica.

**OBJETIVO:** Avaliar a segurança da ressecção dos pólipos menores que 10 mm pela técnica a frio com o uso de alça fria dedicada, taxa de sangramento pós polipectomia e a taxa de recuperação do pólipo.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo, multicêntrico em 6 instituições utilizando alça de polipectomia dedicada à ressecção pela técnica a frio (cold snare) em pacientes eletivos submetidos à colonoscopia. Foram categorizados em duas dimensões de pólipos (até 3mm e 4 a 10mm). Analisada a taxa de recuperação do pólipo em número de fragmentos; sangramento imediato com necessidade de hemostasia e avaliação de sangramento tardio (7 dias). Todos os pacientes foram questionados sobre o uso de medicações antiagregantes e anticoagulantes. Todas as ressecções foram realizadas utilizando-se três marcas de alça de polipectomia a frio dedicadas para este fim. Todos os materiais foram enviados para análise histológica. Após 7 dias da ressecção, contato telefônico foram realizados com os pacientes.

**RESULTADOS:** No total foram 105 pólipos ressecados em 64 pacientes (54,6% feminino) com idade média de 59 anos, sendo 87,6% dos pólipos entre 4 a 10 mm. A topografia mais comum dos pólipos ressecados foi o cólon transverso (26,6%). A ressecção em fragmento único foi obtida em 87,6% dos pólipos. Após a ressecção com a cold snare, não houve hemorragia em 94,3% dos pólipos. Em 2 pólipos (1,9%) houve hemorragia imediata com necessidade de terapêutica endoscópica em paciente usuário de Rivaroxabana. Em todos os pacientes não houve relato de hemorragia em 7 dias ou outra complicação. Não houve perfuração. Com o uso do recipiente de captura do pólipo por aspiração, todos os pólipos foram recuperados após as ressecções, não havendo perda de material. O tipo histológico mais frequente foi o adenoma tubular ou túbulo-viloso (70,5%). Em um pólipo, o diagnóstico histológico foi de linfoma MALT.

**CONCLUSÃO:** A polipectomia de cólon com alça fria dedicada em lesões menores que 10mm é segura, com baixa taxa de sangramento imediato e alta taxa de recuperação do pólipo. A ressecção a frio deve ser evitada em pacientes em uso de anticoagulante.

**CONTATO AUTOR:** ROGÉRIO KUGA | rogeriokuga@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104530 – ACHADOS ENDOSCÓPICOS DA ESQUISTOSSOMOSE INTESTINAL: RELATO DE 5 CASOS

**AUTORES:** Mariana Alves Nascimento (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sandra Sousa Santos Figueiredo (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Nonato Cury-Rad Santos Júnior (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Larissa Béa Mache Teixeira Cardoso (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Priscilla de Oliveira Rocha (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), André Castro Lyra (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Jaciane Araújo Mota Fontes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Rosicreusa Marback de Souza (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sylon Ribeiro de Britto Júnior (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Andréa Maia Pimentel (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Victor Rossi Barros (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Suzana Silva Leal (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Maysa Alves Machado (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Teixeira Martins Campos (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Mariama Alves Dantas Fagundes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A esquistossomose intestinal é uma doença infectoparasitária causada pelo *Schistosoma mansoni*, sendo endêmica em algumas regiões brasileiras. Ela ocorre devido à deposição de ovos do *Schistosoma* na submucosa do intestino, sobretudo, o cólon, que produzirá uma resposta inflamatória com formação de granulomas. O aprisionamento dos ovos causará uma reação de corpo estranho com inflamação progressiva e fibrose. A mucosa tende a adquirir uma aparência nodular, de coloração amarelada, e apresentar pólipos; além disso, ela pode erodir, formando pequenas úlceras superficiais. A maioria das pessoas infectadas será assintomática por muitos anos. Em sua forma aguda, as manifestações clínicas incluem febre, dor abdominal, diarreia e hematoquezia, com achados de hiperemia e edema na colonoscopia. Em sua forma crônica, os pacientes podem cursar com obstrução intestinal, intussuscepção ou massa abdominal, sendo os nódulos amarelados, semelhantes aos da colite pseudomembranosa, os achados mais característico da colonoscopia. Na histologia, infiltrado de células mononucleares, eosinófilos e, menos comumente, neutrófilos podem ser visualizados. Ovos viáveis e não viáveis estão presentes em todos os pólipos. A detecção de ovos em fragmentos de biópsias retais e intestinais confirma o diagnóstico de esquistossomose. O tratamento é realizado utilizando o praziquantel.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é avaliar os principais achados endoscópicos em pacientes diagnosticados com esquistossomose intestinal.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo sobre as lesões encontradas em colonoscopias de pacientes com esquistossomose intestinal num hospital quaternário de Salvador-BA.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 5 pacientes, todos do sexo feminino, com média de idade de 40,4 anos. Entre os sintomas apresentados, 40% tinham diarreia e 20% tinham hematoquezia. O reto foi o local mais comumente acometido, em 75% dos casos com lesões endoscópicas visíveis, seguido do cólon descendente, no qual apresentava lesões visíveis em 50% desses casos. Não foram encontradas lesões endoscópicas em íleo terminal e cólon ascendente. Formações nodulares, com superfície íntegra e discretamente amareladas estavam presentes em metade dos pacientes. A presença de pólipo colônico foi detectada apenas em 1 paciente.

**CONCLUSÃO:** A esquistossomose intestinal é endêmica em algumas regiões brasileiras e deve ser lembrada no diagnóstico diferencial das lesões endoscópicas vistas na colonoscopia. Lesões suspeitas devem ser biopsiadas para estudo anatomopatológico.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ALVES NASCIMENTO | mari.nascimento94@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104578 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PREPARO INTESTINAL COM MANITOL PARA VIDEOCOLONOSCOPIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**AUTORES:** ANDRESSA RAVELLI GOMES DA COSTA TEIXEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - Teresina - Piauí - Brasil), JEANY BORGES E SILVA RIBEIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - TERESINA - Piauí - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A qualidade da colonoscopia depende de um preparo intestinal adequado. No Brasil, a solução predominantemente utilizada para a realização deste preparo é o Manitol.

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade do preparo intestinal em pacientes submetidos a colonoscopia no Hospital Universitário da Universidade Federal do

Piauí.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo seccional realizado entre os meses de outubro de 2019 e março de 2020 no HU- UFPI. A população do estudo foi composta por indivíduos submetidos a colonoscopia ambulatorial neste centro de referência e a amostra foi de 241 participantes. O tipo de amostragem foi não probabilístico, com seleção dos participantes por conveniência, atribuindo-se erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e significância de 5%, utilizando  $p=0,50$ .

**RESULTADOS:** A maioria dos participantes foi do sexo feminino, procedente de Teresina, com idade média de 55 anos e evacuações diárias. A principal indicação do exame foi triagem de neoplasia colorretal e o principal efeito colateral foi náusea. A maioria dos participantes avaliou as etapas do preparo como fácil, seguiu as orientações recomendadas e teve um preparo considerado como bom, porém houve necessidade de interrupção de 14,1% dos exames. O tempo de retirada médio do aparelho foi de 8 minutos e 30 segundos. Para a população em screening, a Taxa de detecção de adenoma foi de 21,8% e a de intubação cecal foi de 92,4%.

**CONCLUSÃO:** A taxa de detecção de adenoma e de intubação cecal foram menores do que os valores recomendados possivelmente

devido a necessidade de interrupção de alguns exames devido preparo inadequado.

**CONTATO AUTOR:** JEANY BORGES | [jeanyborges@yahoo.com.br](mailto:jeanyborges@yahoo.com.br)

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 1104338 – Prótese metálica com ou sem aposição de lumens para drenagem ecoguiada de coleções fluidas pancreáticas: ensaio clínico randomizado

**AUTORES:** MARCOS EDUARDO LERA DOS SANTOS (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), IGOR MENDONÇA PROENÇA (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Sergio Eiji Matuguma (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JOÃO REMI DE FREITAS JUNIOR (HCFMUSO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Igor Braga Ribeiro (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux De Moura (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux De Moura (HCFMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A drenagem ecoguiada é considerada o padrão ouro para o tratamento das coleções pancreáticas encapsuladas (CPEs) – tanto pseudocistos quanto necrose pancreática delimitada (WON) -, apresentando a mesma eficácia clínica que a drenagem cirúrgica, porém com menos complicações e menor morbidade,

Durante a evolução dos materiais e acessórios endoscópicos para drenagem das CPEs, vários tipos de próteses foram desenvolvidos, apresentando diferentes materiais, tamanhos, calibres e sistemas de liberação. Dentre as próteses utilizadas para drenagem, estão as próteses metálicas biliares totalmente recobertas (“Self-Expandable Metal Stent” – SEMS) e as próteses metálicas com aposição de lumens (“Lumen-Apposing Metal Stent” – LAMS). Apesar das diferenças entre esses modelos de próteses e de ambas serem utilizadas para a drenagem das CPEs, não há estudos prospectivos comparando os dois modelos

**OBJETIVO:** Comparar a eficácia e segurança da prótese SEMS versus prótese LAMS na drenagem ecoguiada das CPEs

**MÉTODO:** Ensaio Clínico Randomizado fase IIB comparando SEMS versus LAMS em relação a eficácia e segurança na drenagem ecoguiada das CPEs. Foram avaliados sucesso técnico, sucesso clínico, eventos adversos, sucesso radiológico e tempo de procedimento. Foi determinado uma amostra de 42 pacientes

**RESULTADOS:** Não houve diferença entre o sucesso técnico, sucesso clínico ou sucesso radiológico entre os dois grupos. Também não houve diferença entre o número de complicações nem a taxa de migração das próteses. O tempo de procedimento foi maior do grupo LAMS (tempo médio de 43,81 min) do que no grupo SEMS (tempo médio de 24,43 min). Também houve diferença no número de complicações intra-procedimento, ocorrendo 5 complicações no grupo LAMS e zero no grupo SEMS. Quatro dos 5 foram relacionados a erros de disparo ou abertura das flanges, porém todos foram corrigidos com sucesso

**CONCLUSÃO:** As próteses SEMS e LAMS apresentaram sucesso técnico, sucesso clínico, sucesso radiológico e eventos adversos semelhantes. Entretanto, a prótese SEMS apresentou menor tempo de procedimento e menos complicações intra-procedimento, apesar de todos terem sido resolvidos com sucesso. A escolha pelo tipo de prótese utilizada para drenagem das CFPs deve considerar a disponibilidade e expertise do serviço. Tanto as SEMS quanto as LAMS são opções possíveis, com eficácia clínica e perfil de segurança semelhantes

**CONTATO AUTOR:** IGOR MENDONCA PROENCA | igor.epm76@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102093 – Análise Retrospectiva da Prevalência de Pólipos Gástricos em Exames Endoscópicos de Hospital Terciário

**AUTORES:** Letícia Machado Baptistella (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Victoria Telles Vieira Celia (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Thales Marques Corrêa (Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Norberto Katsumi Osaki (Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), João Luiz Brisotti (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os pólipos gástricos são geralmente encontrados incidentalmente em exames de endoscopia digestiva alta, em indicações para o exame não relacionados. Estes pólipos são comumente assintomáticos. A adequada abordagem dos pólipos gástricos deve ser adotada, pois, mesmo que infrequentes, podem apresentar potencial maligno.

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de pólipos gástricos e seu diagnóstico histopatológico correlacionando com a indicação do exame endoscópico.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo, descritivo de análise de exames endoscópicos realizados em serviço de endoscopia de hospital geral. Amostra definida por conveniência, composta por exames aleatoriamente selecionados, realizados no ano de 2019 em pacientes internados e ambulatoriais. (CEP - CAAE 39743020.3.0000.5378).

**RESULTADOS:** Foram analisados 1337 exames de 1261 pacientes, com distribuição etária de 1 a 93 anos (média 53 anos), com predominância do sexo feminino (770 indivíduos – 61,06%). Dentre estes pacientes foi identificada a ocorrência de pólipos em 34 pacientes (2,69%), sendo a maioria mulheres (67,64%). A principal indicação para o exame foi dor epigástrica (47,05%) e foram indicados exames de controle por diagnóstico prévio de pólipos gástricos em 3 casos (8,82%). Em relação à localização, a maioria ocorreu no corpo gástrico (50,0%), foram encontradas lesões no antro, cárdia e fundo gástrico, além de múltiplas localizações e também 1 caso de boca anastomótica pós cirurgia bariátrica. Foram observados em 17,64% pólipos múltiplos. Em todas as situações foram realizados procedimentos para excisão das lesões, sendo 13 polipectomias e biópsias a fórceps no restante dos casos. Os diagnósticos mais frequentes foram pólipos hiperplásicos e pólipos inflamatórios (47,05% e 41,17% respectivamente), em 17,64% a pesquisa para *Helicobacter pylori* foi positiva, diretamente relacionado com pólipos inflamatórios. Embora a principal indicação tenha sido a dor epigástrica, não houve correlação entre este sintoma e o tipo ou localização das lesões.

**CONCLUSÃO:** Coincidindo com dados da literatura, a ocorrência de pólipos gástricos apresenta pequena prevalência e caracterizam-se por achados endoscópicos, entretanto, situações inflamatórias podem determinar sua ocorrência, em especial o *Helicobacter pylori*, sendo a polipectomia importante na profilaxia do câncer gástrico.

**CONTATO AUTOR:** LETICIA MACHADO BAPTISTELLA | leticiambaptistella@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102139 – SIMULADOR MECÂNICO PARA TREINAMENTO DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS.

**AUTORES:** JULIA MAYUMI GREGORIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SERGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO SAKAI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO COSTA MARTINS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Com os avanços tecnológicos somado a pandemia do SARS-COV 2, diversos centros de treinamento tiveram redução no volume de exames e sentiram a necessidade de encontrar alternativas inovadoras para o ensino das técnicas endoscópicas aos trainees. Para isso, desenvolvemos um modelo de treinamento visando facilitar o aprendizado, mantendo o princípio fundamental da medicina, a não maleficência.

**OBJETIVO:** Elaboração de simuladores tridimensionais e mecânicos, reproduzindo a anatomia do aparelho digestivo alto, por orifícios naturais, com materiais de baixo custo e fácil confecção, a fim de auxiliar no ensino das técnicas endoscópicas.

**MÉTODO:** Utilizados tubos e conexões de PVC, canos sifonados e estruturas de plástico e madeira. Uma luva de 6", um joelho 45º de 6" e um redutor extrínseco adaptado, formaram o estômago. Estruturas de madeira confeccionadas para fechar o sistema e sustentar o simulador. Canos sifonados compuseram o esôfago, bulbo e segunda porção duodenal.

Adaptado luvas plásticas, ao esôfago distal, para representar varizes e uma tampa plástica previamente modelada, simbolizava a papila duodenal e vias biliares.

**RESULTADOS:** Aprender manusear o aparelho e aprimorar os reflexos psicomotores para a execução do exame, no paciente real, sob sedação, podendo acarretar eventos adversos ao doente, gera traumas psicológicos e stress no desenvolvimento do aluno, dificultando o seu aprendizado. Estudo de 2003, concluiu que as taxas de complicações e insatisfação do cliente era maior 30 dias após o ingresso de novos fellows comparado ao final do ano letivo. Existem diversos simuladores confeccionados a partir de inúmeros materiais, sejam modelos mecânicos, com tecidos animais ou que utilizam a realidade virtual. Modelos mecânicos são úteis no desenvolvimento inicial do trainee, já os outros tipos, são importantes no treinamento de técnicas específicas para profissionais experientes.

Um dos empecilhos para a ampla utilização dos simuladores, é o alto investimento financeiro, para isso desenvolvemos o simulador mecânico para treinamento de endoscopia digestiva alta com realização de biópsias, ligaduras elásticas, polipectomias com alça, passagem de duodenoscópio e canulação das vias biliares.

**CONCLUSÃO:** O simulador supracitado pode ser confeccionado com materiais de baixo custo e fácil reprodução. Criando um ambiente livre de riscos e stress, seu uso permite o desenvolvimento mais rápido do aluno, principalmente quando estes encontram-se no início da curva de aprendizado.

**CONTATO AUTOR:** JULIA MAYUMI GREGORIO | [juliaendoscopia@gmail.com](mailto:juliaendoscopia@gmail.com)



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102140 – TUTORIAL DE MONTAGEM DO SIMULADOR MECÂNICO PARA TREINAMENTO DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS.

**AUTORES:** JULIA MAYUMI GREGORIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO SAKAI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SERGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), SONIA NADIA FYLYK (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Com os avanços tecnológicos somado a pandemia do SARS-COV 2, diversos centros de treinamento tiveram redução no volume de exames eletivos e sentiram a necessidade de encontrar alternativas inovadoras para o ensino das técnicas endoscópicas aos trainees. Para isso, desenvolvemos um modelo de treinamento visando facilitar o aprendizado, mantendo o princípio fundamental da medicina, a não maleficência.

**OBJETIVO:** Elaboração de um manual de instrução, contendo peças e técnicas necessárias para a montagem de um simulador mecânico e tridimensional, que reproduz a anatomia do aparelho digestivo alto a partir de orifícios naturais, utilizando materiais de baixo custo e

**MÉTODO:** Utilizados tubos e conexões de PVC, canos sifonados e estruturas de plástico e madeira. Uma luva de 6", um joelho 45º de 6" e um redutor extrínseco de 6" para 4" adaptado, formaram o estômago. Estruturas de madeira foram confeccionadas para fechar o sistema e fazer a sustentação do simulador. Canos sifonados compuseram o esôfago, bulbo e segunda porção duodenal. Adaptado luvas plásticas, ao esôfago distal, para representar varizes e uma tampa plástica previamente modelada, simbolizava papila duodenal e vias biliares.

**RESULTADOS:** Aprender manusear o aparelho e aprimorar os reflexos psicomotores para a execução do exame, no paciente real, sob sedação, podendo acarretar eventos adversos ao doente, gera traumas psicológicos e stress no desenvolvimento do aluno, dificultando o seu aprendizado. Estudo de 2003, concluiu que as taxas de complicações e insatisfação do cliente era maior 30 dias após o ingresso de novos fellows comparado ao final do ano letivo. Existem diversos simuladores confeccionados a partir de inúmeros materiais, sejam modelos mecânicos, com tecidos animais ou que utilizam a realidade virtual. Modelos mecânicos são úteis no desenvolvimento inicial do trainee, já os outros tipos, são importantes no treinamento de técnicas específicas para profissionais experientes.

Um dos empecilhos para a ampla utilização dos simuladores, é o alto investimento financeiro que estes geram para a instituição, para isso, desenvolvemos o simulador mecânico para treinamento de endoscopia digestiva alta com realização de biópsias, ligaduras elásticas e polipectomias com alça.

**CONCLUSÃO:** O simulador supracitado pode ser confeccionado com materiais de baixo custo e fácil reprodução, criando um ambiente livre de riscos e stress, seu uso permite o desenvolvimento mais rápido do aluno, principalmente quando no início do aprendizado.

**CONTATO AUTOR:** JULIA MAYUMI GREGORIO | [juliaendoscopia@gmail.com](mailto:juliaendoscopia@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102281 – Atingir uma hemoglobina mínima de sete na hemorragia digestiva alta aguda para segurança do paciente na endoscopia digestiva

**AUTORES:** Lalluna Gabriele Pinheiro Brandão (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Thiago Guimarães Vilaça (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Julyanne Luize de Lima Rios Castro (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Marcos Paulo Gomes de Mattos (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Gustavo Jose Carneiro Leão Filho (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hemorragia digestiva alta (HDA) aguda é uma condição comum, com morbimortalidade significativa, especialmente no idoso e nos pacientes com comorbidades. As causas mais comuns são não varicosas, como úlceras pépticas. O manejo requer uma abordagem em etapas, envolvendo fatores clínicos, como hospitalização, transfusão sanguínea e medicamentos, e fatores endoscópicos.

**OBJETIVO:** Colaborar com a educação de profissionais de saúde acerca da necessidade de nível mínimo de hemoglobina para segurança do paciente em vigência de HDA para realização de procedimento endoscópico.

**MÉTODO:** Orientações de serviço de endoscopia de hospital terciário baseadas em protocolos internacionais e pesquisa direcionada para últimas publicações sobre valor mínimo de hemoglobina em HDA.

**RESULTADOS:** No sangramento agudo, a evolução para choque hemorrágico pode levar à falência de múltiplos órgãos e morte. Os valores de hemoglobina podem inicialmente permanecer inalterados devido ao tempo de equilíbrio do plasma, devendo ser monitorizados de forma sequencial. Diversos protocolos consideram um nível de hemoglobina mínima entre 7 - 8 g/dL e incentivam o profissional a considerar outros fatores para início de hemotransfusão, como distúrbios cardiovasculares, idade, estado hemodinâmico e presença de sangramento contínuo exsanguíneo; adotando uma estratégia transfusional restritiva. A transfusão não deve ser ditada apenas pelo nível atual de hemoglobina, mas deve levar em consideração a queda prevista e o estado clínico. Transfusões excessivas devem ser evitadas; em contrapartida, a ausência de transfusão, quando indicada, traz riscos para o paciente depletado, que pode continuar sangrando durante o procedimento endoscópico, aumentando o risco de não ser capaz de suprir a perfusão e a oxigenação dos tecidos, enquanto as medidas terapêuticas são tomadas. A hemoglobina mínima de 7 g/dL ajuda a garantir um delta de resgate, aumentando as chances do paciente na situação de manutenção do sangramento. Ainda, reduz os riscos dos efeitos adversos da sedação, como depressão respiratória, diminuindo a chance de intubação, em alguns casos.

**CONCLUSÃO:** A abordagem adequada da HDA aguda é claramente sensível aos recursos organizacionais, profissionais e tecnológicos, que podem representar uma barreira para o manejo. De acordo com os protocolos atuais, manter a hemoglobina mínima de 7 g/dL parece ser uma medida eficaz para reduzir complicações no tratamento endoscópico. A disseminação desse conhecimento é fundamental para melhoria dos resultados.

**CONTATO AUTOR:** LALLUNA GABRIELE PINHEIRO BRANDAO CABRAL DA COSTA | lallunabrandao@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104235 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE INTRAPROCEDIMENTO EM ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA NO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

**AUTORES:** Lucas Martins Freire (UFPeI - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Marina de Borba Oliveira Freire (UFPeI - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Elza Cristina Miranda da Cunha (UFPeI - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Lysandro Alsina Nader (UFPeI - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A esofagogastroduodenoscopia (EGD) é um procedimento amplamente indicado ao redor do mundo para o diagnóstico e tratamento de doenças do trato digestivo superior. Nesse contexto, a avaliação de qualidade dos exames endoscópicos tem se tornado alvo de diversos estudos com o objetivo de melhorar a segurança do paciente.

**OBJETIVO:** Este estudo busca revisar as evidências disponíveis até o momento e, a partir delas, avaliar a qualidade da EGD oferecida no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), com foco nos indicadores de qualidade intraprocedimento, através da an

**MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal, com análise retrospectiva dos laudos de todas EGD realizadas entre março a dezembro 2020 no Hospital Escola da UFPeI. Os laudos foram avaliados quanto aos aspectos técnicos da realização do exame, como a descrição adequada do esôfago, estômago e duodeno; incluindo a visualização da segunda porção duodenal e a realização de manobra de retrovisão. Também foram avaliados os diagnósticos e tratamentos realizados através da EGD, que determinam outros indicadores de qualidade.

**RESULTADOS:** Foi analisado um total de 793 laudos, 59,3% da amostra eram pacientes do sexo feminino. A mediana de idade foi de 59 anos. A taxa geral de exames completos foi de 96,4%. Em relação aos diagnósticos, dos pacientes com esôfago de Barrett, 58,3% tiveram as medidas adequadamente descritas e 91,7% fizeram biópsias da área de suspeita de epitélio metaplásico. Identificadas varizes esofágicas em 6,8% dos exames, em todos os casos classificados adequadamente em relação ao calibre. A prevalência de hérnia hiatal foi de 14,9%, e em 56,5% das vezes a hérnia teve sua medida adequadamente descrita. Úlceras pépticas foram identificadas em 7,4% dos exames e em 93% dos casos foi descrita ao menos uma das características que permitiam a utilização da classificação de Forrest. Entre os pacientes com úlcera duodenal, a taxa geral de realização de pesquisa de *H. pylori* foi de 79,4%.

**CONCLUSÃO:** A importância da avaliação da qualidade do serviço para a realização de planejamento específico para melhoria dos pontos a serem corrigidos é clara. Além disso, é fundamental destacar os indicadores que superaram os alvos preconizados, devendo estes serem tratados como conquistas da equipe de endoscopia, servindo de motivação aos profissionais do setor na busca da correção das falhas identificadas, visando atingir um nível ainda maior de excelência no cuidado oferecido ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS MARTINS FREIRE | [lucasm.freire@icloud.com](mailto:lucasm.freire@icloud.com)

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

**1104269 – Desfechos clínicos desfavoráveis em pacientes com hemorragia digestiva alta num hospital público do Distrito Federal.**

**AUTORES:** ANA PAULA SILVA PEREIRA LOPO ( SES DF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), KAMEL TANGARI WAZIR (SES DF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), EDUARDO NASSER VILELA (SES DF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A endoscopia digestiva alta pode ser diagnóstica e terapêutica em pacientes com hemorragia digestiva alta, substituindo cirurgias, reduzindo riscos e custos.

**OBJETIVO:** Identificar o perfil clínico de pacientes (sexo, idade, comorbidades, etiologia de sangramento e tempo de internação) com hemorragia digestiva alta e realização de endoscopia, no período de janeiro a dezembro de 2016 em um hospital público, confrontando c

**MÉTODO:** Trata-se de estudo retrospectivo, transversal e descritivo, aprovado no Comitê de Ética, a partir da análise de prontuário eletrônico de pacientes com diagnóstico de hemorragia digestiva alta, documentada por endoscopia digestiva alta realizadas em um hospital público do Distrito Federal, de janeiro a dezembro de 2016.

Foram analisados sexo, idade, comorbidades principais, manifestações clínicas, diagnóstico e indicação de endoscopia, etiologia do sangramento, classificação segundo Forrest e aplicação de Escore de Rockall para estratificação, medidas terapêuticas empregadas, ressangramento, necessidade transfusional, choque hipovolêmico / necessidade de drogas vasoativas, tempo de internação e incidência de óbitos.

**RESULTADOS:** O perfil dos pacientes com hemorragia digestiva alta foi semelhante ao da literatura - geralmente idosos e na maioria homens. A hemorragia varicosa além de maior necessidade de procedimento hemostático foi mais associada a ressangramentos e, em pacientes em que foi realizada terapêutica endoscópica, houve maior taxa de ressangramento.

Quanto à hemorragia não varicosa, o Escore de Rockall acima de 5 pontos foi mais evidente em idosos e implicou na necessidade de droga vasoativa/ choque hipovolêmico, na necessidade de transfusão e em tempo de internação superior a 30 dias. Houve significância estatística entre idosos e necessidade de transfusão.

Acarretaram uma maior taxa de óbitos a necessidade de droga vasoativa / choque hipovolêmico, o ressangramento e a hemorragia decorrida durante internação por outra causa primária, sendo esta última associada também ao tempo de internação superior a 30 dias. O escore de Rockall não se correlacionou com o prognóstico de ressangramento, mas para a mortalidade o desempenho foi considerável, o que já foi evidenciado em outros estudos.

**CONCLUSÃO:** Em nossa pesquisa, nenhum caso necessitou de cirurgia, o que sugere como efetivos o tratamento farmacológico precoce e endoscopia diagnóstica e terapêutica para hemostasia, deixando o tratamento cirúrgico como última opção.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA DA SILVA PEREIRA LOPO | lopinhamg2411@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104302 – AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DO TESTE RÁPIDO DA UREASE GUIADO POR CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DA MUCOSA GÁSTRICA PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO POR *Helicobacter pylori*: UM ESTUDO PROSPECTIVO.

**AUTORES:** Wemerson Geraldo Queiroz Filho (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Rafael Krieger Martins (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), André Luis Fernandes (Instituição de Medicina Integrada, Centro do Aparelho Digestivo - Toledo - Paraná - Brasil), Ruan Kelvin Wink Schell (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Carolina Kosako Tanzawa (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Igor Dal Pozzo da Costa (Universidade Federal do Paraná - Toledo - Paraná - Brasil), Milena Queiroz (Universidade de Rio Verde - Rio Verde - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O estudo tem como motivação demonstrar que o teste rápido da urease (TRU) para o diagnóstico da infecção por *H. pylori* é eficaz com menores quantidades de biópsias.

**OBJETIVO:** Verificar qual a região do estômago com maior sensibilidade para detecção do *H. pylori* e sugerir a melhor quantidade de biópsias, com base nas características da mucosa gástrica na endoscopia. Além disso, relatar aspectos endoscópicos dos pacientes infect

**MÉTODO:** Estudo analítico e prospectivo envolvendo 24 pacientes encaminhados para EDA, independente da queixa. Os critérios de exclusão foram a idade acima de 60 anos e abaixo de 18 anos, além de uso de IBP nos últimos 15 dias. Todos os exames sendo realizadas pelo mesmo endoscopista. Foram coletadas 9 biópsias da mucosa para a realização do TRU e análise anatomopatológica (AP). Dessas 9, 5 foram destinadas ao TRU, sendo divididas em 3 subgrupos de acordo com a topografia: 1. 2 em antro; 2. 1 em antro e 1 em fundo; 3. 1 em antro. Coletados o tempo decorrido para positivar o teste, com limite máximo de 3 horas, e o resultado. As outras 4 biópsia destinadas à análise AP, padrão-ouro. Foram também coletados: idade, sexo, motivo do exame e características da mucosa. Calculados sensibilidade, especificidade e acurácia, além de teste quiquadrado de Pearson para correlacionar gastrite com TRU positivo.

**RESULTADOS:** Dentre os 24 pacientes, 4 eram homens e 20 mulheres. A epigastralgia foi a queixa mais frequente. À EDA: 14 pacientes (58,33%) se apresentaram com gastrite (9 gastrites antrais e 5 pangastrites) e 10 (41,66%) com achados normais. Os resultados do TRU positivaram em 14 pacientes, sem diferença de acurácia entre os grupos. Em 13 (92,85) o teste se positivou em até 30 minutos após a coleta e em 1, até uma hora. Após 1 hora nenhum teste positivou. No AP, 15 (62,50%) foram positivos. O TRU teve sensibilidade e especificidade encontrada de 93% e 100%, respectivamente. A acurácia do TRU foi de 95%, valores preditivo positivo e negativo de 100% e 90%, respectivamente. Os achados à EDA de gastrite e os resultados positivos do TRU tiveram associação positiva significativa, com o p valor= 0,017.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a acurácia do TRU é mantida com uma quantidade menor de biópsias, não sendo necessárias mais que uma amostra do antro gástrico para coleta do teste, independente das características da mucosa à EDA. Além disso, não é necessário aguardar tempo maior que uma hora após a coleta do exame.

**CONTATO AUTOR:** WEMERSON GERALDO DE QUEIROZ FILHO | wemersonfilho84@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104322 – Comparação da terapia endoscópica convencional e Z-POEM no tratamento do Divertículo de Zenker

**AUTORES:** Gabriele da Silva (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil), Flávio Heuta Ivano (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil), Gabriela Redivo Ströher (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil), Daniella Khouri Fernandes (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil), Vitor Cassal da Cunha (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR - Curitiba - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Com a modernização da medicina há a possibilidade de tratamento cirúrgico de diversas condições por meio de métodos minimamente invasivos. Nesse cenário, o Z-POEM (do inglês, peroral endoscopic myotomy for Zenker's Diverticulum) surge como uma técnica promissora que utiliza o terceiro espaço (submucoso) para promover visualização precisa do septo diverticular e, com sua secção completa, reduzir o número de sintomas recorrentes, a morbidade e a mortalidade dos pacientes portadores do Divertículo de Zenker.

**OBJETIVO:** Objetivo primário foi comparar a casuística endoscópica convencional e a abordagem por meio do Z-POEM em pacientes diagnosticados com Divertículo de Zenker, com resolução com menor número de sessões. Objetivo secundário foi analisar a incidência de compli

**MÉTODO:** Pesquisa inicialmente de caráter longitudinal prospectivo observacional para coleta dos dados e acompanhamento dos pacientes submetidos ao Z-POEM entre setembro de 2020 e maio de 2021, seguida por análise retrospectiva do prontuário eletrônico dos pacientes submetidos ao tratamento convencional entre 2016 e 2020. A fim de quantificar a atual disfagia dos pacientes foi realizado contato via telefone para graduação de acordo com a classificação de Dakkak e Bennett. Ao final foi realizada comparação estatística sobre a evolução dos pacientes em ambas as técnicas, buscando aquela com menor número de sintomas recorrentes, menor morbimortalidade, menor número de sessões e de complicações.

**RESULTADOS:** 17 pacientes participaram do estudo, sendo 13 abordados pela técnica convencional e 4 pelo Z-POEM. 75% dos pacientes do primeiro grupo apresentavam algum grau de disfagia pré-procedimento enquanto 100% do segundo grupo a apresentaram, além de outros sintomas associados (como tosse crônica e engasgos frequentes). Quanto às taxas de sucesso, a terapia convencional alcançou 90,9% após mais de uma sessão e o Z-POEM 75% em sessão única. Eventos adversos graves foram constatados em 15,4% dos pacientes da terapia convencional.

**CONCLUSÃO:** Z-POEM é uma técnica segura e eficaz que, ao permitir melhor visualização do septo muscular, em uma única sessão é capaz de promover a melhora do quadro, além de que apresenta menor taxa de recorrência dos sintomas e atribui menor morbimortalidade aos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELE DA SILVA | gaabi.silva@hotmail.com.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104324 – Casuística da terapia endoscópica à vácuo (EVT) para tratamento de fístulas de esôfago e estômago

**AUTORES:** Gabriela Redivo Ströher (Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - Curitiba - Paraná - Brasil), Flávio Heuta Ivano (Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - Curitiba - Paraná - Brasil), Leandro Yoshimi Kashiwagui (Hospital Universitário Cajuru (HUC) - Curitiba - Paraná - Brasil), Gabriele da Silva (Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - Curitiba - Paraná - Brasil), Daniella Khouri Fernandes (Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - Curitiba - Paraná - Brasil), Vitor Cassal da Cunha (Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) - Curitiba - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As fístulas esofágicas e gástricas são rupturas totais da parede gastrointestinal e resultam em uma comunicação anormal entre as superfícies acometidas. Apresentam diferentes etiologias e manifestações clínicas e, quando não manejadas adequadamente, tornam-se complicações graves e fatais. Diversos tratamentos estão disponíveis e nota-se um aprimoramento das técnicas endoscópicas minimamente invasivas. Um método promissor que está em estudo é a terapia endoscópica à vácuo (EVT), que consiste na aplicação de uma pressão negativa contínua na ferida por meio de uma sonda à vácuo trocada periodicamente.

**OBJETIVO:** Avaliar o uso da EVT no tratamento de fístulas esofágicas e gástricas em pacientes de hospitais de referência em Curitiba, Paraná.

**MÉTODO:** Realizou-se uma pesquisa descritiva a partir de sete pacientes submetidos à uma terapia endoluminal à vácuo modificada no manejo de fístulas de esôfago e estômago, no período de fevereiro de 2019 a maio de 2021. As variáveis de interesse foram observar a cicatrização dos defeitos, o tempo de tratamento e a presença de possíveis complicações. Tal terapia foi executada no setor de endoscopia, onde confeccionava-se um sistema de vácuo endoluminal em uma sonda nasogástrica, em que sua ponta era envolvida com uma gaze e recoberta com um plástico perfurado. Tal sonda passava-se pela narina do paciente e era inserida na cavidade ou ao lado do orifício fistuloso, sendo trocada periodicamente. Os dados coletados dos prontuários foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados pelo programa computacional IBM SPSS Statistics v.26.0.

**RESULTADOS:** A terapia endoscópica à vácuo permitiu um ideal fechamento das fístulas esofágicas e gástricas em 100% dos pacientes submetidos ao estudo, com nenhum deles apresentando complicações pelo método. A média etária dos pacientes foi de  $57,7 \pm 14,3$  anos, sendo que 85,7% deles ( $n=6$ ) apresentaram fístula esofágica e 14,3% ( $n=1$ ) fístula gástrica. O número médio de sessões endoscópicas realizadas para a correção do defeito foi de  $4,6 \pm 1,5$  e a duração média do tratamento foi de  $19 \pm 10,7$  dias.

**CONCLUSÃO:** A EVT permitiu um ideal fechamento das fístulas sem apresentar complicações aos pacientes, o que coincide com os relatos encontrados na literatura, parecendo ser um método viável, seguro e eficaz para o manejo de tais defeitos.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA REDIVO STROHER | [g.stroher@hotmail.com](mailto:g.stroher@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104401 – Innovations in endoscopic vacuum application for esophagogastric anastomosis: Prophylactic approach.

**AUTORES:** Hugo Gonçalo Guedes (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Beatriz OLIVEIRA VIANA (Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Isabela Santos Rossignaux Vieira (Centro Universitário de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Humberto Alves Oliveira (Hospital Sírio-Libanês de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Antônio Cláudio Dias Amaral (Hospital Sírio-Libanês de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Arnaldo BEATRIZ Nacarato (Hospital Sírio-Libanês de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Vacuum endoscopic therapy is a minimally invasive approach, which aims to treat severe postoperative complications, such as anastomotic fistulas, fistulas and perianastomotic collections, avoiding a new surgical approach. This therapy consists of applying negative pressure with a sponge on the wound in order to accelerate the healing process, improving perfusion, microdeformation, macrodeformation and bacterial control. Therefore, its prophylactic use, especially in high-risk patients, aims to prevent these possible complications.

**OBJETIVO:** Evaluate the effectiveness of using endoscopic vacuum therapy prophylactically in patients undergoing esophagectomy.

**MÉTODO:** We performed a prospective study with prophylactic application of endoscopic vacuum in patients over 18 years of age who underwent total esophagectomy with gastric tube reconstruction from July 2020 to January 2021, developed by a single thoracic surgery and endoscopy group in the city of Brasilia.

The patients underwent endoscopic evaluation of the anastomosis, immediately after making the esophagogastric anastomosis. Those with integration of the anastomosis and without complications were submitted to the application of prophylactic vacuum endoscopic treatment, using a triple lumen probe with a polyurethane sponge and application of 125 mmHg, continuous and high intensity negative pressure. Endoscopic review was scheduled for 5 days. Patients with anastomosis had therapy terminated and those with ischemia or leakage continued with EVT until they were healed.

**RESULTADOS:** Intraoperative prophylactic VTE after esophagectomy was performed in 5 patients at a Brazilian tertiary center. Patients had a mean follow-up of 54.6 days (ranging from 23 to 80 days). In all patients, endoscopy was performed for post-surgical evaluation. No complications were observed. Median PEVT duration was 9 days (range 5-65) and median 1 sponge change (range 0-12). Of the 5 patients, 2 developed anastomotic leak, which resolved with continued EVT.

**CONCLUSÃO:** The use of intraoperative PEVT helps in the primary prophylaxis of anastomosis complications, especially in patients who are at an increased risk of developing them. In addition, the use of the triluminal artisanal device allows enteral feeding and negative pressure with a single technique.

**CONTATO AUTOR:** BEATRIZ OLIVEIRA VIANA | [beatrizoliveirav23@gmail.com](mailto:beatrizoliveirav23@gmail.com)



## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104464 – Aspectos epidemiológicos, indicações e desfechos de gastrostomias endoscópicas de pacientes do Hospital Geral de Goiânia.**

**AUTORES:** Fanny Gonçalves Morais Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) foi realizada pela primeira vez, com sucesso, em 1979 pelo Dr. Gauderer et. al e por sua praticidade se tornou o principal suporte de cuidados nutricionais para pacientes com disfunção da deglutição. Em comparação com a alimentação por via sonda nasoentérica, o uso da GEP diminui a incidência de complicações.

**OBJETIVO:** No cenário de Goiás, há uma escassez de estudos que avaliem o perfil epidemiológico destes pacientes, desta forma o desenho deste perfil, permite-se que sejam feitas intervenções efetivas na assistência á saúde deste público, resultando em melhor qualidade

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo analítico transversal com coleta de dados em prontuários de pacientes submetidos à confecção de gastrostomia endoscópica percutânea em 2015 – 2019, no serviço de Gastroenterologia e Endoscopia do Hospital Geral de Goiânia, sendo excluídos os indivíduos menores que 18 anos e os que fizeram como primeiro procedimento, a troca da sonda. Foram avaliadas as variáveis como: gênero, faixa etária, indicação da gastrostomia, complicações e desfecho clínico e apresentadas em tabelas e gráficos.

**RESULTADOS:** No período a GEP foi realizada em 172 pacientes, foram excluídos 2 (1,16%) por serem menores que 18 anos. Os 170 (98,8%) restantes compuseram nossa população de estudo. A maioria foram do gênero masculino (52,9%), na faixa etária dos 80 – 89 anos, as doenças cerebrovasculares, dentre elas o acidente vascular encefálico, foram as patologias que acometiam 42,9% dos pacientes, 64,1% estavam em cuidados paliativos, 4,7% apresentaram alguma complicação da GEP e a alta hospitalar foi o desfecho clínico de 74,7% dos pacientes.

**CONCLUSÃO:** É de extrema importância reconhecer em nosso serviço o perfil do paciente submetido a GEP, afinal devemos questionar os benefícios de submetê-lo a um procedimento endoscópico invasivo, considerando prognóstico reservado e possibilidade do paciente manter uma via de nutrição alternativa e temporária como a SNE. Neste caso, a avaliação em conjunto com a esfera dos cuidados paliativos, abordagem esta que valoriza a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais dos pacientes e familiares diante do adoecer, possibilita um olhar individualizado, levando em consideração os fatores clínicos, biopsicossociais e com objetivo final, melhora da qualidade de vida do paciente.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | [americossilverio@hotmail.com](mailto:americossilverio@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 102105 – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DE HOSPITAL TERCEÁRIO: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

**AUTORES:** Thales Marques Corrêa (Santa Casa de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Victoria Telles Vieira Celia (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Leticia Machado Baptistella (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Norberto Katsumi Osaki (Santa Casa de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), João Luiz Brisotti (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Com evolução dos aparelhos de endoscopia digestiva alta (EDA), foi possível a avaliação do tubo digestório alto em pacientes na pediatria, que possui características próprias de indicação (processos congênitos, infecciosos, inflamatórios, metabólicos), sendo a principal indicação terapêutica a retirada de corpo estranho, sempre considerando seus riscos e benefícios. Ademais, destaca-se a infecção por *Helicobacter pylori* (Hp) que ocorre na primeira infância, podendo acarretar comprometimento futuro.

**OBJETIVO:** Analisar as indicações e diagnósticos de EDA em pacientes pediátricos em nível de hospital terciário.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo, descritivo de 1261 exames endoscópicos de 2019, incluindo pacientes ambulatoriais e internados com amostra definida por conveniência. (CEP - CAAE 39743020.3.0000.5378).

**RESULTADOS:** Do total de exames, na faixa etária de 1 a 18 anos, foram avaliados 39 pacientes, com média de 13 anos, sendo a maioria do sexo feminino (26 pessoas – 66,6%). As indicações consistiram de: dor epigástrica (64%), doença do refluxo gastroesofágico (15%), dispepsia (2%), hemorragia digestiva alta - HDA (2%), distúrbios alimentares (2%), corpo estranho (2%), halitose (2%), controle de infecção por Hp (2%), esofagite eosinofílica (2%) e pós-gastroplastia (2%). Com achados diagnósticos: gastrite (61%), com predominância de quadros moderados e leves (91%), gastrite erosiva (4%) e pangastrite (4%). A bulboduodenite teve achados relevantes (7,7%), já a esofagite foi vista em 2,5% dos casos.

Correlacionando a sintomatologia, dos 25 pacientes com dor epigástrica, 96% confirmaram diagnóstico de gastrite. HDA também correlacionou-se com o mesmo diagnóstico. A presença de Hp foi pesquisada em 22 pacientes (56,4%) e foi positiva em 9,1% destes, dos quais todos com gastrite.

**CONCLUSÃO:** A principal indicação de EDA, como visto em outros estudos, foi dor abdominal. Apesar de maior incidência no sexo masculino, a esofagite eosinofílica no estudo contrariou o esperado. O rastreamento endoscópico de Hp não é rotineiro em pacientes pediátricos, entretanto situações específicas (dor abdominal persistente) sugerem a necessidade, sendo a principal indicação nesta análise, embora tendo sido observado elevado índice negativo. No presente estudo a não observação de úlceras ocorreu como o esperado. Portanto, os exames endoscópicos pediátricos, mesmo sendo realizados em situações específicas, contribuem para adequado tratamento das afecções nessa faixa de idade.

**CONTATO AUTOR:** THALES MARQUES CORREA | thales.marques@hotmail.com.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 1104399 – AVALIAÇÃO DAS INDICAÇÕES, RESULTADOS E COMPLICAÇÕES DA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**AUTORES:** Jose Andrade Franco Neto (IAG - Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Paulo Fernando Soutto Bittencourt (IAG - Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Simone Diniz Carvalho (IAG - Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Alexandre Rodrigues Ferreira (IAG - Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcus Vinicius Gonçalves Moreira (IAG - Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) é um procedimento que consiste na comunicação entre o estômago e o meio exterior através de uma fístula artificial, realizada por meio endoscópico, capaz de oferecer nutrição enteral para pacientes pediátricos e adultos.

**OBJETIVO:** Avaliar quais são as principais indicações e complicações dos pacientes pediátricos submetidos à GEP e o impacto no quadro nutricional dos pacientes submetidos à GEP para complementação nutricional, por meio da comparação de peso, IMC e estatura.

**MÉTODO:** Estudo observacional e retrospectivo de 152 crianças e adolescentes submetidos à GEP do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG, no período de janeiro/2003 a dezembro/2018. Foram incluídos pacientes com até 18 anos de idade na época do procedimento. As complicações relacionadas ao procedimento foram divididas em imediatas menores e maiores. Os pacientes com indicação de GEP por complementação nutricional foram avaliados quanto ao ganho de peso, estatura e IMC, utilizando-se o escore Z no dia do procedimento, na sequência de 6 meses, 1 ano e 2 anos.

**RESULTADOS:** As indicações foram: distúrbio de deglutição de causa neurológica (67,1%), complementação nutricional (25%), distúrbio de deglutição de origem mecânica (6,6%) e descompressão gástrica (1,3%). Complicações imediatas ocorreram em 10,5% dos casos, complicações menores em 57,8% e maiores em 9,8% dos casos. A técnica de tração correspondeu a 92,1% e de punção a 7,9%. A taxa de óbito foi de 1,3%. Dos 152 pacientes, 38 necessitavam de complementação nutricional. Nesses, observou-se acréscimo gradual tanto do índice de massa corporal quanto do peso, com variação da média  $p=0,034$  e  $p=0,0105$ , respectivamente, principalmente em pacientes renais

crônicos. A evolução da estatura não variou significativamente, ( $p=0,543$ ).

**CONCLUSÃO:** A GEP demonstrou ser uma opção vantajosa como via de alimentação acessória em pacientes pediátricos, tendo como principais indicações a disfagia de causa neurológica e necessidade de complementação nutricional, com baixa prevalência de complicações maiores e mortalidade. O presente estudo mostrou, ainda, a importância da GEP em pacientes com necessidade de complementação nutricional, possibilitando aos pacientes passarem do estado de desnutrição para o estado eutrófico.

**CONTATO AUTOR:** JOSÉ ANDRADE FRANCO NETO | franconeto2@yahoo.com.br

## Endoscopia - Miscelânea

### 102150 – EFICÁCIA DO USO ENDOSCÓPICO DO CLIPE DE ESPESSURA TOTAL PARA TRATAMENTO DE DEFEITOS COMPLEXOS DO TRATO GASTROINTESTINAL

**AUTORES:** Brenda Miranda Aidar (Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Hugo Gonçalo Guedes (Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Rafael Ronniele Cândido Cardoso (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Giovanna Veríssimo Brandizzi (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Técio Araújo Couto (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Rodrigo Barbosa Villaça (Hospital das Forças Armadas - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Eduardo Nasser Vilela (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os defeitos transmurais do trato gastrointestinal (TGI) são um grupo diversificado de lesões e os cliques são a modalidade endoscópica mais usada no fechamento de perfurações gastrointestinais. Nos últimos anos o uso de cliques de espessura total (Padlock®) se expandiu para incluir tratamentos de vários defeitos do trato gastrointestinal. Uma revisão sistemática mostrou que a aplicação destes cliques é segura e eficaz para controlar hemorragia gastrointestinal, perfuração, deiscências anastomóticas e defeitos criados por ressecção endoscópica.

**OBJETIVO:** Descrever a eficácia do uso endoscópico do clipe de espessura total para tratamento de defeitos complexos do trato gastrointestinal.

**MÉTODO:** Estudo multicêntrico nacional, com relato de uma série de casos retrospectiva, baseado na análise de casos de pacientes que realizaram o tratamento em Brasília-DF. Incluídos pacientes adultos com defeitos do trato gastrointestinal e que foram submetidos a tratamento endoscópico com clipe de espessura total.

**RESULTADOS:** Foram coletados dados de 10 pacientes que possuíam defeito do TGI e que foram tratados com Padlock®, sendo cinco deles do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A idade variou entre 28 e 62 anos. Todos os defeitos do TGI encontrados foram fístulas decorrentes de complicação pós-operatória, nos quais incluíram fístulas retovaginal, esofagopleural, gastropleural, gastrogástrica, esofagoperitoneal, gastroperitoneal, gastrocólica e gastrobrônquica. O tamanho das fístulas variou entre 0,13 e 2,5 cm, e tempo de evolução de 7 a mais de 365 dias. Oito casos obtiveram sucesso técnico na aplicação do clipe, sete tiveram resposta clínica precoce (< 30 dias) e cinco tiveram sucesso clínico tardio (> 30 dias). Nenhum paciente apresentou complicações relacionadas a aplicação do clipe e em apenas dois casos foram utilizados dois cliques para a mesma fístula, um deles devido tamanho > 2,0 cm e outro devido falha na aplicação do primeiro clipe. Não foram observadas diferenças nos desfechos dos casos quando comparados os perfis dos pacientes em relação ao sexo, idade ou estado nutricional.

**CONCLUSÃO:** Apesar da pequena amostragem, este trata-se de um dos maiores trabalhos da literatura que descrevem a aplicação do Padlock® no tratamento de fístulas do trato gastrointestinal, com resultados que mostram bom sucesso clínico inicial e possivelmente, bons resultados tardios.

**CONTATO AUTOR:** BRENDA MIRANDA AIDAR | [brenda.aidar.med@gmail.com](mailto:brenda.aidar.med@gmail.com)

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104528 – Dissecção endoscópica submucosa: Uma série de casos.

**AUTORES:** Sergio Ricardo Spinosa (Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Gilberto Ivanaga Neto (Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Felipe Bays Favareto (Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Lucas Deniz Kemp (Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Matheus Santos (Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O amplo uso da endoscopia levou a um aumento no diagnóstico de lesões de crescimento lateral (LST), pré- neoplásicas e neoplasias precoces, do aparelho digestivo. A ressecção endoscópica em bloco dessas lesões melhora a acurácia da avaliação histológica e tem potencial curativo para neoplasias com pouca ou nenhuma invasão da submucosa. A Dissecção Submucosa Endoscópica (ESD) permite a remoção em bloco de lesões mais extensas, principalmente aquelas maiores do que 20 mm. Neste artigo foi feita uma revisão dos casos de ESD realizados em nosso serviço de dezembro/2017 a junho/2021.

**OBJETIVO:** Analisar taxas de ressecabilidade, margens livres de lesão e complicações de ESD.

**MÉTODO:** Para este trabalho foi utilizado a metodologia de análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos a ESD no período de dezembro/ 2017 a junho/ 2021. Verificados o local, o tipo de lesão, tamanho, tempo de procedimento, anatomopatológico, lesões removidas em monobloco e taxas de complicação.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 86 pacientes, dentre os quais 26 (30,2%) eram do sexo masculino e 60 (69,7%) eram do sexo feminino. Lesões apresentavam tamanho mínimo de 6mm em seu maior eixo, e máximo de 130mm. O cólon foi o local mais frequente com 64 (74,4%) pacientes, seguido pelo estômago 14 (15,1%) duodeno 6 (6,9%) e esôfago 2 (2,3). Os subtipos mais comuns de LST foram o granular homogêneo (38,3%), seguido do não granular (31,3%), lesões subepiteliais (11,6%) e nodular misto (10,4%). Foi possível a ressecção em bloco em 88,3% das lesões, em 9,3% as ressecções foram em fragmentos e 3,4% não foi possível a ressecção endoscópica. Um (1,1%) paciente não terminou procedimento por fibrose submucosa e dificuldade na progressão da dissecção. Foi utilizada hemostasia térmica em 48 (55,8%), mecânica em 21(24,4%) e ambas em 16 (18,6%) pacientes. Nenhum paciente precisou de reabordagem para hemostasia. Dois pacientes apresentaram quadro compatível com perfuração no primeiro pós operatório , foram submetidos a cirurgia e evoluíram sem outras intercorrências. À histologia 20 pacientes (23,2%) apresentaram adenoma com displasia de alto grau e 17 (19,7%) adenocarcinoma, 4 (4,6%) tumor neuroendócrino, 45 (52,5%) outros tipos de lesão . Um destes apresentou margens profundas comprometidas, nos demais as margens estavam livres. O tempo médio de duração :foi de 2 horas e 19 minutos.

**CONCLUSÃO:** A ESD é um procedimento eficaz e seguro para ressecções em bloco de lesões pré- neoplásicas ou neoplásicas precoces, principalmente para as maiores que 20 mm.

**CONTATO AUTOR:** GILBERTO IVANAGA NETO | gilberto0013@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 100815 – Perfil dos pacientes com acalasia acompanhados em um hospital terciário

**AUTORES:** Carina de Oliveira Gregório Gregório (unichristus - fortaleza - Ceará - Brasil), Gardênia Costa do Carmo (unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Tatiana Pinheiro Dantas (unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Raissa Ferreira Facundo (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Sérgio Rangel de Paula Pessoa (HGF - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Acalasia é uma disfunção motora do esôfago caracterizada pela ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI). Ocorre com igual distribuição quanto ao gênero e à raça. Manifesta-se, principalmente, entre os 20 e 60 anos. Um dos principais sintomas é a disfagia de progressão lenta em geral, tanto para sólidos quanto para líquidos, além de tosse noturna, perda de peso, pirose e dor torácica. O diagnóstico é sugerido pelo quadro clínico, mas deve ser confirmado por uma combinação de exames como endoscopia digestiva alta, estudo radiológico contrastado do esôfago (esofagograma) e manometria esofágica. O tratamento pode ser farmacológico, porém esses não mostram respostas satisfatórias, e endoscópico através da injeção de toxina botulínica no esôfago distal, de dilatação da cárdia com balão de baixa complacência ou de miotomia peroral do esfíncter inferior (POEM).

**OBJETIVO:** Avaliar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com diagnóstico de Acalasia acompanhados no ambulatório em um hospital terciário.

**MÉTODO:** Estudo de coorte, retrospectivo, descritivo, com utilização de questionários pré-estruturados para coleta de informações a respeito do perfil epidemiológico, etiologia da acalasia, tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, escore de Eckardt inicial e da última consulta, principais sintomas apresentados ao diagnóstico, exames diagnósticos realizados, métodos terapêuticos utilizados e tempo de controle dos sintomas. Informações obtidas através de análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico de Acalasia atendidos no ambulatório de hospital terciário.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 30 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino, com idade média de 48 anos, tendo como principal comorbidade a HAS, com discreta prevalência da etiologia idiopática. Os pacientes apresentaram uma mediana de 4 no escore de Eckardt na primeira consulta, com um tempo médio de 7 anos entre o diagnóstico e os sintomas. A disfagia foi o principal sintoma. A EDA e esofagograma mostrou alterações compatíveis com acalasia na maioria dos casos. Em relação ao tratamento cirúrgico houve uma predominância de melhor resposta ao tratamento cirúrgico com cardiomiectomia à Heller (LMH).

**CONCLUSÃO:** A partir da coleta de dados, descobrimos um perfil epidemiológico e clínico, baseados nos resultados que mostram predominância em relação à idade, sexo, etiologia e sintomas. Essas informações podem ser usadas para orientar quanto a um possível perfil dos pacientes com acalasia.

**CONTATO AUTOR:** CARINA DE OLIVEIRA GREGORIO | carina\_og09@outlook.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 101876 – O PAPEL DO HELICOBACTER PYLORI NO DESENVOLVIMENTO DO ESÔFAGO DE BARRETT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. THE ROLE OF HELICOBACTER PYLORI IN THE DEVELOPMENT OF BARRETT'S ESOPHAGUS: A SYSTEMATIC REVIEW

**AUTORES:** Leonardo da Silva Lima (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil), Monick Piton (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil), Isadora Cristhine Costa Carneiro Lobato (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil), Marcella Guimarães Ignacchiti Lopes (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O Esôfago de Barrett é uma patologia pré-maligna do esôfago na qual ocorre uma substituição do epitélio escamoso estratificado normal pelo epitélio colunar com presença de metaplasia intestinal e essa transformação ocorre após um longo período de agressão da mucosa esofágica pelo refluxo gastrointestinal. O *Helicobacter Pylori* é um bacilo gram negativo que coloniza seletivamente o epitélio gástrico e está envolvido diretamente em uma série de doenças gastroduodenais.

**OBJETIVO:** O objetivo do presente estudo foi avaliar por meio de uma revisão sistemática o papel do *Helicobacter Pylori* no desenvolvimento do Esôfago de Barrett.

**MÉTODO:** Foram analisados os mais relevantes estudos publicados originalmente na língua portuguesa e inglesa nos últimos 10 anos, tendo como referência a base de dados MedLine (National Library of Medicine). Objetivando selecionar os estudos de maior evidência científica, foram utilizados apenas os ensaios clínicos e estudos observacionais.

**RESULTADOS:** Fizeram parte do escopo desta revisão oito artigos que demonstraram equivalência nos resultados em relação ao papel positivo e protetor do *Helicobacter Pylori* no desenvolvimento do Esôfago de Barrett, enquanto um artigo se posicionou contra os resultados alcançados.

**CONCLUSÃO:** De acordo com nossos resultados e com a maioria das conclusões disponíveis na literatura, ainda que o *Helicobacter Pylori* seja favorável à prevenção do Esôfago de Barrett, o bacilo é considerado a principal causa de gastrite crônica ativa e desempenha papel importante no desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico e de outras doenças gastroduodenais.

**CONTATO AUTOR:** LEONARDO DA SILVA LIMA | leolimafilho@hotmail.com

**102189 – PREVALÊNCIA DO EPITÉLIO DE BARRETT EM PACIENTES COM REFLUXO GASTROESOFÁGICO SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO GASTROCENTRO DA UNICAMP**

**AUTORES:** Isabella Augusti (UNICAMP - CAMPINAS - São Paulo - Brasil), Luiz Roberto Lopes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Dos pacientes com doença do refluxo gastroesfágico (DRGE), sabe-se que cerca de 10 a 15% apresentam esôfago de Barrett (EB) que é uma doença adquirida por conta da agressão crônica do ácido estomacal, levando à metaplasia intestinal pela substituição do epitélio escamoso endoscopicamente visível por mucosa glandular com presença de células caliciformes no esôfago distal. Através da endoscopia digestiva alta (EDA) é possível visualizar essa alteração e, somada à biópsia, pode haver a comprovação do diagnóstico de EB. De acordo com esses achados é possível classificar a metaplasia intestinal em Barrett curto, Barrett longo ou em ilha de mucosa de Barrett. Além disso, sabe-se que o EB apresenta um epitélio geneticamente instável com riscos para displasia e adenocarcinoma.

**OBJETIVO:** Definir a prevalência do EB em pacientes submetidos a EDA por conta da DRGE no Gastrocentro da UNICAMP e analisar a frequência dos sexos, da faixa etária, das etnias e a proporção de Barrett longo e curto. Além da comparação dos dados obtidos com o estudo

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo descritivo, do tipo transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa dos dados. A avaliação foi feita através do teste de Qui-quadrado e o nível de significância adotado para o estudo foi de 5%.

**RESULTADOS:** No período em questão 1389 pacientes realizaram EDA em decorrência da DRGE e 75 deles tiveram o diagnóstico de EB confirmado com biópsia. Dessa forma, a prevalência do Epitélio de Barrett no Gastrocentro da UNICAMP é de 5,4%. A prevalência de EB é 64% no sexo masculino, 86,7% na etnia branca e a faixa etária predominante é acima de 60 anos concentrando 56% dos pacientes. Além disso, 57,6% dos pacientes apresentaram Barrett curto e 38,7% apresentaram Barrett longo. Em 82,7% dos pacientes não havia displasia, enquanto 6,7% apresentavam adenocarcinoma.

**CONCLUSÃO:** A análise mostra que houve uma mudança na faixa etária entre 1997 e 2018, com aumento desta agora, concentrando a maior parte dos pacientes com idade acima de 60 anos. Além disso, não houve mudança significativa na distribuição por sexo, mantendo a prevalência no sexo masculino (64%). A prevalência é na etnia branca, assim como encontrado na literatura mundial. Além disso, segundo a literatura mundial, o risco de que o epitélio de Barrett evolua para um câncer foi de 0,2 a 2,9% ao ano, chamando a atenção que desses pacientes analisados 6,67% evoluíram para adenocarcinoma de esôfago, um número relativamente alto.

**CONTATO AUTOR:** ISABELLA AUGUSTI | i175253@dac.unicamp.br



**102195 – Tratamento para a Esofagite Eosinofílica em adultos: onde estamos?**

**AUTORES:** Gustavo Campanha Menon Carlos (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Camilla Martins Ginack (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Giovanna Iemini Costa (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lucas Martins Ribeiro Ferreira (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Antônio Duarte Cabral (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Isabella Moreira Alves de Souza (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Ethel Zimberg Chehter (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Esofagite eosinofílica (EEO) é um distúrbio gastrintestinal inflamatório, crônico, imuno-mediado, definido por  $\geq 15$  eosinófilos/campo de grande aumento, marcado por disfagia e impactação alimentar. Apesar da ascendência da taxa de prevalência, não há consenso ou regulamentação sobre seu tratamento.

**OBJETIVO:** Analisar os tratamentos disponíveis para a EEO e definir o melhor esquema terapêutico.

**MÉTODO:** Procuramos na base de dados PubMed, seguindo o método PRISMA, artigos sobre manejo clínico e tratamento da EEO. Eliminamos os que não respondiam ao objetivo, restando 28. Após análise dos resultados, foi feita uma discussão sobre cada tratamento e proposto o melhor esquema terapêutico.

**RESULTADOS:** Dos 28 artigos, 23 consideram a dieta elementar eficaz, com taxas de até 90,8% de remissão histológica; 14 classificam a dieta de eliminação por teste de alergia ineficaz, sendo 45,5% a taxa de remissão histológica; 17 consideram a dieta de eliminação empírica de 6 alimentos efetiva, mas restritiva e 3 apontam a de 2-4-6 alimentos como eficaz. Em 12 artigos a taxa de remissão por inibidor de bomba de próton (IBP) foi menor que 72%, não atingindo resposta terapêutica desejada. Esteroides tópicos apresentam bom resultado em 24 dos 26 artigos que foram citados. A dilatação endoscópica é considerada eficaz em 17 dos 20 artigos que foi citada. 10 classes de biológicos e imunomoduladores foram analisadas e apresentam resultados variados. Discussão: A dieta elementar, embora eficaz, enfrenta muitas limitações práticas e a guiada por teste de alergia não é indicada devido à ineficiência dos testes mediados por IgE. A dieta de eliminação empírica apresenta boa remissão clínico-histológica, sendo a de 2-4-6 alimentos a que possui maior adesão. Apesar da baixa eficácia, os IBPs são uma opção terapêutica, devido à fácil utilização. Os esteroides tópicos Budesonida e Fluticasona apresentam ótimas taxas de remissão, mas efeitos adversos devem ser considerados. Os biológicos estão em fase de teste, com resultados variados e pouco promissores. A dilatação endoscópica melhora os sintomas e quando utilizada deve ser associada a outras terapias.

**CONCLUSÃO:** A dieta de eliminação empírica de 2-4-6 alimentos é a primeira opção de tratamento, seguida pelos esteroides tópicos. Apesar da baixa efetividade, IBPs são uma opção terapêutica. A dilatação endoscópica pode ser utilizada para alívio de sintomas. O tratamento com biológicos precisa de mais pesquisas e é tido como perspectiva futura.

**CONTATO AUTOR:** GUSTAVO CAMPANHA MENON CARLOS | camps.gu@gmail.com

**102331 – TRATAMENTO ATUAL DO ESÔFAGO DE BARRETT. REVISÃO COMPREENSIVA**

**AUTORES:** Giulia D'Alessandro Sanzovo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Livia Furlan Bresciani (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marina Meneghesso Buonarotti (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Rodrigues Souza (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Rodrigues Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O Esôfago de Barrett (EB) é uma condição causada pela Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) em suas fases mais crônicas. Classicamente, cursa com uma metaplasia intestinal, principalmente na parte distal do esôfago. A causa dessa metaplasia são agressões contínuas à mucosa esofágica pelo suco gástrico, o qual tem características ácidas. A presença dessa condição está altamente relacionada ao aumento da incidência de adenocarcinoma de esôfago. Os dados epidemiológicos encontrados geralmente são subestimados. Contudo, estima-se que a prevalência seja 1 a 2% na população geral, podendo alcançar até 15% em pacientes que sabidamente tem DRGE.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão abrangente sobre as opções atuais de tratamento para o Esôfago de Barrett.

**MÉTODO:** Revisão de bases digitais utilizando as plataformas PubMed® e Scielo®, a partir de 2017, selecionando metanálises e revisões sistemáticas.

**RESULTADOS:** Os inibidores de bomba de prótons (IBP), já consagrados e eficientes no tratamento de DRGE, reduzem a acidez do suco gástrico e permitem uma regeneração da mucosa esofágica; porém, não apresentam nenhum efeito protetor definitivo a longo prazo. Diversos estudos mostram uma relação de proteção entre infecção por *H. pylori* e EB, porém, é necessário destacar que a infecção por essa bactéria é um fator de risco conhecido para adenocarcinoma gástrico não-cárdico. Um tratamento que se mostra eficiente é a ablação por radiofrequência; mais da metade dos pacientes alcança erradicação completa da metaplasia. Para aqueles em que essa terapia não proporciona melhora significativa, a crioterapia – principalmente após seções de ablação por radiofrequência – pode ser uma alternativa para erradicação ou redução da metaplasia, reduzindo assim, as chances de evolução para adenocarcinoma.

**CONCLUSÃO:** Considerando as publicações, diversos tratamentos estão sendo analisados e testados. Até o momento, apenas alguns tem eficácia comprovada em relação ao EB. Destacamos a ablação por radiofrequência. O uso de IBP, se mostra efetivo em curto prazo, mas há uma lacuna nas evidências para afirmar que seu uso pode ser aplicado a longo prazo.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Esôfago

### 102421 – CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESÔFAGO NA REGIÃO SUL DO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA

**AUTORES:** Bárbara Francческа Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A neoplasia maligna de esôfago (NME) é o sexto mais frequente entre os homens e o 15º entre as mulheres. No Brasil, a taxa de incidência varia entre 9,15 a 18,5 casos por 100.000 habitantes.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil de mortalidade por NME na região sul do Brasil, durante o período de 2010 a 2020, comparando a faixa etária, cor/raça e o sexo.

**MÉTODO:** Realizou-se, em maio de 2021, um estudo epidemiológico transversal utilizando a base de dados do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT), selecionando o painel de monitoramento da mortalidade CID-10, filtrando por neoplasia maligna de esôfago, ano, faixa etária, óbitos, cor/raça, região brasileira e sexo de 2010 a 2020.

**RESULTADOS:** No período estudado, no Brasil ocorreram 83.346 óbitos por NME, sendo 21.581 (26%) na região Sul. Deste número, registrou-se 7.005 (32%) óbitos no Paraná, 4.023 (19%) em Santa Catarina e 10.553 (49%) no Rio Grande do Sul. Por sexo, 5.009 (23%) feminino e 16.572 (77%) masculino. Por faixa etária, 1 (0,05%) óbito de 0 a 19 anos, 177 (0,95%) de 20 a 39 anos, 6.462 (33%) de 40 a 59 anos, 11.605 (53%) de 60 a 79 anos e 2.945 (14%) com 80 anos ou mais. Por cor/raça, 17.474 (81%) óbitos em brancos, 1.975 (9%) pardos, 1.428 (7%) pretos, 42 (0,4%) amarelos, 26 (0,1%) indígenas e 636 (2,5%) ignorados.

**CONCLUSÃO:** Na última década, o estado do Rio Grande do Sul teve maior prevalência de mortalidade por NME, quando comparado aos outros estados da região Sul. Ainda, o sexo masculino registrou maior óbito que o feminino. A faixa etária geriátrica de 60 a 79 anos dominou a mortalidade na região. Ademais, a cor/raça branca prevaleceu com maiores casos de mortalidade no sul do país.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104345 – Estudo piloto da prevalência de comorbidades em pacientes com megaesôfago chagásico em hospital terciário de Goiânia, GO

**AUTORES:** Arthur MAROT DE PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiania - Goiás - Brasil), Gabriel Baêta Branquinho Reis (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique de Ávila Perillo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença de Chagas (DC) é uma zoonose endêmica no Brasil, em que se estima que o número de infectados varia de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas. A DC pode causar diversas manifestações, acometendo o coração, esôfago e cólon, causando, respectivamente, a cardiomiopatia, o megaesôfago e o megacólon chagásicos. Estudos realizados, como os no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, e em Montes Claros, Minas Gerais, vêm procurando caracterizar as comorbidades apresentadas por pacientes com a forma crônica da DC. Todavia, poucos têm diferenciado os pacientes portadores de megaesôfago chagásico.

**OBJETIVO:** Descrever a prevalência de comorbidades em pacientes portadores de megaesôfago chagásico.

**MÉTODO:** Estudo transversal do tipo observacional descritivo retrospectivo em que se avaliou os prontuários de paciente atendidos no ambulatório de DC de hospital de referência em Goiânia, GO entre 2010 e 2020. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos maiores de 18 anos e portadores de megaesôfago chagásico. Foram excluídos os prontuários que não continham todos os dados necessários na coleta. Os dados foram tabulados e analisados utilizando o software Excel.

**RESULTADOS:** Foram analisados 401 prontuários, porém apenas 343 prontuários preencheram os critérios de inclusão. As comorbidades mais prevalentes nesses pacientes foram cardiomiopatia chagásica, presente em 49,56% dos pacientes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 46,6% e megacólon chagásico, presente em 32,56%. As doenças metabólicas dislipidemia, hipotireoidismo e diabetes mellitus tiveram a prevalência de 20,41%, 12,86% e 7%, respectivamente. A prevalência de doença do refluxo gastroesofágico foi de apenas 11,05%, de gastrite foi de 22,97% e úlceras digestivas foi de 1,46%. As doenças neurológicas, no entanto, tiveram as menores prevalências, visto que somente 0,29% dos pacientes possuíam alzheimer, 0,58% possuíam doença de parkinson e 1,74% possuíam fibromialgia.

**CONCLUSÃO:** Percebe-se que são diversas as comorbidades apresentadas por pacientes com megaesôfago chagásico, as quais muitas vezes estão envolvidas em maior risco cirúrgico e dificuldade de adesão terapêutica. As demais manifestações da DC e a HAS se mostraram as mais prevalentes nessa população e a baixa prevalência de doenças neurológicas pode estar relacionado com o mecanismo fisiopatológico de deservação da DC, o que necessita maior investigação.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR MAROT DE PAIVA | arthur\_marot@hotmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104346 – Prevalência de comorbidades e do grupo radiológico estratificados pelo sexo em pacientes com megaesôfago chagásico em hospital terciário de Goiânia, GO

**AUTORES:** Gabriel Baêta Branquinho Reis (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Arthur Marot de Paiva (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique de Ávila Perillo (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Vinícius Sousa Santana (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (Hospital das Clínicas- UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O megaesôfago é uma das principais manifestações da doença de Chagas (DC), em que, apesar de sua grande prevalência, poucos estudos procuraram caracterizar as comorbidades associadas e diferenciá-las pelo sexo em pacientes portadores de megaesôfago chagásico.

**OBJETIVO:** Diferenciar as comorbidades e o grupo radiológico pelo sexo em pacientes portadores de megaesôfago chagásico.

**MÉTODO:** Estudo transversal do tipo observacional descritivo retrospectivo em que se avaliou os prontuários dos pacientes com megaesôfago chagásico de 2010 até 2020 de hospital referência em DC em Goiânia, GO. Os dados foram tabulados com o software Excel® e analisados com o EpiInfo®.

**RESULTADOS:** Foram analisados 401 prontuários, porém 344 prontuários preencheram os critérios de inclusão. Destes, 135 (39,24%) eram do sexo masculino e 209 (60,76%) eram do sexo feminino. Dos pacientes homens, 38 (28,14%) eram do grupo radiológico I, 40 (29,63%) do grupo II, 32 (23,70%) do grupo III e 25 (18,52%) do grupo IV. Das pacientes mulheres, 66 (31,58%) eram do grupo I, 84 (40,19%) do grupo II, 38 (18,18%) do grupo III e apenas 21 (10,05%) do grupo IV. As comorbidades entre os pacientes homens mais prevalentes foram a cardiomiopatia chagásica (52,50%), megacólon chagásico (33,33%) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (25,19%). Entre as mulheres, as mais prevalentes foram HAS (54,07%), cardiomiopatia (47,37%) e megacólon (37,62%). As pacientes mulheres tiveram uma chance maior de ter DRGE que os pacientes homens com um risco relativo de 1,96 (1,04-3,6) e um  $p=0,025$ , elas também tiveram maior chance de possuir HAS com um risco relativo de 1,69 (1,27-2,2) e  $p=0,002$ , hipotireoidismo com um risco relativo de 1,83 (1,04-3,21) e  $p=0,025$  e megacólon com um risco relativo de 1,44 (1,05-1,98) e  $p=0,022$ , havendo diferenças significativas estatisticamente apenas nessas doenças.

**CONCLUSÃO:** Apesar de haver mais pessoas do sexo feminino no estudo, os pacientes masculinos foram os que evoluíram para grupos radiológicos mais avançados da DC. Porém, as mulheres tiveram maior chance de ter comorbidades associadas ao megaesôfago, visto que elas possuíam maior risco de ter HAS, DRGE, hipotireoidismo e megacólon. Além disso, nota-se que as três comorbidades mais prevalentes em ambos os sexos foram HAS, cardiomiopatia e megacólon chagásicos, o que nos alerta para sempre pesquisar as manifestações da DC e demais comorbidades que podem influenciar diretamente no tratamento e sobrevida desses pacientes.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL BAETA BRANQUINHO REIS | gbaetabr@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104348 – Análise e comparação da quantidade de sintomas relatados e o grupo radiológico em pacientes portadores de megaesôfago chagásico em hospital universitário

**AUTORES:** Arthur Marot de Paiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiania - Goiás - Brasil), Gabriel Baêta Branquinho Reis Reis (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique de Ávila Perillo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença de Chagas (DC) é uma zoonose endêmica no Brasil, em que se estima que o número de infectados varia de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas no país. O megaesôfago chagásico é uma das importantes manifestações clínicas da DC, com ampla sintomatologia e implicação na qualidade de vida do paciente, sendo que esses podem ser divididos em 4 grupos pela classificação radiológica de Rezende, sendo avaliado o grau de comprometimento da acalasia.

**OBJETIVO:** Analisar e comparar a quantidade de sintomas em pacientes portadores de megaesôfago chagásico com o grupo radiológico dos pacientes.

**MÉTODO:** Estudo transversal retrospectivo em que realizou-se a análise de prontuários de 2010 a 2020 com avaliação dos sintomas já previamente definidos por ficha própria e o grupo radiológico pela classificação de Rezende. Os sintomas avaliados foram: disfagia, regurgitação, dor torácica, odinofagia, pirose, soluço, eructação, salivação, tosse noturna, obstipação, dispneia, má digestão e dor abdominal, totalizando 13 sintomas. Os dados foram tabulados e calculados utilizando o Excel®. Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS Statistics®

**RESULTADOS:** No total, foram incluídos 313 pacientes diagnosticados com megaesôfago chagásico, sendo 100 do grupo radiológico I, 97 do grupo II, 70 do grupo III e 46 do grupo IV. No grupo I, a média de sintomas foi de 3.86 ( $\pm 2.38$ ), no grupo II foi de 5.87 ( $\pm 2.34$ ), no III a média foi de 7.11 ( $\pm 2.43$ ), por fim, no grupo IV foi 8.85 ( $\pm 2.57$ ). No teste estatístico teste t de Student, foi verificada diferença significativa estatisticamente ( $p < 0,05$ ) comparando-se a média de sintomas dos quatro grupos entre si.

**CONCLUSÃO:** Foi observado correlação entre o grupo radiológico e a quantidade de sintomas relatados. Os pacientes em grupo radiológicos com maior comprometimento, relataram um maior número de sintomas, enquanto os pacientes em grupos com menor comprometimento, relataram menos sintomas. Assim, torna-se evidente a importância do médico e da equipe multiprofissional estarem atentos nas diversas sintomatologias que o paciente pode apresentar devido a diferença terapêutica clínica e cirúrgica de cada grupo radiológico.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR MAROT DE PAIVA | arthur\_marot@hotmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104351 – Análise e comparação do grupo radiológico de Rezende e o Índice de Massa Corporal de pacientes diagnosticados com megaesôfago chagásico em hospital terciário de Goiânia, GO

**AUTORES:** Gabriel Baêta Branquinho Reis (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Arthur Marot de Paiva (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique de Ávila Perillo (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (Hospital das Clínicas-UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Desde 1960, o grupo radiológico da esofagopatia chagásica de Rezende vem sendo utilizada para classificar essa comorbidade de acordo com a magnitude da dilatação, atividade motora e tônus do esôfago, sendo o grupo I conceituado com dificuldade de esvaziamento e leve hipotonia até o grupo IV que apresenta dilatação intensa do esôfago. Ademais, sabe-se que os principais sintomas desses pacientes são relacionados à alimentação, os quais são mais frequentes em pacientes do grupo III e IV, podendo ser um fator de risco para esses pacientes terem um Índice de Massa Corporal (IMC) mais baixo se comparados à população em geral.

**OBJETIVO:** Analisar a relação entre o IMC e o grupo radiológico de Rezende.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo em que se avaliou os prontuários dos pacientes com megaesôfago chagásico entre os anos de 2010 e 2020 do Hospital das Clínicas da UFG. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos maiores de 18 anos e portadores de megaesôfago chagásico. Foram excluídos os prontuários que não continham todos os dados necessários na coleta. Os dados obtidos foram tabulados e analisados pelo Excel, utilizando o Teste t de Student com nível de significância de 5%.

**RESULTADOS:** Foram analisados no total 337 pacientes que possuem uma média de IMC de 23,44(±4,53). Destes, 102 são do grupo I radiológico, possuindo uma média de IMC de 24,37(± 4,54), 121 são do grupo II com média de 24,20(±4,53), 69 são do III com média de 22,27(± 4,54) e apenas 45 são do grupo IV com média de 21,03 (± 4,59). Ao se aplicar o Teste t de Student para realizar a comparação entre amostras independentes, observou-se diferença significativa entre os grupos I e III, I e IV, II e III e II e IV com um p-valor <0,05. Nos grupos I e II (p=0,39) e III e IV (p=0,07) não houve diferença significativa com p-valor >0,05.

**CONCLUSÃO:** Portanto, há diferença entre o IMC de pacientes dos grupos radiológicos I e II se comparados aos grupos radiológicos mais graves, III e IV. Assim, é evidente que a nutrição de pacientes com megaesôfago deve ser uma preocupação de toda a equipe de saúde, visando uma alimentação que melhore a qualidade de vida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL BAETA BRANQUINHO REIS | gbaetabr@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104357 – Estudo da relação entre grupo radiológico e a idade de pacientes com megaesôfago chagásico em hospital terciário de Goiânia, GO

**AUTORES:** Arthur Marot de Paiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Gabriel Baêta Branquinho Reis (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique de Ávila Perillo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença de Chagas (DC) é uma zoonose endêmica no Brasil, em que se estima que o número de infectados varia de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas. O megaesôfago, uma das manifestações mais comuns da DC, é classificado desde 1960 pela radiografia contrastada, sendo dividido em 4 grupos. O grupo radiológico da esofagopatia chagásica de Rezende vem sendo utilizada para classificar essa comorbidade de acordo com a magnitude da dilatação, atividade motora e tônus do esôfago, sendo o grupo I conceituado com dificuldade de esvaziamento e leve hipotonia até o grupo IV que apresenta dilatação intensa do esôfago.

**OBJETIVO:** Analisar a relação entre o grupo radiológico e a idade de pacientes com megaesôfago chagásico

**MÉTODO:** Estudo transversal do tipo observacional descritivo retrospectivo em que se avaliou os prontuários de paciente atendidos no ambulatório de DC de hospital de referência em Goiânia, GO entre 2010 e 2020. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos maiores de 18 anos e portadores de megaesôfago chagásico. Foram excluídos os prontuários que não continham todos os dados necessários na coleta. Os dados foram tabulados e analisados utilizando o software Excel com o uso do teste t de Student para amostras independentes.

**RESULTADOS:** No grupo I, foram avaliados 100 pacientes, com idade média de 54,83 anos ( $\pm 10,71$ ). No grupo II, foram avaliados 97 pacientes, possuindo idade média de 59,77 anos ( $\pm 10,87$ ). No grupo III, com 70 pacientes, apresentou média de idade de 61,62 anos ( $\pm 11,62$ ). No grupo IV, avaliando 46 pacientes, a idade média foi de 61,86 anos ( $\pm 11,69$ ). No teste t de Student de amostras independentes, foi observado diferença significativa das idades do grupo I quando comparado com os grupos 2, 3 e 4 (p-valor  $< 0,05$ ), possuindo uma população mais jovem quando comparada aos demais grupos. O grupo II não mostrou diferença significativa quando comparados com os grupos III (p=0,146) e IV (p=0,147) e o grupo III também não apresentou diferença significativa quando comparado com o grupo IV (p=0,456).

**CONCLUSÃO:** Observou-se que as pessoas pertencentes ao grupo I possuem menor idade ao serem comparadas aos demais grupos radiológicos. No entanto, mostrou que não há diferença entre a idade e o grupo radiológico pertencente quando se compara os grupos II, III e IV, o que reforça que o grupo radiológico não tende a progredir com a idade, sendo essa informação fundamental na escolha terapêutica empregada em pacientes com megaesôfago.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR MAROT DE PAIVA | arthur\_marot@hotmail.com



## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104449 – Prevalência de Sintomas em Pacientes diagnosticados com megaesôfago chagásico em centro de referência de Chagas no estado de Goiás.

**AUTORES:** Gabriel Baêta Branquinho Reis (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Arthur Marot de Paiva (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Henrique Ávila Perillo (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Hugo Francisco da Fonseca Neto (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Diogo Henrique Saliba Souza (Hospital das Clínicas- UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Joffre Rezende Filho (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Chagas, descoberta em 1909, foi uma das importantes endemias do Brasil no século XX, devido ao modo de vida rural. Embora a modernização reduziu a transmissão da doença, as milhões de pessoas afetadas pela tripanossomíase ainda buscam os serviços de saúde em decorrência dela. Diante disso, elucidar-se-á com este trabalho quais são as principais manifestações clínicas que os doentes se queixam no consultório, que associados aos históricos familiar e de vida do paciente norteará o médico quanto à hipótese de doenças de chagas.

**OBJETIVO:** Descrever, dentre os sintomas previstos em literatura médica, quais são os mais prevalentes, na prática, em pacientes com megaesôfago chagásico.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal observacional descritivo-analítico, em que se selecionou 344 prontuários de pacientes atendidos em ambulatório especializado em doença de chagas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás entre 2010 e 2020. Considerou-se os 13 sintomas predominantemente observados no ambulatório, previamente determinados em ficha própria. O resultado foi tabulado e calculado utilizando o software Excel.

**RESULTADOS:** Nos 344 prontuários analisados, os 13 principais sintomas encontrados nos doentes, em ordem decrescente de predominância, foram: disfagia 97%, pirose 75%, regurgitação 66%, dor torácica 60%, má-digestão 55%, tosse noturna 48%, dor abdominal 41%, obstipação 39%, dispneia 32%, odinofagia 24%, soluços 21%, eructação 18% e sialorreia 6%. Ademais, em relação a quantidade de sintomas: 0,2% não apresentou nenhum tipo de sintoma, 25,8% de 1 a 3, 31% de 3 a 6, 31% de 6 a 9 e 12% de 10 a 13.

**CONCLUSÃO:** Nota-se, portanto, que as manifestações clínicas predominantes são disfagia, pirose e regurgitação e que cerca de metade dos pacientes, além de apresenta-los, queixar-se-ão também de dor torácica, má digestão e tosse noturna. Por fim, 74% dos doentes evidenciarão pelo menos 3 dos sintomas acima.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL BAETA BRANQUINHO REIS | gbaetabr@gmail.com

**101687 – ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE INIBIDORES DE BOMBA DE PRÓTONS EM PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ**

**AUTORES:** Vivian Mota Guimarães (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Julia Arruda Galvão (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Bruna Veiga (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Lyu Sotome (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Rafael Alvim (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Luisa Gripp (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Os inibidores de bomba de prótons (IBP) são pró-fármacos que exigem ativação em meio ácido ligando-se de modo covalente a grupos sulfidrila na bomba H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>/ATPase, inativando-a irreversivelmente, esses medicamentos suprimem a secreção de ácido gástrico por meio de inibição de enzimas específicas na superfície secretora da célula parietal gástrica.

A crença de que o uso dessa classe de medicamentos apresenta baixo risco de toxicidade resultou em um aumento significativo na sua prescrição, esse fator, juntamente com a baixa divulgação de orientações sobre seu uso correto, têm contribuído para o aumento das indicações desnecessárias de IBP nas internações, principalmente como profilático.

**OBJETIVO:** Analisar a utilização dos IBPs em pacientes internados em enfermaria geral, visando suas indicações, tempo de uso e impacto financeiro gerado do uso inadequado.

**MÉTODO:** Foram analisados consecutivamente prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos, que estiveram internados nas enfermarias do serviço de clínica médica do HMUT, nos períodos de maio a julho de 2020. As indicações adequadas do uso de IBP foram baseadas nos Guidelines internacionais do American Journal of Gastroenterology e do American Society of Health-System Pharmacy. Os registros das farmácias foram levantados para a análise dos custos associados ao uso indevido desses medicamentos.

**RESULTADOS:** : Dos 373 prontuários analisados, 297 pacientes (79,6%) usaram IBP em algum momento e 77,1% destes, utilizaram durante toda internação. Em torno de 2/3 da amostra que usou IBP, o fez por período entre 1 a 7 dias de terapia. Dos 35 pacientes que tiveram o uso de IBP por um tempo maior ou igual a 15 dias, identificamos maior prevalência de pneumonia e diarreia, porém não houve relevância estatística. A análise das indicações de uso do IBP se mostrou adequada em 49,8% dos casos, destes, 128 pacientes (86%) utilizaram para a profilaxia de úlcera, e 20 (14%) para tratamento de comorbidades. O custo associado ao uso inapropriado foi de R\$10.833,46 nos 3 meses do estudo.

**CONCLUSÃO:** Assim como encontrado em outros trabalhos, houve uma elevada prevalência de indicações inadequadas ao uso dos IBPs em ambiente hospitalar, o que impacta principalmente em um gasto desnecessário e nas possíveis complicações relacionadas ao seu uso prolongado. Faz-se necessário, portanto, protocolos de utilização destes medicamentos, para melhor utilização em ambiente hospitalar.

**CONTATO AUTOR:** JULIA ARRUDA DA COSTA GALVAO | julia.arrudagalvao@gmail.com

**101828 – AVALIAÇÃO TEMPORAL DAS INTERNAÇÕES POR ÚLCERA GÁSTRICA E DUODENAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2020**

**AUTORES:** Emerson Kennedy Ribeiro de Andrade Filho (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Gabriel Melo Caldas Nogueira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Victor Emanuel Santos Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Pedro Vilar de Oliveira Villarim (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Isadora de Albuquerque Falcão Feitosa (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Matheus Felipe Muniz da Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Marcus Vinicius Silva de Paiva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Edgleide Tiburtino de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Raíssa de Azevedo Queiroz (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O termo úlcera péptica refere-se à lesão na submucosa do trato digestivo. Essas lesões atingem principalmente o estômago e a porção proximal do duodeno. As principais causas para a doença são a infecção por *H. pylori* e o uso excessivo de anti-inflamatórios não-esteroides. As úlceras pépticas são mais comuns em países subdesenvolvidos e a sua incidência tem caído no mundo inteiro.

**OBJETIVO:** Avaliar a evolução temporal das taxas de internação, óbitos e letalidade hospitalar por úlcera gástrica e duodenal nas regiões do Brasil e no país como um todo.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal das taxas de internação, óbitos e letalidade hospitalar por úlcera gástrica e duodenal entre 2008 e 2020 utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A unidade de análise foi o Brasil e suas regiões. Para analisar as tendências foi utilizado o software Joinpoint Regression, com significância de 5%.

**RESULTADOS:** No período estudado ocorreram 171.017 internações por úlceras gástricas e duodenais, dentre as quais 13.329 evoluíram para óbito (7,79% de letalidade hospitalar). A taxa de internação no país como um todo foi de 65,24 internações por milhão de habitantes, sendo a taxa mais alta encontrada no Centro-Oeste (96,34) e a mais baixa no Nordeste (57,41). Observando-se a taxa de internação no Brasil foi identificado no intervalo 2008-2013 um Annual Percentage Change (APC) de -7,62 ( $p < 0,05$ ), indicando queda, a qual foi seguida por um período de maior estabilidade (APC=-1,13;  $p < 0,05$ ). Apesar dessa queda na taxa de internação, o país registrou alta tendência de alta nos óbitos (APC=+21,40;  $p < 0,05$ ) e na letalidade hospitalar (APC=+0,50;  $p < 0,05$ ) no período 2008-2020. Todas as regiões do país apresentaram comportamento de tendência das variáveis estudadas semelhante à do Brasil, com variações apenas na magnitude dos APCs, sendo quase todos significativos.

**CONCLUSÃO:** Os dados mostram um contraste interessante: a cada ano, menos pessoas são internadas por úlceras gástricas e duodenais, porém, paradoxalmente, a cada ano mais pessoas morrem em decorrência desse quadro. A literatura diz que nos últimos 20-30 anos a incidência e a mortalidade têm caído em todo o mundo, fato este que não é observado no Brasil. Esses dados podem indicar que os pacientes estão desenvolvendo lesões mais graves, falhas no tratamento da doença na rede hospitalar ou diversos outros fatores. Assim, fazem-se necessários novos estudos mais aprofundados para entender melhor esse fenômeno.

**CONTATO AUTOR:** EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO | emersonk.ribeiro2000@gmail.com

**101854 – A EFICÁCIA DO USO DE PROBIÓTICOS NA TERAPIA DE ERRADICAÇÃO DO HELICOBACTER PYLORI: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

**AUTORES:** Isadora Cristhine Costa Carneiro Lobato (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Marcella Guimarães Ignacchiti Lopes Gomes (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Leonardo da Silva Lima (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Monick Piton Pereira Loraschi (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Jair Barcelos Neto (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O *Helicobacter pylori* é um bacilo Gram-negativo que coloniza seletivamente o epitélio gástrico. Na maioria das pessoas, a infecção é assintomática, no entanto, é considerada a principal causa de gastrite crônica ativa e desempenha importante papel na úlcera péptica, bem como na gênese do adenocarcinoma gástrico e linfoma MALT.

**OBJETIVO:** Verificar por meio de uma revisão sistemática a eficácia do uso de probióticos na terapia de erradicação do *H. pylori*, e a diminuição dos efeitos adversos à terapia.

**MÉTODO:** Foram analisados os mais relevantes estudos nas bases de dados MedLine, sendo contemplamos somente os ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR) e meta-análises. A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave: (“*Helicobacter pylori*” OR “*H. pylori*”) AND (“probiotics”). Para identificar os delineamentos dos estudos, foram empregados os seguintes termos: Randomized Controlled Trial, Meta-Analysis, published in the last 12 years, Humans.

**RESULTADOS:** Fizeram parte do escopo desta revisão doze artigos que demonstraram haver controvérsia nos resultados em relação ao uso de probióticos na terapia de erradicação do *H. pylori*, mas com boa eficácia na redução dos sintomas adversos. Dentre os estudos analisados, observou-se uma maior taxa de erradicação do *H. pylori* em seis estudos, e houve uma diminuição dos efeitos adversos aos antibióticos usados no tratamento em oito artigos. A ampla variedade de probióticos gera vieses na avaliação de seu uso na erradicação do *H. pylori*.

**CONCLUSÃO:** Ainda faltam evidências científicas consistentes para a utilização de probióticos na terapia de erradicação do *H. Pylori*, porém, nos estudos analisados houve uma melhora na taxa de erradicação quando associado o probiótico à terapia tripla, mas os valores observados não são significantes. Verificou-se também sua eficácia na redução dos efeitos adversos ao tratamento.

**CONTATO AUTOR:** ISADORA CRISTHINE COSTA CARNEIRO LOBATO | [isacc88@gmail.com](mailto:isacc88@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102039 – Prevalência da gastrite e fatores associados em Agentes Comunitários de Saúde

**AUTORES:** João Gustavo Brant Rocha (Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Maria Clara Brant Rocha (Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), João Pedro Brant Rocha (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo Eustáquio Siqueira Rocha (Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Josiane Santos Brant Rocha (Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrite crônica é uma inflamação da mucosa do estômago, com grande prevalência na população mundial. Tem distribuição universal e aumenta conforme a idade, fatores etiológicos oriundos de hábitos alimentares e comportamentais contribuem para o início das manifestações clínicas.

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência da gastrite e a associação dos fatores de risco em trabalhadores Serviços de Saúde Comunitária (ACS).

**MÉTODO:** Estudo transversal, quantitativo e analítico, realizado em 2018 no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, com agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes nas 135 unidades de saúde do município, incluído zona urbana e rural. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários validados, por coletores treinados, em um espaço reservado, CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), no período de três meses, que incluíram variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil e formação em saúde), laborais (tempo de atuação como ACS), hábitos alimentares (consumo de álcool, consumo de bebidas que contêm cafeína, automedicação), percepção do estado de saúde, a variável desfecho foi avaliada por meio da pergunta: Você já foi diagnosticado com gastrite por algum médico?. Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis investigadas e análise da associação entre fatores de risco para a gastrite foram realizadas por meio de regressão poisson. O estudo foi aprovado com parecer nº 2.425.756/2017.

**RESULTADOS:** Participaram do estudo 675 ACS, destes, 13,9% tinham sido diagnosticados com gastrite, 83,7% mulheres, com idade entre 19 e 68 anos, 87,1% declararam não branca, 59,7% tinham companheiro e 64,3% não tinham formação em saúde, 56,6 tinham até 5 anos de formação, 37,2%, consumiam álcool, 19,9% bebidas com cafeína, 31,3% automedicavam, e 41,0% apresentavam percepção de saúde negativa. No modelo final, a variável que se mostrou associada à presença da gastrite foi a percepção negativa de saúde (OR=1,124; IC95%=1,062-1,189).

**CONCLUSÃO:** A prevalência da gastrite foi elevada e manteve-se associado à percepção negativa de saúde, evidenciado que os ACS, com percepção negativa de saúde apresentam maiores riscos para o acometimento da gastrite. A associação com variáveis demográficas, laborais e hábitos alimentares não foram observadas. Entretanto, adoção de hábitos comportamentais saudáveis, pode ser útil na prevenção e no manejo dessa patologia.

**CONTATO AUTOR:** JOAO GUSTAVO BRANT ROCHA | jgbrantr@gmail.com

**102044 – PERFIL DE INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO NO BRASIL EM UMA DÉCADA**

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Ícaro Breno Rodrigues da Silva SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Stéfane Vanessa de Sousa Peixoto PEIXOTO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Emerson de Lima Canto Júnior JÚNIOR (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Antônio Saulo Leão Pantoja PANTOJA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Neoplasia Maligna de Estômago (NME) configura a quarta neoplasia mais frequente no mundo, alcançando altos índices de mortalidade. Diversos fatores estão associados com a incidência de NME, entre eles: infecção por *Helicobacter pylori* e/ou Epstein-Barr (EBV), idade avançada e sexo biológico, hábitos nutricionais, obesidade, tabagismo, histórico familiar. Os tumores podem ser classificados quanto suas características anatômicas (Siewert I, II e III), histológicas (intestinal e difuso) e moleculares relacionadas à infecção pelo EBV e fatores genéticos

**OBJETIVO:** Descrever a prevalência de internações decorrentes de Neoplasia Maligna de Estômago nas cinco regiões brasileiras, no período entre 2010 e 2020.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caráter documental, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, a partir da análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As variáveis de interesse para pesquisa foram: região, faixa etária, sexo biológico, ano de processamento e cor da pele. As variáveis foram tabuladas no programa Microsoft Office Excel 2016 e estruturadas por estatística descritiva

**RESULTADOS:** Entre 2010 e 2020 foram registradas 274.738 internações por NME. O percentual de casos nas regiões foram: Norte (4,7%), Nordeste (20,5%), Sudeste (45,6%), Centro-Oeste (5,7%) e Sul (23,3%). Em 2019 foram notificadas 32.957 internações, maior quantitativo da década. O sexo masculino quantificou 177.660 (64,66%) e o feminino 97.078 (35,33%). Segundo a variável cor/raça as incidências nas populações foram: Branca (42,74%), Preta (4,8%), Parda (34,07%), Amarela (1,3%), Indígena (0,03%) e 16,97% não foram identificados segundo cor/raça. As faixas etárias notáveis para ocorrência de NME corresponderam as compreendidas entre: 40 a 49 anos (11,48%), 50 a 59 anos (23,28%), 60 a 69 anos (29,32%) e 70 a 79 anos (21,65%).

**CONCLUSÃO:** O Sudeste e o Sul apresentaram os maiores percentuais de internações por NME na última década no Brasil, a alta incidência pode estar relacionada aos hábitos nutricionais de suas populações. O sexo masculino mostrou-se mais suscetível às internações. No Brasil, indivíduos de cor Branca e Parda lideram como propensos aos agravos da NME. Caracteristicamente, a idade avançada continua sendo um importante fator de risco para desenvolvimento de NME acometendo pessoas acima dos 40 anos – sendo a faixa etária de 60 a 69 anos de maior índice de internação.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | [mms.med.uepa@gmail.com](mailto:mms.med.uepa@gmail.com)

**102088 – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA ÚLCERA PÉPTICA EM HOSPITAL GERAL**

**AUTORES:** Victoria Telles Vieira Celia (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Leticia Machado Baptistella (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Thales Marques Corrêa (Santa Casa de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), João Luiz Brisotti (Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Norberto Katsumi Osaki (Santa Casa de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A úlcera péptica ainda tem importante repercussão, em especial quanto a morbidade e custos ao sistema de saúde. A incidência da doença ulcerosa não complicada é de 1:1000 pessoas/ano e a ocorrência concomitante de *Helicobacter pylori* (Hp) pode modificar estes índices, sendo de 4,1% a ocorrência de úlcera péptica em pessoas sintomáticas.

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de úlcera gástrica (UG) e duodenal (UD) em serviço de endoscopia de hospital terciário e sua correlação com a pesquisa e incidência de Hp.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo, descritivo de análise de exames endoscópicos realizados em serviço de endoscopia de hospital geral. Amostra definida por conveniência, composta por exames aleatoriamente selecionados, realizados no ano de 2019 em pacientes internados e ambulatoriais (CEP - CAAE 39743020.3.0000.5378).

**RESULTADOS:** Foram analisados 1337 exames de 1261 pacientes, com distribuição etária de 1 a 93 anos (média 53 anos), a maioria do sexo feminino (770 pessoas – 61,06%). Foram diagnosticadas 105 úlceras, sendo UG (51 pacientes – 4,04%) e UD (54 pacientes – 4,28%), com predominância do sexo masculino. A principal indicação do exame foi epigastria e suspeita de doença ulcerosa (14,28% cada situação). A pesquisa de Hp foi feita em 57,14% dos pacientes (não realizadas em vigências de hemorragia digestiva – 37,14%, suspeita de câncer gástrico – 1,90%, hepatopatia crônica, passagem de sonda nasoentérica – 0,95% cada e em 2,85% a investigação de Hp foi inconclusiva). A pesquisa de Hp foi feita em 27 casos com UG e 32 com UD, positiva para 51,85% das UG e 50,0% das UD. Os pacientes Hp positivos apresentaram distribuição etária de 35 a 86 anos (média de 60) com predomínio masculino (62%) e os Hp negativos foram semelhantes (36 a 86 anos e média de 65), a maioria do sexo feminino (62,06%). De acordo com a classificação de Sakita demonstrou-se que nas UG Hp positivas a fase de cicatrização predomina, nas UD prevalece as cicatrizadas. Já quando Hp negativo as UG tiveram predominância de fase cicatricial, em contraste as UD Hp negativas quase na totalidade apresentaram-se cicatrizadas.

**CONCLUSÃO:** O perfil populacional ainda apresenta considerável positividade de Hp mesmo em faixa etária avançada, propiciando ocorrência de UG e UD. Considerando o comportamento das UG e UD em relação a atividade da doença e positividade da bactéria, indica-se que a pesquisa de Hp deve ser rotina para permitir adequada abordagem da doença ulcerosa evitando complicações.

**CONTATO AUTOR:** VICTORIA TELLES VIEIRA CELIA | vic\_98\_viera@hotmail.com

**102292 – RELAÇÃO DE ESCOLARIDADE E COR COM FREQUÊNCIA E ESTADIAMENTO DE CÂNCER GÁSTRICO NO CEARÁ**

**AUTORES:** Vinícius Sousa Morais (FAG - Cascavel - Paraná - Brasil), Guilherme Augusto Minato (FAG - Cascavel-PR - Paraná - Brasil), Jaime Ventura Silva Junior (FAG - Cascavel-PR - Paraná - Brasil), Thaylise Caroline Yurk (FAG - Cascavel-PR - Paraná - Brasil), Juliana Emi Shimabukuro (FAG - Cascavel-PR - Paraná - Brasil), Francisco Lourenço Lima Junior (UFPR - Toledo - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico (CG) é a 2º neoplasia maligna mais diagnosticada no mundo<sup>1</sup> e a 3º que mais mata no Brasil . A sua frequência está associada classicamente a grupos socioeconômicos mais pobres, a pretos e a países em desenvolvimento , o que é atribuível principalmente ao alto consumo de sal, à presença do *Helicobacter pylori* e ao menor acesso a políticas preventivas<sup>2</sup> . Apesar das taxas de CG diminuírem continuamente nos últimos 70 anos nos países desenvolvidos, no Brasil os números se mantêm e há pouca divulgação sobre medidas de rastreamento e de combate à doença<sup>3</sup>

**OBJETIVO:** Investigar a correlação da escolaridade e da cor/raça com a frequência e o estadiamento de Câncer Gástrico, com o intuito de auxiliar a identificação e o direcionamento das condutas preventivas

**MÉTODO:** Este é um estudo retrospectivo, com base nos dados da plataforma do INCA, em que se estratificou as informações sobre escolaridade e raça/cor, comparando-se com o estadiamento TNM dos pacientes diagnosticados com neoplasia gástrica, no período de 2010 a 2018, no Ceará

**RESULTADOS:** Dos 5474 casos de Câncer de Estômago catalogados, quanto ao nível educacional, 13,9% possuem nível médio; 0,6%, nível superior; 66,1%, nível fundamental e cerca de até 19,3% nunca frequentaram a escola. Quando comparado com a estratificação do estadiamento TNM, não houve diferenças nas taxas de escolaridade entre os estágios, não revelando associação de escolaridade e estágio da doença. É possível inferir assim que o baixo nível educacional está relacionado a fatores de risco (tabagismo, obesidade, etilismo...) para o desenvolvimento do câncer, mas não representa um fator de gravidade ao estadiamento. Na análise do perfil raça/cor, 84,4% dos pacientes eram pardos; 1,2%, pretos; 0,67%, indígenas e 11,8%, brancos. Nota-se dessarte que a cor parda conota como possível fator de risco para CG. Esses dados discordam de diversos trabalhos asiáticos que apontam a cor branca como um fator de risco para a neoplasia, corroborando a tese de que etnia/cor não tem relação direta com o CG, mas sim as condições socioeconômicas, culturais e educacionais em que esses grupos estão inseridos

**CONCLUSÃO:** O perfil dos pacientes diagnosticados com Câncer de Estômago, no estado cearense, demonstra uma maior incidência em indivíduos pardos e com baixo nível educacional a níveis notadamente maiores que o da população geral. Com isso, fica clara a maior exposição de grupos socialmente mais vulneráveis a fatores de risco que predisõem essa neoplasia com alta taxa de malignidade.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS DE SOUSA MORAIS | [vquincas@gmail.com](mailto:vquincas@gmail.com)



**102302 – MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE ESTÔMAGO NO CENÁRIO NACIONAL DE 2016 A 2020**

**AUTORES:** Bárbara Francesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A neoplasia maligna de estômago (NME), ou câncer gástrico, tem seu principal representante o adenocarcinoma, representando 95% dos casos registrados. No Brasil, a NME é o terceiro tipo mais frequente na população masculina e o quinto entre as mulheres. Por isso, este trabalho visa descrever o perfil brasileiro de mortalidade por NME no país.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil de mortalidade por neoplasia maligna de estômago (NME) no Brasil, durante o período de 2016 a 2020, comparando a faixa etária e o sexo.

**MÉTODO:** Realizou-se, em julho de 2021, um estudo epidemiológico transversal utilizando a base de dados do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT), selecionando o painel de monitoramento da mortalidade CID-10, filtrando faixa etária, óbitos e sexo, entre 2016 a 2020.

**RESULTADOS:** No período estudado, ocorreram 72.327 óbitos por NME. Em 2016, ocorreram 14.651 (20%) óbitos, sendo 15 (0,1%) de 0 a 19 anos, 572 (4%) de 20 a 39 anos, 3.608 (24%) de 40 a 59 anos, 7.659 (52%) de 60 a 79 anos e 2.796 (19%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 5.226 (35%) feminino e 9.424 (65%) masculino. Em 2017, ocorreram 14.314 (19%) óbitos, sendo 6 (0,05%) de 0 a 19 anos, 409 (3,95%) de 20 a 39 anos, 3.498 (25%) de 40 a 59 anos, 7.659 (51%) de 60 a 79 anos e 2.910 (20%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 5.107 (35%) feminino e 9.206 (65%) masculino. Em 2018, ocorreram 14.762 óbitos, sendo 6 (0,05%) de 0 a 19 anos, 540 (3,95%) de 20 a 39 anos, 3.568 (24%) de 40 a 59 anos, 7.671 (52%) de 60 a 79 anos e 2.974 (20%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 5.374 (36%) feminino e 9.387 (64%) masculino. Em 2019, ocorreram 15.111 óbitos por NME, sendo 6 (0,05%) de 0 a 19 anos, 528 (3,95%) de 20 a 39 anos, 3.626 (24%) de 40 a 59 anos, 7.931 (52%) de 60 a 79 anos e 3.020 (20%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 5.475 (36%) feminino e 9.636 (64%) masculino. Em 2020, ocorreram 13.489 óbitos, sendo 5 (0,05%) de 0 a 19 anos, 534 (3,95%) de 20 a 39 anos, 3.304 (24,5%) de 40 a 59 anos, 6.970 (51,5%) de 60 a 79 anos e 2.675 (20%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 4.963 (37%) feminino e 8.525 (63%) masculino.

**CONCLUSÃO:** Observa-se que a NME tem maior prevalência na população masculina, com diferença discrepante, equivalente a 3 óbitos masculinos para 1 feminino. Ainda, quanto à faixa etária, a população pediátrica é a que tem menor registro de óbitos por NME, já os gerontes apresentam maior mortalidade quando comparados aos pediátricos, no entanto, adultos entre 40 a 59 anos apresentaram maior mortalidade que todas as idades.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

**102329 – NUTRIÇÃO COMO PREVENÇÃO DE CARCINOMA GÁSTRICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**AUTORES:** Bárbara Francческа Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma gástrico (CG) é o crescimento celular desordenado, originado frequentemente na camada interna que entra em contato com os alimentos. No Brasil 95% dos casos de CG são do tipo adenocarcinoma.

**OBJETIVO:** Descrever nutrientes que podem prevenir o desenvolvimento de CG na população.

**MÉTODO:** Realizou-se uma revisão de literatura narrativa, durante os meses de maio a agosto de 2021, utilizando a base de dados Scielo e Pubmed, filtrando por meios de busca de câncer gástrico e nutrição.

**RESULTADOS:** O ácido ascórbico pode ter efeito quimiopreventivo protegendo as células dos danos oxidativos de DNA, bloqueando a carcinogênese. Os principais compostos bioativos em grãos de soja são os compostos fenólicos, especialmente as isoflavonas que possuem ação antioxidante, anti-inflamatória e previnem o câncer<sup>3</sup>. Os carotenóides têm propriedades e efeitos na prevenção do câncer gástrico. As nozes têm efeitos anti-inflamatórios por afetar a produção de prostaglandinas e citocinas, e efeitos antioxidantes, diminuindo a peroxidação lipídica e protegendo contra danos oxidativos no DNA. O amendoim contém resveratrol, que possui ação anticarcinogênica e efeitos antioxidantes. Os flavonóides têm mostrado ter efeito quimiopreventivo<sup>1</sup>. Água canalizada e clorada está associada a melhores resultados na saúde. A água não tratada é um possível fator para o câncer gástrico e a bactéria *Helicobacter pylori*.

**CONCLUSÃO:** A nutrição baseada em alimentos saudáveis é fator de proteção para o câncer gástrico. Além disso, a ingestão de alimentos fontes de antioxidantes e o consumo diário de frutas, verduras e legumes confere proteção contra o CG. Por fim, a educação alimentar já na infância deve fazer parte do cotidiano da população para que seja evitado o CG.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

**102388 – ALTERAÇÕES ANATOMOPATOLÓGICAS DA MUCOSA GÁSTRICA NO PROCESSO DE CARCINOGENESE E NA INFECÇÃO PELO HELICOBACTER PYLORI, APÓS USO DE EXTRATO DE PRÓPOLIS: ESTUDOS EXPERIMENTAIS X ESTUDOS CLÍNICOS.**

**AUTORES:** Bruno Vítor Pinto Coelho Rodrigues (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Sônia Maria Figueiredo (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Vinícius Roberto Andrade (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Eduardo Angelo Braga (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Ian Matsuhara Ferraz (Pontifícia Universidade Católica - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Sílvia Dantas Cangussu (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Maria Célia Silva Lana (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Sávio Lana Siqueira (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Jacqueline Braga Pereira (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcella Barbosa Sampaio Trópia Pinheiro (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico é um tipo de neoplasia muito comum, com alta prevalência mundial. Dentre os fatores de risco, destaca-se a infecção por *Helicobacter pylori*, que pode predispor alterações anatomopatológicas e funcionais na mucosa gástrica, produzindo lesões pré-neoplásicas, como a gastrite atrófica e a metaplasia intestinal. A própolis, substância natural produzida pelas abelhas, demonstra uma nova opção que vem sendo pesquisada como uma possível terapêutica de combate a esses acometimentos, porém há dúvidas a respeito do real benefício da administração dessa substância.

**OBJETIVO:** Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise qualitativa das evidências existentes, buscando validar esse novo tratamento.

**MÉTODO:** Foi realizada revisão sistemática de literatura nas bases de dados Medline (PubMed), Lilacs, Scielo, Embase e Web of Science, utilizando-se dos descritores (propolis) AND ((*helicobacter pylori*) OR (gastric cancer)). Foram incluídos todos os estudos experimentais ou clínicos publicados no período de 2005 a 2021 e, após a exclusão de duplicatas, de artigos que não se encaixavam na temática e de estudos sem embasamento em análise estatística, foi possível selecionar 14 artigos para a análise.

**RESULTADOS:** De forma geral, os resultados evidenciaram potencial gastroprotetor e antitumoral da própolis em relação ao desenvolvimento de câncer gástrico, além de atividade antiproliferativa e pró-apoptótica, que permitiram a observação de regressão de adenocarcinoma gástrico em modelos animais. Foi demonstrado que a própolis possui efeito benéfico na proteção de alterações anatomopatológicas da mucosa gástrica, prevenindo o aparecimento de neoplasias. Além disso, foi constatada ação anti-inflamatória e antimicrobiana contra a bactéria *Helicobacter pylori*, sendo que a própolis demonstrou potencial de redução de danos em modelos experimentais infectados, inviabilizando o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que, apesar de evidências promissoras, o tema ainda apresenta-se controverso na literatura, devido à falta de estudos clínicos que indiquem a diminuição ou não do acometimento anatomopatológico da mucosa gástrica após o tratamento com a própolis. Dessa forma, é necessário que mais estudos clínicos sejam realizados para que o verdadeiro potencial da própolis seja elucidado.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO VITOR PINTO COELHO RODRIGUES | brunovpocr@gmail.com

**102494 – Perfil de pacientes portadores de hepatite B em um ambulatório de referência em Manaus**

**AUTORES:** Marcela Bentes Macedo (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ketlin Batista de Moraes Mendes (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Patricia Jeane de Oliveira Costa (Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Antonio Solon Mendes Pereira (Universidade Niltons Lins - Manaus - Amazonas - Brasil), Emídio Almeida Tavares Júnior (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é sabidamente um problema de saúde pública global. Estima-se que existam mais de 240 milhões de portadores de HBV no mundo, dos quais aproximadamente 600.000 morrem anualmente de doença hepática relacionada ao HBV. O HBV é o mais versátil dos vírus hepatotrópicos e pode causar: hepatite aguda; hepatite crônica; cirrose hepática; hepatite fulminante com necrose hepática e portadores assintomáticos. E ainda desempenha um papel importante no desenvolvimento do carcinoma hepatocelular. Notadamente torna-se importante a aquisição do perfil clínico e epidemiológico da infecção por HBV, com o propósito de descrever e analisar as características demográficas, epidemiológicas e clínicas da casuística

**OBJETIVO:** - Descrever as características sociodemográficas e clínicas em pacientes portadores de hepatite B em um ambulatório de referência em Manaus

**MÉTODO:** No Serviço de Hepatologia, pertencente a FMT-HVD, em Manaus, foram avaliados 44 pacientes de livre demanda, entre junho de 2018 e junho de 2019, portadores de HBV, sendo incluídos todos os pacientes notificados na presença dos seguintes marcadores sorológicos: HBsAg e/ou Anti-HBc IgM e/ou Anti-HBc IgG e/ou HBeAg e/ou Anti-HBe.

Foram utilizados registros, obtidos a partir de um questionário desenhado especialmente para este estudo. Os resultados foram apresentados em forma de percentuais, média, mediana e desvios padrões. Para as análises, foi utilizado o programa Spss 21.0.

**RESULTADOS:** Foram incluídos neste estudo 44 pacientes portadores do HBV, com uma média de idade de 41 anos. Dos pacientes avaliados 24 (54,5%) eram do gênero masculino e 20 (45,4%) do gênero feminino, 42 (68%) declararam comportamento heterossexual, 12 (24%) homossexual e 04 (08%) bissexual; 29 (58%) dos doentes avaliados tinham nível médio de escolaridade, 45 (90%) possuía renda de até 3 salários mínimos. Sobre a escolaridade dos doentes a maior parte apresenta apenas ensino fundamental. A coinfeção com vírus D ocorreu em 40,9% dos pacientes. Em relação a estágio de doença, observou-se que 90% dos pacientes apresentavam a forma crônica de Hepatite B. Quanto a alteração laboratorial mais encontrada, notavelmente, foi plaquetopenia.

**CONCLUSÃO:** Hepatite B ainda é um problema de saúde pública no Brasil, com importância ainda maior na Amazônia Ocidental, onde sua associação com vírus delta apresenta sua maior taxa do país. Uma dessas estratégias de prevenção é a cobertura vacinal ainda mais ampla e políticas de testagem da população vulnerável.

**CONTATO AUTOR:** ANANDA CASTRO CHAVES ALE | [chaves.ananda@gmail.com](mailto:chaves.ananda@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102496 – Câncer Gástrico Precoce: Cirurgia ou Endoscopia?

**AUTORES:** Mariana de Toledo Concato (Centro Universitário FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Barbara de Araujo Casa (Centro Universitário FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Murilo Rocha Laragnoit de Martino (Centro Universitário FMABC - Santos - São Paulo - Brasil), Gabriela Yumi (Centro Universitário FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Natalia Pires de Sant'Anna (Centro Universitário FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Kaissan Nahi Said Shukair (Centro Universitário FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ethel Zimberg Chehter (Centro Universitário FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Câncer gástrico é uma doença importante, responsável pela quinta causa de morte por câncer no Brasil. Tem incidência maior em homens geralmente acima dos 60 anos. Sua detecção precoce garante uma sobrevida maior e, como há na literatura controvérsias acerca da terapêutica do câncer gástrico precoce, resolvemos estudá-la.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão horizontal no método-PRISMA para avaliar qual a melhor abordagem no câncer gástrico precoce: cirurgia ou endoscopia.

**MÉTODO:** Seis revisores independentes com as palavras-chave “comparação”, “dissecção endoscópica submucosa”, “resseção cirúrgica”, “câncer gástrico precoce”, “early gastric cancer”, “treatment”, “surgery” e “endoscopic” na base de dados do PubMed obtiveram 19 artigos. Critérios de inclusão: adultos com câncer gástrico precoce submetidos a terapêutica laparoscópica cirúrgica ou endoscópica (ESD). Exclusão: artigos não em inglês; duplicados; que não abordavam a comparação; e antes de 2015.

**RESULTADOS:** Sobrevida geral: sem diferenças. Evento Adverso: menores na ESD. Risco: inconclusivo. Recorrência: menor na cirurgia. Tempo de internação: menor na ESD. Custo: menor na ESD. Dos 19 artigos os desfechos foram: sobrevida geral: anteriormente havia maior sobrevida na gastrectomia, porém nossos resultados não revelaram diferença entre as abordagens, provavelmente devido a avanços nas técnicas endoscópicas com menos erros no procedimento e maior precisão na retirada do tumor. Taxa de evento adverso: menores taxas de efeito adverso na ESD possivelmente pelo maior risco de infecção da cirurgia. Taxa de risco: inconclusivo, porém discutível, pois o risco de perfuração é maior na endoscopia pelo seu menor campo de visão cirúrgico. Taxa de recorrência: 14 artigos concluíram por taxas de recorrência significativamente mais altas no grupo ESD, quando comparado com o grupo cirurgia. Justificada pela não ressecção total do tumor na ESD, por campo visual restrito com menor mobilidade do cirurgião. Tempo de internação hospitalar: todos concluíram que pacientes submetidos à ESD possuem tempo de internação hospitalar reduzido, possivelmente por ser uma incisão menor. Custo: ESD foi a menos custosa por ser uma cirurgia de menor porte.

**CONCLUSÃO:** A ESD revelou-se mais eficiente no tratamento do câncer gástrico precoce, exceto pela taxa de recorrência.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA DE TOLEDO CONCATO | mariana.toledoc@hotmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104327 – Condições associadas a doença do refluxo gastroesofágico em um Hospital Universitário do Amazonas

**AUTORES:** Yanna Queiroz Pereira de Sá (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ketlin Batista de Moraes Mendes (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ana Beatriz da Cruz Lopo de Figueiredo (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Bruno Taketomi Rodrigues (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Lyrkis Paraense Barbosa Silva Neto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wanderson Assunção Loma (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Antonio Solon Mendes Pereira (Universidade Nilton Lins - Manaus - Amazonas - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é um distúrbio da motilidade gastrointestinal que resulta do refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago ou cavidade oral, causando sintomas ou complicações. Os sintomas típicos da DRGE são pirose e regurgitação do conteúdo gástrico para a orofaringe. A pirose é um dos sintomas mais comuns de DRGE; é estimado que entre 20% e 40% dos pacientes com este sintoma terão diagnóstico de DRGE. Os sintomas atípicos de DRGE incluem dor torácica não cardíaca, tosse crônica, rouquidão, pigarro frequente e distúrbios do sono.

**OBJETIVO:** Descrever os fatores socioeconômicos, demográficos, características emocionais, variáveis comportamentais e índice de massa corporal em pacientes de livre demanda em um Hospital Universitário do Amazonas.

**MÉTODO:** Foram avaliados 50 pacientes portadores de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), entre junho de 2018 e março de 2019. Foi utilizado questionário contendo variáveis referentes aos fatores socioeconômicos, demográficos, características emocionais, variáveis comportamentais e IMC dos mesmos.

**RESULTADOS:** A idade dos pacientes variou de 19 a 62 anos, com média de 39,4 anos. Dentre os pacientes, 46% frequentaram ensino médio completo, 60% apresentavam renda de até um salário mínimo e 94% dos pacientes eram de Manaus. Nota-se que 62% dos participantes pertenciam ao sexo masculino, o que difere da maioria dos estudos. Pirose foi relatada em 96% dos pacientes. Dentre os sintomas atípicos, o pigarro ocorreu em 14% seguido por plenitude pós-prandial (48%), flatos (48%) e distensão abdominal (20%). No que tange aos fatores associados, a insônia foi problema relatado em 74% das pessoas. Além disso, 50% dos entrevistados definiu baixo nível de bem-estar psicológico e 34% referiram conviver com mais de três eventos estressantes. Os indivíduos com os piores índices de bem-estar tinham uma prevalência de DRGE de 53,8%. Na pesquisa, 82% informaram não fazer uso de bebida alcoólica e 88% negaram tabagismo. Adicionalmente, 56% encontravam-se na faixa de peso normal de IMC e 2% em nível de obesidade.

**CONCLUSÃO:** Este estudo visou identificar as características mais prevalentes em portadores de DRGE. Os resultados comportamentais e sociodemográficos diferiram de outras fontes de literatura, provavelmente devido à menor população analisada neste estudo em relação aos demais. Visto que existem divergências sobre os fatores associados a DRGE, é sugerido realizar trabalhos com desenhos mais robustos, como estudos de coorte e casos e controles.

**CONTATO AUTOR:** ANANDA CASTRO CHAVES ALE | [chaves.ananda@gmail.com](mailto:chaves.ananda@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104374 – Óbitos por neoplasias malignas do estômago : Uma análise epidemiológica da realidade cearense no período entre 2009 - 2019

**AUTORES:** David Barbosa Duarte Vidal (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Luís Eduardo Matoso Vieira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gabriela Silva Holanda (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Matheus Marques Ribeiro (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Lucas Grangeiro de Sá Barreto Lima (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Isabela Caldas Borges (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Elisa Tavares Diogo de Siqueira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Davi Viana de Oliveira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Melgaço Melo (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Levi Costa Carioca (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Yves Ramos Costa Beviláqua (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Vinícius Pereira de Souza (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Thiago de Sousa Rodrigues (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Vinícius Nogueira da Silva (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sophia Costa Vasconcelos (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Barbosa Duarte Vidal (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de estômago foi, em 2020, no Brasil, o quarto mais incidente em homens e, em mulheres, o quinto. Tem como fatores de risco a infecção por *H.pylori*, carcinógenos na dieta, tabagismo e obesidade. O Ceará é um dos Estados mais assolados por ele, sendo útil a análise de seus padrões de mortalidade a fim de delimitar populações de risco e desenvolver políticas de saúde pública condizentes com a realidade local.

**OBJETIVO:** O estudo visa elaborar uma análise epidemiológica da mortalidade por câncer de estômago no Ceará entre 2009 - 2019.

**MÉTODO:** O trabalho, de caráter transversal, retrospectivo e quantitativo, usou dados sobre óbitos por câncer de estômago entre 2009 e 2019 coletados em 2021 do Sistema de informações sobre Mortalidade por meio do DATASUS . Foram analisados os números de óbitos por data, sexo, faixa etária e escolaridade. Integrados esses dados, estimou-se o panorama.

**RESULTADOS:** No período estudado, no Brasil, ocorreram 154.542 óbitos pela doença, sendo 5,33% (8.243) deles no Ceará. Em 2009, deram-se 680 mortes, número anual de óbitos que permaneceu estável até 2012, tendendo a aumentar a cada ano posterior. Em 2019, foram 849 mortes, um aumento de 25% na quantidade anual entre o primeiro e o último ano do período. Houve predominância de óbitos na faixa etária entre 70 a 79 anos, responsável por 27,3 % (2.254) deles. A porção de indivíduos sem educação formal representou 33% (2.746) dos óbitos, seguida pela faixa de 1 a 3 anos de escolaridade, com 27% (2.251), reduzindo-se as mortes com o aumento do tempo de estudo. Os homens representaram 63% (5190) das mortes em relação à representação feminina, de 37% (3.053). Na faixa de escolaridade de 0 até 3 anos, a diferença entre os sexos aumentou para 65% (3250) de óbitos masculinos e 35% (1747) femininos, diminuindo com o aumento de anos de estudo, chegando na faixa de mais de 8 anos a 55% (518) de óbitos masculinos e 45% (429) femininos.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que, no Ceará, há um grande número de óbitos por esse câncer, tendendo a crescer. O número de fatalidades é acentuado em idades mais avançadas e em faixas de baixa escolaridade. Houve prevalência de mortes em homens, talvez justificada por uma maior exposição aos fatores de risco. A variação nas proporções de mortes entre homens e mulheres de acordo com a escolaridade demonstra que essa exposição predomina em homens com menos estudo. Assim, a análise revela a vulnerabilidade de certos grupos à doença e a necessidade de políticas de saúde estaduais para que se mude o cenário.

**CONTATO AUTOR:** DAVID BARBOSA DUARTE VIDAL | davidbarbosa2000@outlook.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104504 – Aspectos epidemiológicos dos óbitos por neoplasia maligna do estômago no Brasil nos últimos 5 anos

**AUTORES:** FERNANDA COPINSKI (UNINGÁ - MARINGÁ - Paraná - Brasil), PEDRO PALITOT PEREIRA PEDROSA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), RAFAELA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), VICTÓRIA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), ANA BEATRIZ FREIRE GADELHA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), LÍVIA MARIA PORDEUS COURA URTIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), GABRIELA COPINSKI (UNIVERSIDADE DE VASSOURAS - VASSOURAS - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer gástrico pode ser classificado em tumores benignos e tumores malignos, dentre os malignos, 95% são adenocarcinomas. Podemos dividir os adenocarcinomas em tumor de mucosa papilar, tubular, mucinoso, anel de sinete e tumor de pequenas células. O restante é composto por tumores neuroendócrinos, linfomas, leiomiossarcomas, tumores estromais e tumores metastáticos. Alguns fatores de risco nutricionais, ambientais, sociais, médicos e lesões predisponentes podem ser associados à maior incidência da neoplasia. Não há sintomas específicos do câncer de estômago. Porém, alguns sinais, como perda de peso e de apetite, fadiga, empachamento, vômitos, náuseas e desconforto abdominal persistente podem indicar tanto uma doença benigna como um tumor de estômago. A detecção precoce do câncer é uma estratégia para encontrar o tumor na fase inicial e aumentar a chance de sobrevivência.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise retrospectiva dos óbitos por neoplasia maligna do estômago no Brasil nos últimos 5 anos.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/ SUS), durante o período de junho de 2016 a junho de 2021, utilizando as variáveis faixa etária, região, sexo, taxa de mortalidade e óbitos.

**RESULTADOS:** Conforme o DATASUS, foram registradas 151.448 internações por neoplasia maligna do estômago no Brasil, divididas pelas regiões Sudeste com maiores números (63.632; 42%), seguida pelo Sul (37.718; 24.9%), Nordeste (33.083; 21.8%), Centro-Oeste (9.780; 6.5%), e com os menores o Norte (7.235; 4.8%). Ocorreram no país 22.955 óbitos, com predominância no Sudeste (10.902; 47.5%) e no Nordeste (4.623; 20.1%), quanto ao sexo, pela ocorrência de mortes, lidera o masculino (14.604; 63.6%), e com um menor número, o feminino (8.351; 36.4%). As faixas etárias mais acometidas segundo óbito são de 60 a 69 anos (6.567), e de 70 a 79 anos (5.689), representando 53.4% do total. A taxa de mortalidade geral no país é de 15,16%, tendo maior índice as regiões Norte e Sudeste, e menor Nordeste e Sul.

**CONCLUSÃO:** Com base no que foi explanado, conclui-se que o Sudeste apresenta a maior quantidade de casos, sendo 42% do total, e a maior quantidade de mortes, a qual se apresenta no país, uma taxa de mortalidade de 15,16%. O sexo masculino é o mais afetado, sendo 63,6% do total de casos, da mesma forma, os indivíduos acima de 60 anos apresentam um maior número de casos de neoplasia maligna do estômago.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COPINSKI | fcopinski@gmail.com



## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104518 – Perfil epidemiológico de pacientes com sequelas de desnutrição e outras deficiências nutricionais nas regiões Norte e Nordeste nos últimos 5 anos

**AUTORES:** FERNANDA COPINSKI (UNINGÁ - MARINGÁ - Paraná - Brasil), ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), LÍVIA MARIA PORDEUS COURA URTIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), ANA BEATRIZ FREIRE GADELHA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), PEDRO PALITOT PEREIRA PEDROSA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), RAFAELA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FAMENE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), VICTÓRIA CARNEIRO DE ALMEIDA FORMIGA (FACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), GABRIELA COPINSKI (UNIVERSIDADE DE VASSOURAS - VASSOURAS - Rio de Janeiro - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A desnutrição é um grave problema de saúde pública, sendo considerada a segunda causa de morte em crianças com menos de cinco anos em países subdesenvolvidos. Essa deficiência alimentar pode ser definida como uma insuficiência dos nutrientes essenciais. A desnutrição, entretanto, não ocorre apenas em pessoas que não têm acesso a uma alimentação saudável, esse problema também pode afetar pessoas doentes, com má absorção dos nutrientes. Comum em pacientes com diarreia intensa, anorexia e com doenças como câncer e HIV. A desnutrição fragiliza o sistema imunológico, gera perda muscular e de gordura, retardo no crescimento, alterações psicológicas, enrugamento da pele, anemia e alterações ósseas. Em crianças, o desenvolvimento mental e físico fica seriamente comprometido.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise retrospectiva dos casos de sequelas de desnutrição e outras deficiências nutricionais nas regiões Norte e Nordeste nos últimos 5 anos.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos no Sistema de informações Hospitalares (SIH/ SUS), durante o período de junho de 2016 a junho de 2021, utilizando as variáveis faixa etária, sexo, taxa de mortalidade e óbitos.

**RESULTADOS:** Conforme o DATASUS, no período analisado, foram registradas 52.998 internações por sequelas de desnutrição e outras deficiências nutricionais no Norte e Nordeste, comparando com o quantitativo total no Brasil, essa quantidade representa 34.16% das internações. Quanto ao sexo, pela ocorrência de casos, nas duas regiões lidera o masculino (28.582; 54%), e com um menor número, o feminino (24.416; 46%). As faixas etárias mais acometidas no Nordeste são de 80 anos ou mais (9.034), e de 70 a 79 anos (7.069), enquanto no Norte são de menores que 1 ano (1.347) e de forma equivalente à outra região de 80 anos ou mais (1.169). Ocorreram em ambas as localidades 6.395 óbitos, com predominância no Nordeste. A taxa de mortalidade geral no país é de 14,16%, tendo o Nordeste o índice de 12,16% e o Norte de 9,26%.

**CONCLUSÃO:** Com base no que foi explanado, conclui-se que as regiões em questão juntas, representam pouco mais de uma terça parte dos casos de internações por desnutrição e outras deficiências nutricionais no Brasil. Foi evidenciado uma leve predominância pelo sexo masculino (54%), assim como em idosos acima de 80 anos no Nordeste e menores que 1 ano no Norte, com uma taxa de mortalidade de 12,16% e 9,26% no Nordeste e no Norte, respectivamente.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COPINSKI | fcopinski@gmail.com

**1104538 – ANÁLISE DOS MANEJOS TERAPÊUTICOS DO LINFOMA GÁSTRICO**

**AUTORES:** Gabriel Lucena de Carvalho Soares (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Anna Julie Medeiros Cabral (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Andrei Rannieri D'Ávila Pedrosa Ferreira (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Bruna Furtado Gambarra (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Gabriel Moura Régis (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rebeca Medeiros de Oliveira (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Paulo Francisco Lucena de Araújo Espínola (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Cerca de 1/3 de todos os linfomas não Hodgkin correspondem aos linfomas extralinfonodais. O principal sistema atingido é o trato gastrointestinal, sendo o estômago o órgão mais acometido. No que tange aos linfomas gástricos, seus principais representantes são o linfoma difuso de grandes células Beta e o linfoma MALT, representando aproximadamente 95% dos casos.

**OBJETIVO:** Analisar os métodos terapêuticos do linfoma gástrico.

**MÉTODO:** Estudo de revisão integrativo, de caráter descritivo, realizado em setembro de 2021, através de artigos das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e PubMed, em inglês e português. Os descritores “Linfoma”, “Conduta do Tratamento Medicamentoso” e “Linfoma de Hodgkin” advindos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), juntamente com o operador booleano “OR” constituíram a fórmula de busca do artigo. Após a aplicação da fórmula supracitada, 32 artigos foram encontrados nos últimos 5 anos. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 6 artigos foram selecionados para compor esta revisão por melhor se adequarem ao tema.

**RESULTADOS:** A análise de um estudo randomizado duplo-cego com 303 pacientes com linfoma difuso de grandes células B (LCGCB) tratados com quimioterapia, demonstrou que aqueles que possuíam o Gene Myc tiveram apenas 14% de sobrevida, apresentando um pior prognóstico, e aqueles que tinham translocação, tiveram uma taxa de sobrevida global de 35% - aproximadamente 2 anos de vida. Outro estudo com 25 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, a sobrevida média foi de 29,2 meses. Cerca de 44% (n=11) possuíam uma sobrevida de cinco anos, 36% apresentavam linfonodos regionais não comprometidos e doença confinada ao estômago. Além disso, 32% da amostra receberam em consonância o tratamento adjuvante, desses, 24% foram submetidos à quimioterapia exclusiva, 4% receberam somente radioterapia e outros 4% receberam quimioterapia e radioterapia. Conforme observado nos resultados, o tratamento convencional com quimioterapia não possui uma eficácia satisfatória, enquanto o tratamento cirúrgico, pode ser curativo na maioria dos casos.

**CONCLUSÃO:** Portanto, diante do linfoma difuso de grandes células, a adição do tratamento cirúrgico tem se mostrado eficiente para um melhor prognóstico dos pacientes comparado ao tratamento apenas com quimioterapia, visto que a cirurgia possibilita melhor eficiência da quimioterapia.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL LUCENA DE CARVALHO SOARES | [gabriellucenacs3@gmail.com](mailto:gabriellucenacs3@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104598 – Perfil epidemiológico de pacientes com Gastrite e duodenite no Brasil nos últimos 10 anos

**AUTORES:** Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Iasmin Pordeus Coura Urtiga (Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba FCM - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Atália Isabelle Estevam Nogueira Ferreira (Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastrite e a duodenite são processos inflamatórios crônicos da mucosa do estômago e do duodeno, inicialmente superficiais, que podem evoluir para úlceras quando a lesão se torna circunscrita e atinge a camada muscular da mucosa. Os fatores de risco desta condição estão relacionados ao desequilíbrio entre as defesas e as agressões à mucosa gastrointestinal. Também existem causas externas, como o uso de anti-inflamatórios e a agressão da bactéria *Helicobacter pylori* nos indivíduos mais susceptíveis. Dentre as complicações principais, destacam-se a hemorragia e as fístulas, além do câncer gástrico, especialmente quando há presença de *H. Pylori*.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise retrospectiva dos casos de gastrite e duodenite no Brasil nos últimos 10 anos.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos no Sistema de informações Hospitalares (SIH/ SUS), durante o período de junho de 2011 a junho de 2021, utilizando as variáveis faixa etária, região, raça, sexo, taxa de mortalidade e óbitos.

**RESULTADOS:** No Brasil houve um total de 392.785 internações registradas por gastrite e duodenite entre junho de 2011 e junho de 2021. A Região Nordeste foi a região que apresentou maior número de internações, com 165.252 (42%), seguida pelo Sudeste com 78.092 (19,8%), e a região com menor número de casos registrados é a região Centro-Oeste com 39.480 (10%). A faixa etária mais acometida foi entre 30 a 39 anos, com 57.202 internações (14,5%), tendo a Região Nordeste com 24.922 e a Região Sul com apenas 4.178 internações. A população mais afetada foi a parda seguida pela branca, com 163.322 e 90.849 respectivamente. A população parda foi predominante na Região Nordeste, com 89.512, enquanto a Branca foi maioria na Região Sudeste, com 41.131. Houve maior predomínio do sexo feminino, com 218.769, enquanto o sexo masculino teve 174.016. A taxa de mortalidade é maior nas regiões Sudeste e Sul, sendo a predominância de óbitos no Nordeste e Sudeste.

**CONCLUSÃO:** A partir da análise dos resultados concluiu-se que decorrente do número de internações nos últimos 10 anos, os casos de gastrite e duodenite foram maiores na região Nordeste e menores na região Centro-Oeste, sendo mais prevalente na população branca e no sexo feminino, atingindo uma maior faixa etária de 30 a 39 anos. Considerando a taxa de mortalidade e quantidade de óbitos de indivíduos acometidos por essas patologias, a região Sudeste destaca-se em ambas categorias.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA | arthurfranca8@gmail.com

**1104612 – O CONSUMO DE FARINHA DE MANDIOCA COMO FATOR PROTETOR DE EPIGASTRALGIA EM UMA AMOSTRA DE POPULAÇÃO AMAZÔNICA**

**AUTORES:** Isabella Siqueira Ferreira (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Ana Paula Cecilia Braga (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Emilly Mariane Novaes de Lima (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Paulo André Vieira de Carvalho Bernardo (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Viviane de Nazaré Lopes de Souza (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Lucas Eduardo Carneiro Albuquerque (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Walther Augusto de Carvalho (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil), Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes (Centro Universitário do Pará - Belém - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hipercloridria é um reconhecido fator associado à epigastralgia. O excesso na acidez estomacal está de algum modo relacionado com uma maior atividade dos trocadores H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> contidos nas membranas das células parietais do estômago, os quais extraem K<sup>+</sup> do lúmen estomacal, e bombeiam H<sup>+</sup> para este lúmen, acidificando-o.

**OBJETIVO:** Investigar uma possível associação protetiva do consumo de farinha de mandioca em relação a manifestação clínica de epigastralgia. Como esta farinha é rica em K<sup>+</sup>, levanta-se a possibilidade de um efeito de massa inibir o bombeamento de H<sup>+</sup> para o lúmen est

**MÉTODO:** Nesse estudo transversal, foram coletados dados de 54 pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatologia e Gastroenterologia do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Foi realizada análise dos dados no programa de computação estatística R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)), calculando-se a razão de prevalência (RP,  $\pm$  intervalo de confiança de 95% [IC95% ]), além da análise de proporções usando o teste F test (alfa = 0,05).

**RESULTADOS:** Os pacientes consumidores de farinha de mandioca mostraram-se menos propensos a apresentar a epigastralgia como sintoma clínico (PR = 0,1103 [IC95%: 0,008-0,804], p = 0.0466).

**CONCLUSÃO:** Concluímos que o consumo de farinha de mandioca pode ter um efeito protetivo sobre a hipercloridria, com base nos resultados observados e na possibilidade de um possível efeito de massa por elevados níveis de K<sup>+</sup> inibir um bombeamento exacerbado de H<sup>+</sup> durante o período prandial. Entretanto, novas investigações precisam ser realizadas para um melhor esclarecimento desse achado.

**CONTATO AUTOR:** ISABELLA SIQUEIRA FERREIRA | [isasiqqq@gmail.com](mailto:isasiqqq@gmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 101695 – EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES PORTADORES DE CIRROSE HEPÁTICA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO DE HEPATOLOGIA NO PERÍODO DE 2016 A 2020.

**AUTORES:** Vitória Felice Camargos (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Marlon Reis Alcantara (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Vívian Laís de Lima (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Hugo de Freitas Queiroz (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), José Rubens de Andrade (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A cirrose hepática (CH) é o estágio final de todas as doenças que acometem cronicamente o fígado, resultando em perda de sua estrutura arquitetural e da sua funcionalidade. Dentre as suas principais causas, destacam-se as infecções virais crônicas, o consumo de álcool, e mais recentemente, a síndrome metabólica, composta pela associação de obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia.

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico de cirróticos em acompanhamento em um Ambulatório de Hepatologia no período de 2016 a 2020.

**MÉTODO:** O presente estudo seguiu uma lógica observacional e retrospectiva, de abordagem descritiva, com a análise do perfil epidemiológico de 50 pacientes portadores de CH no referido ambulatório. As variáveis contínuas foram dispostas em frequências absolutas, e as variáveis categóricas foram dadas como percentuais. Para identificar a relação entre as variáveis independentes, por estatística inferencial, utilizou-se o Teste G Binomial, considerando o nível de significância a 5% com o p value < 0,05.

**RESULTADOS:** Dentre os pacientes cirróticos, 78% eram do sexo masculino, com predominância entre as 5ª e 6ª décadas de vida. No que tange o motivo da referência ao ambulatório de hepatologia, 76% procuraram atendimento com queixas de alterações sintomatológicas, como dor em hipocôndrio direito (41%), ascite (18%) e hemorragia digestiva alta (10%). A etiologia mais prevalente foi a alcoólica (69%) seguida pela criptogênica (12%). Quanto a classificação de Child-Pugh, 43% eram da classe A, enquanto, 14% eram C. 63% dos pacientes afirmaram hábito tabágico e apenas 4% evoluíram para CHC. Houve associação entre as proporções das variáveis tabagismo e CHC ( $p=0,0408$ ), sexo masculino e maior gravidade da doença ( $p=0,0061$ ) e a presença de comorbidades associadas à CH com a incidência de CHC ( $p<0,001$ ).

**CONCLUSÃO:** Esta pesquisa visa contribuir para o fomento das informações epidemiológicas acerca da CH, somando-se a outras produções científicas já existentes, o que pode corroborar com diagnóstico precoce, medidas de cuidado e prevenção mais efetivas em relação a tal doença.

**CONTATO AUTOR:** VITORIA FELICE CAMARGOS | vivitfcel@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101819 – Insuficiência hepática aguda: série de casos em um centro de transplante hepático do estado de Pernambuco

**AUTORES:** ANA KARLA LOPES RODRIGUES (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), CRISTIANE TIBURTINO DE OLIVEIRA GOMES (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Karina Kelly Mendes Negromonte (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Isabella Ramos de Oliveira Liberato (Faculdade Pernambucana de Saúde - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Isabela Farias Wanderley (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Insuficiência hepática aguda (IHA) grave é o desenvolvimento súbito e progressivo de icterícia, coagulopatia e encefalopatia em pacientes sem doença hepática crônica prévia. Geralmente são adultos entre 35 - 45 anos, do sexo feminino. Devido à sucessiva e rápida destruição hepatocelular, a mortalidade pode chegar a 80% dos casos. O tratamento mais eficaz e que de fato modifica o desfecho da doença é o transplante (TX) de fígado.

**OBJETIVO:** Avaliar perfil clínico-epidemiológico de pacientes cujo diagnóstico foi IHA, admitidos em centro de referência em TX hepático no estado de Pernambuco e o seu desfecho.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, onde foram coletados dados de prontuários de pacientes admitidos e listados com priorização em fila de transplante devido ao diagnóstico de IHA em um centro de referência do estado de Pernambuco, no período de janeiro/2014 a julho/2021.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 23 pacientes dos quais 17 (73%) eram do sexo feminino. A média de idade foi 38 anos. O tipo sanguíneo O foi o mais prevalente (56%). As etiologias mais frequentes foram criptogênica, hepatite autoimune e hepatite B (56%, 21% e 17% dos casos, respectivamente). Do total, 11 (48%) foram transplantados e 2 (9%) recuperaram a função hepática sem necessidade do TX, entretanto uma delas evoluiu para óbito por choque séptico. Dez (43%) faleceram na espera por um enxerto. Dos transplantados, 7 (63%) foram a óbito. A mortalidade geral da casuística foi de 74%. O tempo médio entre a listagem e a realização do TX foi de 3 dias; o intervalo entre listagem e óbito foi de 10 dias e entre a realização do TX e óbito, foi de 13 dias.

**CONCLUSÃO:** Nesta casuística, a maior parte dos pacientes com IHA era do sexo feminino, jovens, corroborando o que diz a literatura. A identificação da etiologia da lesão hepática não foi possível na maioria da amostra, já que muitos pacientes foram a óbito sem que fosse realizado estudo anatomopatológico. A alta taxa de mortalidade observada nesta série de casos é compatível com as estatísticas mundiais, reitera a gravidade da IHA e reforça a necessidade de agilidade entre o diagnóstico e a oferta da terapêutica adequada.

**CONTATO AUTOR:** ANA KARLA LOPES RODRIGUES | anakarlalopes412@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101851 – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DA RESPOSTA VIRAL SUSTENTADA DOS PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE C SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA

**AUTORES:** NYVIA MARIA BARROSO PORTELA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), FRANCISCO SÉRGIO RANGEL DE PAULA PESSOA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O vírus da hepatite C infecta cerca de 71 milhões de pessoas em todo o mundo e no Brasil a estimativa de infectados é de 2 a 3 milhões. Dos infectados, 60 a 70% irão evoluir para hepatopatia crônica, dos quais 20% poderão desenvolver cirrose em 20 anos e, desses, 1 a 4% progredir para hepatocarcinoma. A maioria dos portadores da doença desconhece seu diagnóstico, sua forma de aquisição e a existência do tratamento efetivo para a mesma. O seu tratamento atual é realizado com novos antivirais de ação direta (DAAs) de segunda geração que evidenciaram maior eficácia, menos efeitos colaterais, regimes de curta duração e resposta viral sustentada (RVS) superiores a 90%. No Brasil, especialmente no Ceará os estudos epidemiológicos sobre esse tema ainda são escassos.

**OBJETIVO:** Analisar as características epidemiológicas e a RVS dos portadores de hepatite C submetidos a tratamento com DAAs em um hospital terciário de Fortaleza.

**MÉTODO:** Estudo do tipo coorte retrospectiva que incluiu pacientes assistidos ambulatorialmente em um hospital terciário de Fortaleza no período de janeiro de 2015 a julho de 2020, dos quais foram avaliados dados demográficos e clínicos.

**RESULTADOS:** Foram incluídos na coorte final 169 pacientes. Houve predominância (57%) do sexo masculino com idade média de (55,94 ± 11,39 anos). A maioria tinha cirrose e apresentava genótipo (GT) 1 e foram tratados com sofosbuvir e daclatasvir (SOF / DCV). Os dois pacientes coinfectados com HIV e todos os pacientes com clearance de creatinina <30 no nosso estudo obtiveram RVS. Em relação aos pacientes que não obtiveram RVS, 60% (n=3) não eram cirróticos e não faziam uso de esquema terapêutico anterior, enquanto

40% (n=2) eram cirróticos, GT 3 e já haviam sido tratados previamente com interferon e ribavirina. O fato de pacientes já terem usado previamente esse esquema mostrou forte associação, com relevância estatística (p<0,05) na não obtenção da RVS quando comparado com o grupo de pacientes que obtiveram RVS e não realizaram esse esquema de tratamento no passado. A taxa geral de RVS foi de 97%. Já a taxa de RVS dentro de cada genótipo foi de 98% para o GT 1a, 99% no GT 1b, 86% no GT 2 e 94% no GT 3. Contudo, tal diferença não mostrou relevância estatística, entre genótipos e a RVS, pois o p>0,05.

**CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo mostraram uma população predominantemente masculina, com idade média de 55,94 ± 11,39 anos, a maioria de cirróticos, com predomínio do GT 1 e sendo o esquema SOF/DCV mais utilizado. Ressalta-se a boa tolerância e a elevada efetividade dos novos DAAs, com uma taxa global de RVS de 97%.

**CONTATO AUTOR:** NYVIA MARIA BARROSO PORTELA | nyviaportela@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101944 – Sobreposição de casos de Hepatites virais B, C e HIV notificados no Brasil ao longo de 11 anos.

**AUTORES:** Julia Barreto de Farias (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Liz Lustoza Brandão (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Bruna Santos Moura (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Lucca Vieira Tineli (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Sandrine Cordeiro Miranda (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Catharine Conceição Martinez Garcia (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As infecções pelos vírus das hepatites e da imunodeficiência adquirida (HIV) apresentam elevadas taxas de incidência e prevalência no país. Devido a correlação dos modos de transmissão e fatores de risco, a coinfeção de HIV e hepatites B e C ocorrem com elevada frequência, sendo um desafio para a saúde pública.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de hepatites virais e HIV notificados no Brasil entre 2007-2018 e estabelecer uma correlação entre as curvas epidemiológicas destes vírus

**MÉTODO:** : Estudo ecológico, com dados agregados incluindo casos notificados de hepatites B,C e HIV no período entre 2007-2018 no Brasil. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

**RESULTADOS:** Foram notificados 34.423 casos de hepatite virais em 11 anos. A incidência de hepatite B aguda permaneceu constante ao longo dos anos, enquanto a de hepatite B crônica quase dobrou de 7.857 para 14.695 em 2014. Entretanto, há uma inflexão nos casos de hepatite B crônica a partir de 2014, com redução desse número para 11.134 em 2018. Os casos de hepatite C aumentaram constantemente ao longo dos anos, sendo que o número de casos de hepatite C aguda subiu de 268 em 2007 para 843 em 2018, e o número de casos de hepatite C crônica cresceu de 10.901 para 17.465 no mesmo período. Em todas as hepatites virais, o sexo masculino foi predominante ao longo dos anos, com uma média de 54,5% de homens no total. Nas diversas formas de hepatite B e C, a incidência é maior na idade adulta: durante o período analisado, os casos predominam nas faixas etárias de 20-39 anos e de 40-59 anos. A incidência de infecções por HIV manteve relativa estabilidade no total, mas com leve tendência de aumento entre 2007-2013. A infecção por HIV apresentou maior prevalência entre 20-49 anos e no sexo masculino, sendo acentuada a diferença entre os sexos ao longo dos anos. Em 2007, aproximadamente 60% dos casos de HIV ocorreram no sexo masculino, enquanto em 2018 esse número cresceu para aproximadamente 70%, com uma média de 64,6% nos 11 anos analisados.

**CONCLUSÃO:** As curvas de incidências das hepatites B e C crônicas e HIV se mantêm sobrepostas ao longo dos anos, contudo a partir de 2013, observamos maior número de notificações de HCV, possivelmente, devido maior número de busca ativa de casos e notificações associada às novas terapias antivirais

**CONTATO AUTOR:** LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE | lourianne@gmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 102005 – CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL NACIONAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIA MALIGNA DE FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS AO LONGO DE UMA DÉCADA (2011 A 2020)

**AUTORES:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - Santarém - Pará - Brasil), Adriano de Oliveira Vieira Vieira (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Davi Viana Melo de Farias Farias (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Daniel Miranda de Souza Nascimento Nascimento (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa Sousa (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A neoplasia maligna de fígado se trata de um tumor incomum, tendo sua causa bastante relacionada com a cirrose hepática (98% dos casos) no território brasileiro. As neoplasias de vias biliares são consideradas raras, nas quais o paciente apresenta um quadro sintomatológico variado e, quando identificadas já apresentaram estágios mais avançados da doença. As duas comorbidades, em conjunto, são a terceira causa de mortes no mundo.

**OBJETIVO:** Caracterizar as internações por neoplasia maligna de fígado e vias biliares em território brasileiro

**MÉTODO:** Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), plataforma de registros associada ao DATASUS, do Ministério da Saúde. Foram coletados dados acerca das internações referentes aos cânceres de fígado e de vias biliares intra-hepáticas no período de 2011 a 2020 no Brasil

**RESULTADOS:** Entre 2011 e 2020, o número de internações por neoplasia de fígado e vias biliares intra-hepáticas foi de 87.269. Ao se analisar por regiões do país, a região Sudeste abrange a maior parte das internações, 42.354, seguida pela região Sul 20.329, Nordeste 17.140, Centro-Oeste 4.549 e o Norte com 2.897. A avaliação por faixa etária permite detectar a idade como importante fator de risco para a incidência desta neoplasia, pois, a maioria dos internados tinham idade acima de 50 anos (79,4%). Quanto ao sexo, observou-se maior prevalência de internações masculinas, (56,2%), do que femininas, (43,8%). Indivíduos autodeclarados brancos são mais numerosos, (47,7%); seguidos pardos (29%); “sem informação” respondem por (17,8%); pretos (4,1%); amarelos (1,2%); e indígenas (0,04%). O total de óbitos por neoplasia maligna de fígado e vesícula biliar nos últimos dez anos foi de 20.482. A taxa de mortalidade no Brasil é de 23,47, sendo que a maior taxa está em indivíduos incluídos em “sem informação” 27,16; seguido por cor preta 25,33; cor parda 24,03; cor amarela 23,72, indígenas 22,86 e por último de cor branca, 21,58.

**CONCLUSÃO:** Percebe-se, portanto, que o câncer de fígado e vias biliares apresenta uma alta taxa de mortalidade e heterogeneidade, de acordo com o perfil populacional de cada região. Observou-se uma exposição maior desta doença em indivíduos acima de 50 anos, evidenciando a necessidade de ações de saúde preventivas direcionadas a esse público.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | msm.med.uepa@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102028 – Avaliação da qualidade de vida e da presença e gravidade da fadiga crônica em pacientes portadores da hepatite C crônica

**AUTORES:** JOÃO LUCAS DOURADO DO VAL (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), PAULO AUGUSTO DA SILVA (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), GABRIELA RIOS CATELANI (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), BÁRBARA REZENDE MARTINS (Centro de Atendimento de Infecções Crônicas - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), CÍNTIA MARTINS RUGGIERO (Centro de Atendimento de Infecções Crônicas - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), SIGRID DE SOUSA DOS SANTOS (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), HENRIQUE POTT JÚNIOR (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil), SILVANA GOMES FLORENCIO CHACHÁ (Departamento de Medicina da UFSCar - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Fadiga crônica tem sido relatada por portadores da hepatite C crônica em diversos estudos, porém é negligenciada na prática clínica.

**OBJETIVO:** Avaliar a gravidade da fadiga crônica, a qualidade de vida e a capacidade funcional de indivíduos cronicamente infectados pelo vírus da hepatite C.

**MÉTODO:** Estudo realizado no formato transversal. Foi feita avaliação de: qualidade de vida (FS-36); fadiga crônica (Escala de Gravidade da Fadiga – FSS); depressão (Inventário de Depressão de Beck - IDB); capacidade funcional por meio dos testes Timed-up and Go; Teste de Sentar e Levantar; Teste de Caminhada de Seis Minutos. Foram feitas análises descritivas. Foi realizada análise de correlação por meio do coeficiente de Pearson, com significância estatística estabelecida em 5%.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 25 pacientes. Quanto à qualidade de vida (FS36) verificou-se que a dimensão “Aspectos Emocionais” foi a mais prejudicada ( $45,33 \pm 40,69$ ), sendo a “Capacidade Funcional”, a menos prejudicada ( $72 \pm 27,23$ ). Doze indivíduos (48%) apresentaram escore FSS compatível com a presença de fadiga crônica, com média de pontuação  $27,48 \pm 15,94$ . A média do escore IDB foi  $16,96 \pm 11,17$ , dezesseis pacientes (64%) tiveram ao menos grau leve de depressão (>14 pontos) ou superior. Quanto aos testes funcionais: a média do Timed-up and Go foi de  $11,52 \pm 3,21$ , sendo que 11 pacientes (52%) fizeram o teste em menos de 10 segundos (sem deficiência de mobilidade). No Teste de Sentar e Levantar a média ficou em  $6,76 \pm 2,58$ , e para a Caminhada de Seis Minutos a média foi de  $420,3 \text{ metros} \pm 75,83$  (esperado:  $577,6 \pm 25,88$ ). Houve forte correlação entre a presença de fadiga e pior desempenho no componente emocional do FS36 ( $r = -0,74387507$  e  $p < 0,001$ ). A presença de depressão correlacionou-se a pior desempenho nos Aspectos Sociais do FS36 ( $r = -0,733830032$  e  $p < 0,001$ ). O Timed-up and Go correlacionou-se fortemente ao componente Capacidade Funcional da análise do FS36, e com a prova de Sentar e Levantar.

**CONCLUSÃO:** Na amostra estudada houve alta prevalência de fadiga crônica e de sintomas depressivos, com deterioração da qualidade de vida, particularmente nos aspectos sociais e emocionais. A capacidade funcional manteve-se preservada. Há que se destacar as limitações do trabalho: trata-se de amostra pequena, para a qual não foi realizada análise de fatores econômicos. Pretende-se realizar nova avaliação dos pacientes após o tratamento com antivirais orais.

**CONTATO AUTOR:** JOAO LUCAS DOURADO DO VAL | [douradodoval@gmail.com](mailto:douradodoval@gmail.com)

**102166 – COBERTURA VACINAL DA HEPATITE B ENTRE 2015 – 2020: UM ESTUDO COMPARATIVO**

**AUTORES:** Ana Beatriz Santos Ferreira (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Flávia Shwenck Fagundes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabriella Coni Serra (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Rafaella Cazé de Medeiros (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Catarina Mendes Doria (UnifTC - Salvador - Bahia - Brasil), Miguel Godeiro Fernandez (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Iasmin Oliveira Andrade (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Blenda Martins Moreno (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Gabrielle Azevedo Costa (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Caroline Rosário da Silva (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina de Oliveira Souza Casal (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Luisa Moura Mascarenhas (UNIME - Salvador - Bahia - Brasil), Anna Paula Matos de Jesus (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Bianca Correia Cortes (UNIFACS - Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A hepatite B é uma doença infecciosa causada pelo vírus da hepatite B (VHB). A sua transmissão ocorre pelo contato do indivíduo com fluidos corporais infectados e pela transmissão vertical. Desta forma, alguns grupos são particularmente mais suscetíveis a este agente. A vacinação configura-se como a atividade mais efetiva na prevenção da transmissão do VHB.

**OBJETIVO:** Comparar os avanços da cobertura vacinal no período de 2015 a 2020, tanto em relação ao total de doses aplicadas quanto em relação à distribuição por regiões brasileiras.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado entre os anos de 2015 a 2020. Foram utilizados dados do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API) sistema este gerido pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPN) e disponibilizado através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

**RESULTADOS:** Cerca de 50.016.116 de doses do imunobiológico contra a Hepatite B (HB) foram administrados no país entre os anos de 2015 a 2020. O menor número de imunizações com a (HB), ocorreu no ano de 2020 com menos de 6 milhões de doses aplicadas (5.720.734). Dentre os seis anos analisados por esse estudo, 2015 foi o período em que se registrou maior taxa de vacinação contra a Hepatite B no Brasil, cerca de 11.981.494 de doses aplicadas no país. Em relação aos anos de 2017, 2018 e 2019, as doses aplicadas se mantiveram em uma mesma média, cerca de 8 milhões de doses de vacina HB aplicadas. Quanto à área de cobertura vacinal, analisando as regiões brasileiras, nota-se que o menor percentual de imunizações contra a HB ocorreu na região Norte, com menos de 80% da área de cobertura vacinal. Nos demais percentuais, temos a região Nordeste com 84,03%, região Sudeste com 90,90%, região Centro-oeste com 88,89% e a região Sul, liderando com 91,50% da área de cobertura vacinal, ainda assim, abaixo da meta.

**CONCLUSÃO:** É essencial o desenvolvimento da vacinação contra hepatite B, contudo observou-se com esse estudo uma queda do total de doses aplicadas nos últimos 5 anos. As peculiaridades de cada região somadas à atual pandemia (COVID-19) influenciam nesse desfecho. Portanto, é de suma importância o incentivo a vacinação, principalmente no Norte e do Nordeste do país, onde há uma discreta divergência, comparando com outras regiões.

**CONTATO AUTOR:** ANA BEATRIZ SANTOS FERREIRA | anabeatriz2101@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102229 – Avaliação diagnóstica da Doença Hepática Ocupacional e Ambiental (DHOA)

**AUTORES:** Vitória Fedrizzi Sakai (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Patrícia Gabriela Riedel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Sheila de Castro Cardoso Toniasso (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Raquel Boff da Costa (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Carlota Borba Brum (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Dvora Joveleviths (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** DHOA é um conceito que envolve lesão hepática relacionada à exposição ocupacional e ambiental, em que não há características clínico-histológicas que sejam patognomônicas. Além disso, a hepatotoxicidade pode ser desencadeada pelo uso de um amplo espectro de substâncias, tais como fármacos, suplementos dietéticos e produtos químicos que promovem dano ambiental, incluindo os agrotóxicos.

**OBJETIVO:** Avaliar fatores determinantes para a hepatotoxicidade e para o estabelecimento do diagnóstico de DHOA.

**MÉTODO:** Estudo de revisão narrativa da literatura com busca de artigos nas bases eletrônicas LILACS, PubMed e MEDLINE sobre fatores relacionados à hepatotoxicidade e ao diagnóstico na DHOA.

**RESULTADOS:** O diagnóstico dependerá da suspeita clínica. Após revisão da literatura, identificamos os seguintes fatores de risco para o estabelecimento da DHOA: idade, sexo, etnia, consumo de álcool e drogas, doenças hepáticas prévias, comorbidades e propriedades farmacológicas. Além disso, para estabelecer onexo causal é fundamental a revisão da exposição ocupacional a produtos químicos hepatotóxicos, a exclusão de outras causas associadas à história ocupacional completa junto à anamnese detalhada. Para o estabelecimento do diagnóstico é necessário: avaliação clínico-epidemiológica de casos semelhantes, revisão completa dos agentes ambientais direta ou indiretamente manipulados, avaliação da introdução de novos agentes e/ou de alterações no processo produtivo, revisão da quantidade e do tempo de exposição, análise das medições ambientais realizadas pela empresa e identificação das medidas de proteção coletiva e individual.

**CONCLUSÃO:** Os fatores determinantes para a hepatotoxicidade e o estabelecimento do diagnóstico de DHOA podem ser identificados através de estratégias de controle da doença hepática ocupacional com base nos princípios gerais de prevenção primária e secundária. As estratégias primárias objetivam identificar e remover (ou reduzir) as exposições hepatotóxicas, enquanto as secundárias englobam o rastreamento dos trabalhadores ativamente expostos a hepatotoxinas conhecidas ou suspeitas, buscando identificar a doença hepática em estágio reversível inicial. Contudo, tais métodos não devem substituir as medidas de prevenção primária. Na prática da Medicina do Trabalho, a avaliação e a conduta em relação às possíveis substâncias hepatotóxicas dependem do seguimento sistemático de uma população de trabalhadores, por meio da realização periódica de avaliação clínica laboratorial e do adequado controle ambiental.

**CONTATO AUTOR:** VITORIA FEDRIZZI SAKAI | vsakai@hcpa.edu.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102242 – Elevação leve de aminotransferases e aumento da mortalidade hospitalar da COVID-19 em pacientes com mais de 60 anos: análise de 1229 casos

**AUTORES:** Patrícia Gabriela Riedel (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ysela Ysabel Picón Pérez (Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia e Hepatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Vitória Fedrizzi Sakai (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Dvora Joveleviths (Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia e Hepatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mário Reis Álvares Da Silva (Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia e Hepatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A COVID-19 é uma doença sistêmica com manifestação prioritariamente respiratória, mas podendo levar a alterações hepáticas; sua origem e impacto ainda estão pouco esclarecidos.

**OBJETIVO:** Avaliar as manifestações hepáticas em pacientes internados com COVID-19 e verificar associação com a severidade da doença e a mortalidade hospitalar.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo de pacientes internados em um hospital terciário entre abril e outubro de 2020 com PCR positivo para SARS-CoV-2. Foram avaliadas as variáveis: manifestações clínicas, exames complementares, gravidade da doença, necessidade de suporte de oxigênio (O<sub>2</sub>), admissão em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tempo de internação e evolução final. Analisou-se as enzimas hepáticas (AST, ALT) na admissão e seu pico durante a internação, associados com a severidade da doença e a mortalidade hospitalar.

**RESULTADOS:** Foram revisados 1454 prontuários, sendo excluídos 225: 48 por readmissões, 62 por neoplasia avançada, 60 transplantados de órgãos sólidos, 34 com imunossupressores e 69 por PCR rápido não confirmado, restando 1229. Desses, a mediana de idade foi 60 anos e 51.5% eram homens. Ainda, 51.2% eram hipertensos, 36.4% obesos, 31.6% diabéticos, 8.6% hepatopatas, 2.3% cirróticos e 3.8% com diagnóstico prévio de MAFLD. Em 1080 casos, AST e ALT foram obtidas na admissão, estando elevadas em 56,9%: 1 a 2 vezes o limite superior do normal em 63,8%; 2 a 5 em 29,8%, e acima de 5 em 6,36%. Comparados a pacientes com aminotransferases normais, os analisados apresentaram maior severidade da COVID-19 (73,1%vs.63,7%;P=0,01), mais complicações com necessidade de suporte O<sub>2</sub> (83,9%vs.72.1%;P<0,001), terapia substitutiva renal (20,7%vs.11,2%; P<0,001), uso de vasopressores (41,7%vs.28,1%;P<0,001), taxas de admissão em UTI (56%vs.41,6%; P=0,001) e mortalidade hospitalar (26,5%vs.18,7%;P=0,003). Essa última foi maior em pacientes acima de 60 anos com aminotransferases elevadas em comparação àqueles na mesma faixa com exames normais ou à população geral: 61,8%, 38,2% e 23,6%, respectivamente (P<0,001). Após correlações, a regressão logística multivariada mostrou que aminotransferases alteradas tiveram associação com a severidade da COVID-19 (p<0.001), necessidade de terapia substitutiva renal (p=0.003), bem como uso de vasoativos (p=0.027).

**CONCLUSÃO:** Elevação leve de aminotransferases é comum em pacientes com COVID-19 e é possível que nesse estudo preliminar se relacione à severidade da doença e a sua mortalidade hospitalar, sobretudo em pacientes acima de 60 anos.

**CONTATO AUTOR:** PATRICIA GABRIELA RIEDEL | priedel@hcpa.edu.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102301 – Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes sob risco de desenvolvimento de Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA) a nível de atenção primária

**AUTORES:** Vitória Fedrizzi Sakai (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Márcia da Silva Vargas (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Patrícia Gabriela Riedel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mário Reis Álvares-da-silva (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Dvora Joveleviths (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A DHGNA é uma problemática de saúde pública e se tornou a primeira causa de doença hepática no mundo, tendo a obesidade e a resistência à insulina como fatores associados. Nos últimos anos, obteve-se avanços sobre a fisiopatologia da DHGNA, sendo a esteatohepatite um estágio mais agressivo. Tal fato levou à identificação de alvos terapêuticos que, aliados à avaliação de fatores de risco associados ao desenvolvimento da DHGNA, são de suma relevância, tanto pela escassez de estudos epidemiológicos acerca do assunto como devido ao acometimento de cerca de 25% dos adultos mundialmente. Portanto, a possível identificação dos determinantes de maior risco à população permitirá a prevenção de um pior prognóstico a nível de atenção primária à saúde (APS), reduzindo casos de cirrose e de carcinoma hepatocelular.

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência de fatores de risco para DHGNA nos pacientes pertencentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) de um hospital universitário.

**MÉTODO:** Os dados utilizados foram obtidos dos 12.054 prontuários eletrônicos de pacientes que procuraram a UBS no período entre 01/01/2015 a 18/03/2018.

**RESULTADOS:** Dentre o total avaliado, 34,3% foram classificados como hipertensos e 19,2% faziam uso de medicação anti-hipertensiva. Quanto à Diabetes Mellitus, 12,2% foram diagnosticados, enquanto 6,7% utilizavam droga hipoglicemiante; porém, 34,5% da amostra apresentou glicose acima de 100 mg/dl e 24,1% hemoglobina glicada maior que 6%. A dislipidemia atingiu 40,8% da população e 13,3% usava fármaco anti-dislipidêmico. Obteve-se 1.035 pacientes dos quais se calculou o IMC, representando 10,67% dos indivíduos e, destes, 77,08% apresentavam sobrepeso.

**CONCLUSÃO:** Profissionais da APS não estão alertas aos múltiplos aspectos de síndrome metabólica, provocando um lapso na orientação acerca do impacto do comportamento, da genética e do metabolismo à saúde dos pacientes. Os fatores de risco para DHGNA, como a glicemia elevada, presente em um terço da amostra, o sobrepeso e a obesidade, identificados em dois terços dos indivíduos, e o perfil lipídico altamente alterado, demonstram que os pacientes do estudo configuram uma população em risco de desenvolver a doença. Além disso, fica evidente a carência de uma organização que possibilite o rastreamento da DHGNA, já que há uma falta considerável de dados de qualidade disponíveis, sendo imprescindível a melhora na estrutura dos atuais incompletos registros epidemiológicos.

**CONTATO AUTOR:** VITORIA FEDRIZZI SAKAI | vsakai@hcpa.edu.br

**102316 – PERFIL DE MORTALIDADE POR COLECISTITE NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 4 ANOS**

**AUTORES:** Bárbara Franccesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colecistite é uma inflamação da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução do ducto cístico. Acomete, frequentemente o sexo feminino e, com o avançar da idade, tem no sexo masculino aumento de casos, em cerca de 30% após 65 anos.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil de mortalidade por colecistite no Brasil, durante o período de 2017 a 2020, comparando a faixa etária, região brasileira, cor/raça e o sexo.

**MÉTODO:** Realizou-se, em maio de 2021, um estudo epidemiológico transversal utilizando a base de dados do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT), selecionando o painel de monitoramento da mortalidade CID-10, filtrando por ano, faixa etária, óbitos, cor/raça e sexo de 2017 a 2020.

**RESULTADOS:** Em 2017, ocorreram 1855 óbitos por colecistite. Sendo 7 (0,5%) de 0 a 19 anos, 66 (4%) de 20 a 39 anos, 231 (12,5%) de 40 a 59 anos, 798 (43%) de 60 a 79 anos e 753 (40%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 1.074 (58%) feminino (F) e 781 (42%) masculino (M). Por cor/raça 1.142 (60%) branco, 552 (29,4%) parda, 106 (6%) preta, 9 (0,5%) amarela, 3 (0,1%) indígena, 69 (4%) ignorado (IGN).

Em 2018, ocorreram 1942 óbitos por colecistite. Sendo 8 (0,5%) de 0 a 19 anos, 47 (2,5%) de 20 a 39 anos, 289 (15%) de 40 a 59 anos, 821 (42%) de 60 a 79 anos e 777 (40%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 1.118 (57%) F e 824 (43%) M. Por cor/raça, 1.141 branca (58%), 619 (32%) parda, 115 (6%) preta, 8 (0,5%) amarela, 6 (0,5%) indígena e 53 (3%)IGN.

Em 2019, ocorreram 1.937 óbitos por colecistite. Sendo 7 (0,3%) de 0 a 19 anos, 51 (2,7%) de 20 a 39 anos, 259 (14%) de 40 a 59 anos, 804 (41%) de 60 a 79 anos e 816 (42%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 1.112 (57%) F e 825 (43%) M. Por cor/raça, 1.151 (59%) branco, 615 (32%) parda, 101 (5%) preta, 13 (0,7%) amarela, 3 (0,3%) indígena, 54 (3%)IGN.

Em 2020 ocorreram 1.680 óbitos por colecistite. Sendo 3 (0,2%) de 0 a 19 anos, 59 (3,8%) de 20 a 39 anos, 218 (13%) de 40 a 59 anos, 698 (41%) de 60 a 79 anos e 701 (42%) com 80 anos ou mais. Por sexo, 922 (55%) F e 758 (45%) M. Por cor/raça, 1.019 (60%) branca, 501 (30%) parda, 99 (6%) preta, 9 (0,5%) amarela, 7 (0,5%) indígena, 45 (3%)IGN.

**CONCLUSÃO:** No período estudado, a população geriátrica predominou o número de óbitos por colecistite no Brasil, mantendo alto índice de mortalidade nela. Observou-se, também, discreta prevalência de mortalidade em paciente feminino. Ainda, a cor/raça branca predominou, e a indígena foi a que menos registrou mortalidade entre 2017 a 2020.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

**102418 – EFEITOS DE EXTRATOS AQUOSO E ETANÓLICO DE PRÓPOLIS NA CARCINOGENESE HEPÁTICA EXPERIMENTAL PELA DIETIL-N-NITROSAMINA (DENA), EM RATOS WISTAR.**

**AUTORES:** Bruno Vítor Pinto Coelho Rodrigues (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Jacqueline Braga Pereira (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Vinícius Roberto Andrade (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Sônia Maria Figueiredo (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Sílvia Dantas Cangussu (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Ian Matsuhara Ferraz (Pontifícia Universidade Católica - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Eduardo Angelo Braga (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de fígado representa uma doença muito comum, apresentando uma incidência de cerca de 800 mil novos casos anuais, além de alta mortalidade, com mais de 700 mil mortes por ano. Estudos sugerem que diferentes tipos de extratos de própolis podem promover proteção contra as neoplasias hepáticas, contudo os efeitos específicos dos extratos aquoso e etanólico da própolis ainda carecem de evidências clínicas e experimentais.

**OBJETIVO:** O presente estudo teve por objetivo verificar o efeito dos extratos aquoso (EA) e etanólico (EE) de própolis no desenvolvimento de tumores hepáticos induzidos por carcinogênese experimental em ratos.

**MÉTODO:** Foram utilizados 50 ratos, da linhagem Wistar, machos, com peso de 50 g. Tais animais foram divididos aleatoriamente em cinco grupos, sendo que os ratos de G1 foram ofertados apenas com o carcinógeno, os de G2 e G3 receberam apenas EA e EE, respectivamente, enquanto que os ratos de G4 foram ofertados com o carcinógeno e com EA e os animais de G5 com carcinógeno e com EE. O carcinógeno Dietil-N-nitrosamina (DENA) foi administrado ao sétimo dia de experimento, em dose única, intraperitoneal, de 200 mg/Kg. Os extratos aquoso e etanólico foram ofertados em ad libitum a 0,1%. Após a 20ª semana de administração da DENA, os animais foram sacrificados. Foi realizado um estudo morfométrico, considerando o número de lesões hepáticas encontradas e o tipo de lesão.

**RESULTADOS:** Os ratos de G1 apresentaram 115 lesões no total, sendo 81 nodulares e 34 planas, e os ratos de G5 apresentaram 78 lesões no total, sendo 77 nodulares e 1 plana. Não foram identificadas alterações neoplásicas em G2 e G3 (controle) e em G4. Para análise estatística comparativa entre G1 e G4 e G1 e G5, quanto ao número total e tipo de lesões macroscópicas encontradas, foi utilizado o teste t de Student, demonstrando resultados estatisticamente significativos, na comparação de G1 e G4 quanto ao total de lesões, total de lesões planas e total de lesões nodulares, e G1 e G5 quanto ao total de lesões planas. Os resultados obtidos na comparação entre G1 e G5, bem como a ausência de lesões em G2, G3 e G4, sugerem um efeito protetor do extrato aquoso no aparecimento de tumores hepáticos.

**CONCLUSÃO:** Foi possível identificar que o extrato aquoso de própolis promoveu efeitos inibitórios de aparecimento e desenvolvimento de lesões hepáticas nodulares e planas em fígados de ratos Wistar machos, previamente submetidos à carcinogênese experimental pela DENA.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO VITOR PINTO COELHO RODRIGUES | brunovpcr@gmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 1104332 – Hepatite Delta em ambulatório de referência em Manaus

**AUTORES:** Lyrkis Paraense Barbosa Silva Neto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ketlin Batista de Moraes Mendes (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Antonio Solon Mendes Pereira (Universidade Nilton Lins - Manaus - Amazonas - Brasil), Diandra Sant'Ana Dutra Barros (Centro Universitário Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Karoline Teixeira Loiola (Centro Universitário Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Lina Miyuri Suizu (Centro Universitário Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Patricia Jeane de Oliveira Costa (Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O vírus da Hepatite D (HDV) é um vírus RNA, incapaz de infectar o hospedeiro na ausência do antígeno de superfície (HBsAg) do vírus da Hepatite B (HBV). Por conseguinte, a infecção pelo HDV é sempre uma coinfeção, dos vírus HDV-HBV ou uma superinfecção em portadores crônicos de hepatite B. Embora seja um problema de saúde pública mundial, tem maior prevalência na Amazônia ocidental, na Ásia e em regiões do continente africano.

**OBJETIVO:** Descrever os fatores demográficos, clínico e laboratoriais em pacientes portadores de HDV.

**MÉTODO:** Em um ambulatório de referência do Amazonas, foram avaliados 19 pacientes de livre demanda, portadores de hepatite delta, entre junho de 2018 e junho de 2019, sendo incluídos todos os pacientes notificados na presença dos seguintes marcadores sorológicos: HBsAg e/ou Anti-HBc IgM e/ou Anti-HBc IgG e/ou HBeAg e/ou Anti-HBe e presença de anti HDV. As informações de interesse foram registradas em um instrumento desenhado para este estudo. Os resultados foram apresentados em forma de percentuais, média, mediana e desvios padrões.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 19 pacientes portadores de hepatite Delta, com uma média de idade de 39 anos. Entre os pacientes avaliados, 10 (52,6%) eram do sexo feminino e 09 (47,4%) do sexo masculino. Todos os pacientes declararam comportamento heterossexual. Quanto a escolaridade, 09 (47,4%) dos doentes avaliados tinham nível médio de escolaridade, 01 (5,3%) era analfabeto, 09 (47,4%) relataram ter concluído o ensino fundamental e 09 (47,4) o ensino médio. Em relação às condições financeiras, 10 (52,6%) possuíam renda de até um salário mínimo. Todos os pacientes (100%) eram procedentes de áreas endêmicas, destacando-se o Alto Solimões (42,1%). A transmissão sexual caracteriza 07 (36,8%) dos casos e a transmissão vertical 08 (42,1%). Os marcadores demonstram que todos os pacientes tinham diagnóstico sorológico de hepatite D. Somente 9 (47,4%) pacientes apresentaram HBsAg reagente. Contudo, todos apresentaram anti-HBc total positivo. A maior parte (89,5%) dos pacientes portava hepatite B mutante, enquanto 2 pacientes (10,5%) eram portadores de hepatite B selvagem e foram reagentes para o antígeno HBeAg. Os exames laboratoriais demonstram que, em média, os pacientes possuem moderada plaquetopenia e discreta elevação das transaminases. As médias dos valores de gama GT e bilirrubina total estão dentro da normalidade.

**CONCLUSÃO:** A hepatite delta é a forma mais grave das hepatites, sendo mais comum em pacientes jovens e de baixo nível socioeconômico.

**CONTATO AUTOR:** ANANDA CASTRO CHAVES ALE | [chaves.ananda@gmail.com](mailto:chaves.ananda@gmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104341 – MANIFESTAÇÕES REUMATOLÓGICAS NA COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA (CBP).

**AUTORES:** Felipe Oliveira Carvalho (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Luiza Lacks Diogo (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Lucas Oliveira Carvalho (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Mauricio Ferreira Carvalho (Endosoni - Santos - São Paulo - Brasil), Elze Maria Gomes OLIVEIRA (Centro universitário Lusiada UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** CBP é uma doença colestática crônica que leva a cirrose. Há poucos dados sobre o impacto das manifestações reumatológicas na CBP

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto das doenças autoimunes reumatológicas na apresentação e resposta ao tratamento em pacientes com CBP.

**MÉTODO:** Foram incluídos pacientes com CBP em acompanhamento em clínica especializada. Análise estatística foi realizada pelos testes de Mann-Whitney e de Wilcoxon.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 31 pacientes, sendo 30 (96,8%) mulheres. Fadiga e prurido foram os sintomas mais comuns, presentes em 16 (51,6%) e 8 (25,8%), respectivamente. Associação com doenças reumatológicas em 9 (29%) pacientes. Sjogren 4 (12,9%); AR 4 (12,9%); Raynaud 3 (9,7%); Espondilite anquilosante 1 (3,2%). AMA positivo em 27 (87%). Todos os pacientes foram tratados com AUDC. Na apresentação do quadro, a proporção de cirrose foi semelhante entre os pacientes com e sem manifestação reumatológica: 5/9 (55,6%) e 10/22 (45,5%), respectivamente ( $p = 0,704$ ). Quanto aos parâmetros de função hepática, houve diferença significativa nos níveis de bilirrubina: 2,15 x 4,7 mg/dL ( $p = 0,019$ ), mas não de RNI 1,0 x 1,0 ( $p = 0,291$ ) ou albumina 4,0 x 3,7 g/dL ( $p = 0,591$ ), para pacientes sem e com doença reumatológica, respectivamente. Na comparação ao longo do tempo, entre os períodos pré e 1 ano pós-tratamento, para os 15 pacientes sem manifestação reumatológica, observou-se queda significativa dos valores para todas as enzimas hepáticas: AST 2,30 x 0,95xLSN ( $p = 0,001$ ); ALT 3,28 x 1,00xLSN ( $p = 0,001$ ); FA 2,67 x 1,50 xLSN ( $p = 0,004$ ); GGT 9,77 x 2,29 xLSN ( $p = 0,003$ ). Por outro lado, para os 6 pacientes com manifestação reumatológica, não observou-se diferença significativa para a enzima FA: AST 4,88 x 0,96xLSN ( $p = 0,046$ ); ALT 4,07 x 0,80xLSN ( $p = 0,046$ ); FA 2,09 x 1,58 xLSN ( $p = 0,173$ ); GGT 15,93 x 4,11 xLSN ( $p = 0,043$ ). Quanto à função hepática, não houve alteração nos parâmetros, tanto para pacientes sem manifestação reumatológica: bilirrubina 2,0 x 1,2 mg/dL ( $p = 0,191$ ); RNI 1,0 x 1,0 ( $p = 0,068$ ) e albumina 4,0 x 4,0 g/dL ( $p = 0,859$ ); quanto para aqueles com estas manifestações: bilirrubina 4,7 x 2,2 mg/dL ( $p = 0,173$ ); RNI 1,0 x 1,0 ( $p = 0,180$ ) e albumina 3,7 x 4,0 g/dL ( $p = 0,197$ )

**CONCLUSÃO:** : Pacientes com manifestações reumatológicas tiveram menor resposta ao tratamento da CBP, sendo um grupo que merece atenção especial para estratégias terapêuticas alternativas.

**CONTATO AUTOR:** ELZE OLIVEIRA | [elzeoliveira@terra.com.br](mailto:elzeoliveira@terra.com.br)

**1104378 – EPIDEMIOLOGIA DO ESPECTRO DO CÂNCER HEPÁTICO NO PARANÁ**

**AUTORES:** Vinícius Sousa Morais (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Guilherme Augusto Minato (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Jaime Ventura Silva Junior (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Thaylise Caroline Yurk (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Juliana Emi Shimabukuro (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O Câncer Hepático (CH) é uma neoplasia com alta mortalidade, prognóstico desfavorável e taxa de sobrevivência em torno de apenas 18%. Os principais fatores de risco são os vírus da hepatite B e C, doença hepática gordurosa, cirrose hepática, diabetes, tabagismo, obesidade. O carcinoma hepatocelular representa até 85% dos casos. Todavia, a gênese do carcinoma hepatocelular e sua recorrência não são compreendidas e não apresentam um tratamento específico.

**OBJETIVO:** Este trabalho tem por objetivo evidenciar os dados acerca da incidência e prevalência do câncer hepático no estado do Paraná para o desenvolvimento de um perfil epidemiológico.

**MÉTODO:** Este é um perfil epidemiológico sobre câncer hepático, cujos dados foram extraídos do registro hospitalar do INCA. O período para seleção foi de 2014 a 2018, no Paraná. Enquadrou-se para análise as categorias: sexo, faixa etária, raça, escolaridade, história de consumo de álcool, histórico tabagista e estadiamento patológico. Todos esses dados foram tabulados e processados no Microsoft Excel.

**RESULTADOS:** 812 pessoas foram diagnosticadas com câncer hepático no período pesquisado, o sexo masculino foi o mais afetado com 65,89%, enquanto 34,11% eram mulheres. A faixa etária mais acometida foi 65-69 anos com 16,87%. Em relação à raça, a mais afetada foi a branca com 76,97% seguida da parda com 13,67%. Quanto ao histórico tabagista, 19,33% foram ex-consumidores, 28,32% nunca tiveram histórico e 17,11% apresentaram histórico. Quanto ao histórico de consumo de álcool, 33,99% nunca consumiram, 16,63% foram ex-consumidores, 12,68% são consumidores. Quanto à escolaridade, 32,02% possuíam ensino fundamental incompleto, 21,06% ensino fundamental completo, 15,89% nível médio, 9,36% sem nenhuma escolaridade e 5,42% com ensino superior. Quanto ao estadiamento patológico TNM, o maior percentual ocorreu no estágio 4 com 29,80%, 2 com 7,02% e 3A com 5,54%.

**CONCLUSÃO:** O câncer hepático tem alta letalidade, é imprescindível estudos que rastreiem a incidência e prevalência dessa patologia para sua prevenção. Os dados confirmaram que muitos dos fatores envolvidos no desenvolvimento dessa neoplasia estão ligados a hábitos de vida, sendo, portanto, modificáveis. É evidente assim a necessidade de políticas públicas que informem, rastreiem e combatam esses fatores desencadeadores, auxiliando na prevenção dessa neoplasia.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS DE SOUSA MORAIS | vquincas@gmail.com

**1104476 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO AMBULATÓRIO DE CIRROSE DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO**

**AUTORES:** Maria Antonia Lopes de Sousa (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Marina Boechat Melado (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Lívia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Sara Evelin Penha Gonçalves Soares (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria Antonia Rocha Fiorott (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A cirrose hepática é o resultado patológico final de diversas doenças hepáticas crônicas, tendo como precursor a fibrose para substituição de tecido hepático degenerado e necrosado, levando, assim, à perda funcional do órgão. Sua etiologia é multifatorial e variável, podendo ser desencadeada por álcool, hepatites virais, esteatohepatite não alcoólica, cirrose biliar, colangites, entre outros. A prevalência e a incidência da cirrose na população em geral é de difícil controle, visto que a maioria dos pacientes com o diagnóstico permanecem assintomáticos até o início da descompensação.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de cirrose hepática atendidos no ambulatório de hepatologia de um hospital de ensino de Vitória - ES.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo analítico realizado em hospital de ensino de Vitória - ES. A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2021, a partir da análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos no serviço. Dentre os 300 pacientes acompanhados, constatou-se 103 pacientes com diagnóstico de cirrose hepática, sendo possível acessar 96 prontuários.

**RESULTADOS:** A amostra final continha 96 pacientes cirróticos, sendo predominante o sexo masculino (62,7%), com idade mediana de 59 anos. A principal etiologia, representada por 38,5% (n=37) dos casos, foi alcoólica, seguida de vírus da hepatite C (16%) e da hepatite B (8%) Em relação às classificações e estadiamentos, a mediana do MELD foi de 11 e a do Child-Pugh de 6 . As descompensações da doença de base também foram estudadas, sendo a mais comum a ascite, evidenciada em 52,1% (n=50) dos pacientes e a hemorragia digestiva alta (HDA) em 33,3% (n=32) dos pacientes. Acerca da profilaxia para HDA, 66,7% (n=64) dos pacientes faziam o uso de betabloqueador. Outro parâmetro avaliado foi o uso de estatinas, o qual apresentou 18,7% (n=18) de prevalência.

**CONCLUSÃO:** O estado do Espírito Santo carece de estudos acerca do perfil clínico epidemiológico dos pacientes com cirrose hepática, sendo de suma importância a realização deste estudo. Diante do perfil dos pacientes analisados, pode-se inferir a prevalência da cirrose alcoólica com manifestações após a quinta década de vida. Além disso, as principais descompensações são ascite e HDA, necessitando-se de medidas profiláticas para evitar o agravamento da doença, como uso de betabloqueadores e mudança no estilo de vida. Com essas ações, acredita-se que haja um prognóstico favorável a esses pacientes.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenio11@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104543 – Perfil Epidemiológico e Resposta Terapêutica de 593 pacientes com Hepatite Crônica C Tratados com as Novas Drogas de Ação Direta em Hospital terciário em Fortaleza-CE

**AUTORES:** Maria Carolina Nunes Albano de Meneses (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fabrício Gondim Gurgel Ramalho Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Larisse Veras Bezerra (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Crislene Santos de Oliveira Brasil (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ingrid de Almeida Costa (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Paulo Eduardo Uchôa Alencar (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), José Milton de Castro Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Andréia de Cassia Brasileiro Rios Gomes (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcelo de Castro Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rodrigo Vieira Costa Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Eduardo Pereira Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Valeska Queiroz de Castro (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Elodie Bomfim Hyppolito (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Karla Brandão Pereira (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Danni Wanderson Nobre Chagas (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Antônio Brazil Viana Júnior (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Hepatite C, importante causa de cirrose e de transplante hepático, afeta cerca de 71 milhões de pessoas (1% da população), com cerca de 700 mil (0,7%) infectados no Brasil. O tratamento com os novos antivirais de ação direta (DAA) modificou a história natural.

**OBJETIVO:** Avaliar o perfil epidemiológico e resposta virológica sustentada (RVS) dos pacientes tratados em um hospital terciário de Fortaleza-CE.

**MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal, que analisou dados de 593 pacientes com hepatite C crônica acompanhados nos serviços de Transplante hepático (TxH), Infectologia e Gastroenterologia (G), realizaram tratamento no período novembro/2015 a julho/2021. Variáveis avaliadas: idade, sexo, genótipo, presença de tratamento prévio, medicações, tempo de tratamento e RVS ao final de 12 semanas. Realizada análise descritiva e estatística dos dados. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico JAMOVI e Microsoft Excel 2016. Adotou-se um nível de significância de 5%. As variáveis categóricas os dados foram expostos em frequência. Na análise das características dos participantes utilizou-se o teste t de Student, verificada a aderência dos dados à distribuição gaussiana. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson.

**RESULTADOS:** Dos 593 pacientes com hepatite C, a média de idade foi de 57 anos (DP  $\pm$  11,2), sendo 63,7% do sexo masculino, com 49,9% dos casos sendo acompanhados na Gastroenterologia. A proporção dos genótipos foi de 72,1% para o G1, 23,5% para o G3 e 2,8% para o G2. Tratamento prévio, 77,91% realizava o primeiro tratamento. Já entre os experimentados, 63% era acompanhado no serviço de TxH ( $p < 0,001$ ). Observado que 30% dos pacientes foram tratados com sofosbuvir e daclatasvir, 31% com associação de ribavirina a estas drogas e 15,6% com esquemas sugeridos no último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções de 2019 (PCDT). A duração do tratamento variou 8 (1,18%), 12 (89,21%) e 24 (9,61%) semanas, sem diferença entre os grupos. Após início do tratamento a RVS em 12 semanas foi de 95%, sem resposta em 4% e óbitos em 1%, sem diferença estatística entre os grupos.

**CONCLUSÃO:** Predomínio do G1, a RVS com os novos DAA ocorreu em mais de 90% dos pacientes. Observa-se a importância do processo dinâmico de atualização terapêutica, com maiores taxas de RVS e possível impacto na ocorrência de complicações relacionadas a doença.

**CONTATO AUTOR:** MARIA CAROLINA NUNES ALBANO DE MENESES | mariacarolinan@yahoo.com.br

**1104567 – ESTEATOSE HEPÁTICA E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: REVISÃO COMPREENSIVA**

**AUTORES:** Gabriella Medeiros Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Isadora Prado Siqueira (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Lívia Teotônio Trufeli (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marina Meneghesso Buonarotti (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Rodrigues Melo (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Rodrigues Souza (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Esteatose hepática (EH) é o acúmulo de gordura nos hepatócitos. Pode levar a lesões, gerando fibroses e favorecendo o hepatocarcinoma. É uma das causas mais comuns de hepatopatia crônica em adultos e isso se deve ao alto consumo de calorias com pouco valor nutricional e à falta de atividade física.

**OBJETIVO:** Fazer uma revisão compreensiva a respeito do papel da atividade física em portadores de EH.

**MÉTODO:** Revisão bibliográfica nas principais plataformas digitais nos últimos 10 anos através das palavras-chave: esteatose-hepática, estilo-de-vida e atividade-física; selecionando metanálises e revisões sistemáticas.

**RESULTADOS:** Segundo Gaspar et al, os protocolos de treinamento de prevenção e tratamento são eficientes para reduzir os níveis lipídicos no fígado. Ladeira et al concluíram que o tratamento da doença se baseia prioritariamente em atividade física. Independentemente da modalidade e intensidade observou-se redução da EH. Dâmaso et al observaram que, submetendo pacientes a uma alimentação adequada e realizando atividade física 2 vezes na semana por 60 minutos e estimulando atividades diárias e aos finais de semana, houve redução da morbidade. Vilar-Gomez et al evidenciaram que uma dieta de baixa caloria, juntamente com a prática de exercícios (200 minutos por semana) por 52 semanas resulta em uma melhora histológica, incluindo fibrose, quando a perda de peso foi maior ou igual a 10%. Lucca et al relataram que após 90 a 180 minutos de exercícios vigorosos os estoques de glicogênio acabam. Com isso temos que a prática de exercícios físicos pode não só servir de medida terapêutica, mas também como medida preventiva.

**CONCLUSÃO:** A melhor conduta terapêutica para EH é a mudança do estilo de vida. A prática de exercícios é fundamental para diminuição do percentual de gordura e também para ativação de enzimas que levam a redução da resistência insulínica e oxidação lipídica. Não é apenas uma forma de tratamento, mas de prevenção da doença.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104589 – Doença de Wilson – Análise Epidemiológica de 88 pacientes acompanhados em um hospital terciário em Fortaleza-CE no período de 1977 a 2021.

**AUTORES:** Fabrizio Gondim Gurgel Ramalho Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Maria Carolina Nunes Albano de Meneses (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Larisse Veras Bezerra (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Crislene Santos de Oliveira Brasil (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ingrid de Almeida Costa (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Paulo Eduardo Uchôa Alencar (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Neyla Martins da Mota (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Danni Wanderson Nobre Chagas (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), José Milton de Castro Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Antônio Brazil Viana Júnior (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Paulo Ribeiro Nóbrega (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcelo de Castro Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Valeska Queiroz de Castro (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Braga Neto (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rodrigo Vieira Costa Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Eduardo Pereira Lima (HUWC - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Wilson (DW) decorre de mutações no gene ATP7B, no cromossomo 13, de transmissão autossômica recessiva. Em decorrências das mutações ocorre acúmulo de cobre em vários órgãos, principalmente fígado, sistema nervoso central, cornea, túbulo renal, articular. Se não diagnosticada e tratada adequadamente evolui para óbito. Faz-se necessário um melhor conhecimento desta entidade.

**OBJETIVO:** Avaliar o perfil epidemiológico de 88 pacientes com DW atendidos em hospital terciário em Fortaleza-CE.

**MÉTODO:** Estudo observacional e transversal de 88 pacientes com DW atendidos no período de 1977 a 2021. Foram avaliadas a forma de apresentação inicial, Hepática (H), Neurológica (N) ou Screening (S), a demora ao diagnóstico (período em meses transcorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico), faixa etária, sexo, se foi pensado no diagnóstico de DW, história familiar, evolução e mortalidade entre dois períodos de 1977 a 2000 e 2001 a 2021. Realizada análise descritiva e estatística dos dados. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico JAMOVI e Microsoft Excel 2016. Adotou-se um nível de significância de 5%. As variáveis categóricas os dados foram expostos em frequência. Na análise das características dos participantes utilizou-se o teste t de Student, verificada a aderência dos dados à distribuição gaussiana. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson.

**RESULTADOS:** A forma de apresentação inicial foi Hepática em 43 casos, Neurológica em 28 e Screening em 17 pacientes. Houve diferença estatística na mediana de demora ao diagnóstico,  $p=0,008$  (H:12 meses, N:20 meses e S: 3 meses). Apenas 39,5% dos pacientes com envolvimento H foi pensado em DW, N:42,9% e S:82,4% ( $p=0,009$ ). 65,9% apresentavam história familiar para DW. Observado predomínio do sexo masculino (56,8%). Não houve diferença estatística na mediana da idade: H:18 anos, N: 24 e S: 16 anos. O óbito ocorreu em 21 (23,8%) pacientes, sendo a diferença estatística quando o envolvimento inicial era Hepático ( $p=0,013$ ), e quando comparamos os dois períodos, sendo a mortalidade maior entre 1977 a 2000 ( $p=0,019$ ).

**CONCLUSÃO:** A maioria dos casos ocorreu em pacientes jovens, o diagnóstico inicial de DW só foi pensado em 48,8% dos casos, houve demora no diagnóstico e elevada mortalidade, que reduziu nos últimos 20 anos, entretanto precisamos melhorar a linha de cuidados desses pacientes no SUS.

**CONTATO AUTOR:** MARIA CAROLINA NUNES ALBANO DE MENESES | mariacarolinan@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 100736 – Evaluation of the efficacy of tofacitinib as maintenance therapy in patients with ulcerative colitis, stratified by OCTAVE Sustain baseline Mayo endoscopic subscore

**AUTORES:** Scott D Lee, Jessica R Allegretti, Flavio Steinwurz (Unit of Inflammatory Bowel Disease, Hospital Israelita Albert Einstein - Brazil - São Paulo - Brasil), Susan B Connelly, Nervin Lawendy, Jerome Paulissen, Krisztina B Gecse

**INTRODUÇÃO:** Tofacitinib is an oral, small molecule Janus kinase inhibitor for the treatment of ulcerative colitis.

**OBJETIVO:** To assess tofacitinib efficacy in OCTAVE Sustain (NCT01458574; 52-week [wk], Phase 3 maintenance study), by baseline Mayo endoscopic subscore (ES).

**MÉTODO:** In OCTAVE Sustain, responders from OCTAVE Induction 1&2 received tofacitinib 5 or 10mg twice daily (BID) or placebo; patients (pts) with an OCTAVE Sustain baseline ES of 0 or 1 were analysed. Proportions of pts achieving efficacy endpoints (Wk52) were evaluated by baseline ES; remission (total Mayo score  $\leq 2$ , no individual subscore  $>1$ , rectal bleeding subscore [RBS] 0), endoscopic improvement (Mayo ES  $\leq 1$ ), clinical response (CR; decrease from induction baseline total Mayo score by  $\geq 3$  points and  $\geq 30\%$ , and a  $\geq 1$ -point decrease in RBS or an absolute RBS  $\leq 1$ ). Using logistic regression, treatment effect (tofacitinib vs placebo) differences between baseline ES (0 vs 1) for efficacy endpoints were assessed. Cox proportional hazards regression was used to model treatment effect differences between baseline ES (0 vs 1) for time to treatment failure and loss of response.

**RESULTADOS:** Wk52 efficacy analyses included 255 pts (N=95 tofacitinib 5mg BID; N=75 10mg BID; N=85 placebo). Among 10mg BID-treated pts with baseline ES=0 (N=16), 75.0%, 75.0%, and 75.0% achieved remission, endoscopic improvement, and CR, respectively. Corresponding values for baseline ES=1 (N=59) were 54.2%, 62.7%, and 78.0%. For 5mg BID-treated pts, values were 61.9%, 66.7%, and 81.0% for ES=0 (N=21), and 36.5%, 40.5%, and 51.4% for ES=1 (N=74). Logistic regression analyses showed a larger treatment effect of tofacitinib 5mg BID at Wk52 in pts with baseline ES=0 vs ES=1 ( $p=0.0306$ ) for CR. Treatment effects of tofacitinib 10mg BID were not significantly different between baseline ES=0 and ES=1 for any endpoint. In 5mg BID-treated pts, Cox proportional hazards regression showed a larger difference in risk vs placebo in pts with baseline ES=0 vs ES=1 for treatment failure ( $p=0.0231$ ) and loss of response ( $p=0.0209$ ); for 10mg BID-treated pts, ES=0 vs 1 differences were not significant ( $p=0.9239$  and  $p=0.9613$ ).

**CONCLUSÃO:** Treatment effects of tofacitinib 5mg BID were larger in pts with baseline ES=0 vs ES=1. Baseline ES may be important in predicting outcomes; findings suggest that aiming for deeper remission after induction may allow successful maintenance with tofacitinib 5mg BID. Analyses were post hoc and limited by sample size.

**CONTATO AUTOR:** NICOLE HUNCHAR | nicole.hunchar@connect-cmc.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 100743 – Corticosteroid-free efficacy and safety outcomes in patients receiving tofacitinib in the OCTAVE Sustain maintenance study

**AUTORES:** Stephan R Vavricka, Thomas Greuter, Benjamin L Cohen, Walter Reinisch, Flavio Steinwurz (Unit of Inflammatory Bowel Disease, Hospital Israelita Albert Einstein - Brazil - São Paulo - Brasil), Marc Fellmann, Xiang Guo, Nervin Lawendy, Jerome Paulissen, Laurent Peyrin-Biroulet

**INTRODUÇÃO:** Tofacitinib is an oral, small molecule Janus kinase inhibitor for the treatment of ulcerative colitis.

**OBJETIVO:** We report corticosteroid-free efficacy and safety in patients (pts) who received corticosteroids at OCTAVE Sustain (NCT01458574) baseline.

**MÉTODO:** Pts who progressed to OCTAVE Sustain following clinical response (CR) in OCTAVE Induction 1&2, and who were receiving oral corticosteroids at OCTAVE Sustain baseline, were included. Corticosteroid tapering was mandatory in OCTAVE Sustain. Steroid-free (not requiring corticosteroid treatment for  $\geq 4$  weeks [wks] prior to the visit) remission (total Mayo score  $\leq 2$ , no individual subscore  $> 1$ , rectal bleeding subscore [RBS] 0), endoscopic improvement (Mayo endoscopic subscore  $\leq 1$ ), and CR (decreased from induction baseline total Mayo score by  $\geq 3$  points and  $\geq 30\%$ , and a  $\geq 1$ -point decrease in RBS or an absolute RBS  $\leq 1$ ) were assessed at Wk24 and/or Wk52. Association between baseline characteristics and steroid-free efficacy outcomes was evaluated by logistic regression. Safety outcomes were summarized by Wk52 steroid-free remission status.

**RESULTADOS:** 289/593 pts entering OCTAVE Sustain had baseline corticosteroid use; 101 (34.9%) received placebo and 188 received tofacitinib (101 [34.9%] 5mg BID; 87 [30.1%] 10mg BID). A significant ( $p < 0.05$ ) treatment effect of tofacitinib 5 or 10mg BID vs placebo was observed for all efficacy endpoints at Wk24 or Wk52. Wk52 rates of steroid-free remission, endoscopic improvement, and CR were 27.7%, 29.7%, and 40.6% in pts receiving tofacitinib 5mg BID; 27.6%, 29.9%, and 43.7% in pts receiving tofacitinib 10mg BID; and 10.9%, 11.9%, and 17.8% in pts receiving placebo (non-responder imputation). Prior immunosuppressant failure was associated with lower odds of achieving steroid-free remission at Wk52 (odds ratio [OR] 0.47; 95% confidence interval [CI] 0.23, 0.95), though prior tumor necrosis factor inhibitor (TNFi) failure status was not (OR 0.53; 95% CI 0.27, 1.02). Adverse events of special interest were infrequent. Discontinuations were numerically higher in pts without steroid-free remission.

**CONCLUSÃO:** Pts with baseline corticosteroid use in OCTAVE Sustain had significantly higher odds of achieving steroid-free efficacy endpoints with tofacitinib 5 or 10mg BID vs placebo. Prior TNFi failure did not impact odds of achieving steroid-free remission at Wk52. There were no differences in safety by steroid-free remission status. This study is limited by small pt numbers.

**CONTATO AUTOR:** NICOLE HUNCHAR | nicole.hunchar@connect-cmc.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101135 – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES POR DIARREIA E GASTROENTERITE INFECCIOSA NO CONTEXTO DA COVID-19

**AUTORES:** Scarlat Marjory Oliveira Moura (Centro Universitário Ftc - Salvador - Bahia - Brasil), Alessandra Tosta Dias (Centro Universitário Ftc - Salvador - Bahia - Brasil), Taina Santos Oliveira (Centro Universitário Ftc - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A gastroenterite infecciosa é uma das doenças que mais acomete pacientes em todo o mundo, segundo a OMS, ocorrem cerca de 2 bilhões de casos por ano, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade de origem infecciosa. Além disso, 18% de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos são decorrentes da diarreia. Dessa forma, com o advento da pandemia da COVID-19, os sintomas gastrointestinais estão presentes em 45% dos pacientes diagnosticados com o novo vírus e em 5% dos casos, apenas estes sintomas são apresentados.

**OBJETIVO:** Análise das internações por diarreia e gastroenterites infecciosas no período de 2015 – 2020.

**MÉTODO:** Estudo ecológico, descritivo, realizado por meio de dados secundários sobre as frequências anuais de morbidade hospitalar disponíveis no SIH/DATASUS. As variáveis estudadas foram sexo, cor/raça, faixa etária, taxa de mortalidade, região, média de permanência.

**RESULTADOS:** Durante os anos estudados ocorreram 705.269 registros de casos no país. No ano de 2020, resultou 0,7% de todas as internações hospitalares registradas e decréscimo de 30% comparado aos anos anteriores. A região com maior número de casos foi a região Nordeste com 41,7% durante todos os anos. Observa-se permanência hospitalar média de 3,2 dias constantes no intervalo de tempo, similar em 2020. Considerando o gênero, o sexo feminino foi o mais atingido com 52%, equiparado também com ano da pandemia COVID-19. Quanto à faixa etária, destacou-se entre 1 a 4 anos de idade, com 25,5% no ano de 2020 e anteriores. A cor parda constou maior número de internações com 50,6%. Em relação ao óbito, apesar de a quantidade absoluta ter reduzido 30% comparado entre 2015-2019, a taxa de mortalidade durante a pandemia, aumentou em relação aos últimos 5 anos, indo de 0,91 para 1,17/100.000 hab.

**CONCLUSÃO:** Entre o ano de 2020 quando comparado aos anos de 2015-2019 houve notória mudança diante todo cenário vivido e sua recorrente transição de padrão pelo novo vírus, principalmente no aumento da mortalidade por gastroenterite, apesar de o perfil socioepidemiológico não ter sofrido alterações. Sendo possível inferir uma provável justificativa pelo isolamento social e a diminuição da disseminação de patógenos que afetam o TGI e menor procura por atendimento médico. Dessa forma, é fundamental que mais estudos sejam realizados para aprofundar conhecimentos e melhorar qualidade de vida, administração e alocação dos recursos em saúde durante e após essa pandemia.

**CONTATO AUTOR:** SCARLAT MARJORY DE OLIVEIRA MOURA | [scarlat.moura@ftc.edu.br](mailto:scarlat.moura@ftc.edu.br)

## Gastroenterologia - Intestino

### 101556 – Non-invasive predictors of maintaining remission in patients with moderately to severely active UC treated with tofacitinib who dose reduced from tofacitinib 10mg BID to 5mg BID: 6-month data from the double-blind, randomized RIVETING study

**AUTORES:** Marla C Dubinsky, Miguel Regueiro, Genoile O Santana (University of the State of Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Joana Torres, Nicole Kulisek, Sean Gardiner, Rajiv Mundayat, Jerome Paulissen, Nervin Lawendy, Chinyu Su, Irene Modesto, William J Sandborn

**INTRODUÇÃO:** Tofacitinib is an oral, small molecule Janus kinase inhibitor for the treatment of ulcerative colitis (UC). RIVETING (NCT03281304) is an ongoing, double blind, randomized, parallel-group study designed to evaluate the efficacy and safety of dose reduction to tofacitinib 5mg twice daily (BID) vs remaining on 10mg BID in patients (pts) with UC. Eligible pts had received tofacitinib 10mg BID for  $\geq 2$  consecutive years in an open-label, long-term extension study (NCT01470612) and had been in stable remission for  $\geq 6$  months and corticosteroid-free for  $\geq 4$  weeks prior to enrollment.

**OBJETIVO:** To determine if fecal calprotectin (FCP), C-reactive protein (CRP), or partial Mayo score (PMS) can be used as predictors of maintaining remission after dose reduction.

**MÉTODO:** Median FCP and CRP levels, and mean PMS, at baseline, Month (M)1, and M3, were analyzed by M6 efficacy endpoint status in pts who dose-reduced to tofacitinib 5mg BID. The proportions of pts who achieved M6 efficacy endpoints were analyzed by stool frequency (SF) subscore, rectal bleeding (RB) subscore, and modified PMS (mPMS).

**RESULTADOS:** In tofacitinib 5mg BID-treated pts (n=70), PMS was relatively stable over time in pts in modified Mayo (mMayo) remission (endoscopic subscore  $\leq 1$  with SF subscore  $\leq 1$  and RB subscore 0) at M6 (mean [standard deviation]: baseline 0.3 [0.5]; M1 0.4 [0.7]; M3 0.4 [0.8]); vs pts who were not (0.6 [0.6]; 1.1 [1.3]; 1.3 [1.3]). Median FCP levels did not change from baseline to M3 in pts in M6 mMayo remission (median change from baseline [interquartile range] 0.0 [-48.5–40.5]), whereas FCP levels increased in pts not in M6 mMayo remission (30.0 [-53.5–429.0]). No trend was observed in median CRP levels over time.

Rates of mMayo remission at M6 were numerically higher in pts with a SF subscore, RB subscore, or mPMS of 0 at M1 or M3 vs pts with a SF subscore, RB subscore, or mPMS  $> 0$  (SF=0: M1 83.3%; M3 91.1% vs SF $> 0$ : M1 68.4%; M3 68.4%; RB=0: M1 82.5%; M3 86.4% vs RB $> 0$ : M1 25.0%; M3 60.0%; mPMS=0: M1 87.0%; M3 92.9% vs mPMS $> 0$ : M1 61.9%; M3 68.2%).

**CONCLUSÃO:** In pts previously in stable remission, an increase in FCP levels at M3 or PMS as early as M1 may help to predict loss of efficacy after dose-reduction from tofacitinib 10 to 5mg BID. A SF subscore, RB subscore, or mPMS of 0 at M1 or M3 could indicate the likelihood of maintaining efficacy with tofacitinib 5mg BID at M6. Analyses were post hoc and limited by the small sample size.

**CONTATO AUTOR:** NICOLE HUNCHAR | [nicole.hunchar@connect-cmc.com](mailto:nicole.hunchar@connect-cmc.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 101558 – Impact of prior TNFi failure and prior corticosteroid use on the maintenance of efficacy of tofacitinib following dose reduction in patients with UC who were in stable remission: 6-month data from the double-blind, randomized RIVETING study

**AUTORES:** William J Sandborn, Joana Torres, Séverine Vermeire, Paulo Gustavo Kotze (IBD Outpatient Clinics, Colorectal Surgery Unit, Catholic University of Paraná - Curitiba - Pará - Brasil), Chinyu Su, Nervin Lawendy, Jerome Paulissen, Rajiv Mundayat, Sean Gardiner, Nicole Kulisek, Irene Modesto, Marla C Dubinsky

**INTRODUÇÃO:** Tofacitinib is an oral, small molecule Janus kinase inhibitor for the treatment of ulcerative colitis (UC). RIVETING (NCT03281304) is an ongoing, double blind, randomized, parallel-group study designed to evaluate the efficacy and safety of dose reduction to tofacitinib 5mg twice daily (BID) vs remaining on 10mg BID in patients (pts) with UC. Eligible pts had received tofacitinib 10mg BID for  $\geq 2$  consecutive years in an open-label, long-term extension (OLE) study (NCT01470612) and had been in stable remission for  $\geq 6$  months and corticosteroid-free for  $\geq 4$  weeks prior to enrollment.

**OBJETIVO:** To evaluate tofacitinib efficacy outcomes by number of prior tumor necrosis factor inhibitors (TNFi) failed and prior corticosteroid use.

**MÉTODO:** We evaluated the efficacy of tofacitinib 5mg BID at Month (M)6 of RIVETING, based on number of prior TNFi failed (0, 1, or  $>1$ ), corticosteroid use (yes/no), and corticosteroid dose ( $<15$  and  $\geq 15$ mg/day) at baseline of OCTAVE Induction 1&2 and OLE. Corticosteroids were prohibited in RIVETING.

**RESULTADOS:** Of 70 pts randomized to receive tofacitinib 5mg BID, 43 had no prior TNFi failure, 17 had failed with 1 TNFi, and 10 had failed with  $>1$  TNFi. At M6, modified Mayo (mMayo) score remission (endoscopic subscore  $\leq 1$  with stool frequency subscore  $\leq 1$  and rectal bleeding subscore 0) was maintained in 79.1%, 70.6%, and 80.0% of pts who had failed with 0, 1, and  $>1$  TNFi, respectively. Of pts who enrolled into RIVETING, 26 were receiving corticosteroids (9 received  $<15$ mg/day; 17 received  $\geq 15$ mg/day) at induction baseline and 7 were receiving corticosteroids at OLE baseline. At M6, rates of mMayo score remission were numerically higher in pts with corticosteroid use at induction baseline (84.6%) vs those without (72.7%). The rate of mMayo score remission was numerically higher in pts without (77.8%) vs pts with corticosteroid use at OLE baseline (71.4%), although pt numbers were low in the corticosteroid-use group. M6 mean change from RIVETING baseline mMayo score and total Mayo score was numerically higher in pts with vs pts without corticosteroid use at induction baseline (0.7 and 1.1 vs 0.6 and 0.9, respectively) and OLE baseline (1.0 and 1.3 vs 0.6 and 0.9, respectively).

**CONCLUSÃO:** In pts who were in stable remission for  $>6$ M, efficacy endpoints were maintained following dose reduction to tofacitinib 5mg BID, regardless of prior TNFi failure or prior corticosteroid use. Analyses were post hoc and limited by small sample size.

**CONTATO AUTOR:** NICOLE HUNCHAR | nicole.hunchar@connect-cmc.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101694 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE RETOCOLITE ULCERATIVA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE GASTROENTEROLOGIA NO PERÍODO DE 2016 A 2020.

**AUTORES:** Vitória Felice Camargos (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Thayoana Nathalia Siqueira (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Marcella Pinheiro Brandão (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Amanda Reis Silva (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), José Rubens de Andrade (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) é uma doença idiopática caracterizada por episódios recorrentes de inflamação da mucosa do reto associada, em algumas ocasiões, também a acometimento das porções proximais do cólon, de forma contínua.

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de RCUI acompanhados em um Ambulatório de Gastroenterologia no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020.

**MÉTODO:** Este estudo foi realizado com uma abordagem observacional e retrospectiva feita através da análise de prontuários eletrônicos de 18 pacientes portadores de RCUI acompanhados no ambulatório do departamento de gastroenterologia entre 2016 e 2020. As variáveis categóricas foram dispostas segundo suas proporções em frequências absolutas. A associação entre as variáveis independentes foi tecida por estatística inferencial, com a utilização do teste Exato de Fisher, devido a quantidade amostral, considerando o nível de significância a 5% com o p value < 0,05.

**RESULTADOS:** Dentre o perfil dos pacientes estudados na presente pesquisa, 72% eram do sexo feminino, e a maior incidência da doença ocorreu entre as 3ª e 4ª décadas de vida, com 33% e 39%, respectivamente. Os sintomas guias predominantes na primeira consulta foram dor abdominal em cólica (65%) e hematoquezia (59%). Apenas 18% possuíam manifestações extra intestinais, sendo em grande parte hepatobiliar. 28% dos pacientes eram tabagistas. Em relação à extensão de acometimento da doença, prevaleceram a proctite isolada e a pancolite, ambas com 28%. Quanto ao tratamento empregado, 56% dos pacientes estavam em uso de aminossalicilatos, seja em sua forma isolada ou com associações, enquanto 11% usavam glicocorticoide isoladamente e, 5% faziam uso de imunobiológicos, como adalimumabe e infliximabe. Por fim, 78% dos participantes deste estudo estavam em remissão clínica maior que seis meses. Não houve significância estatística entre as relações sexo e extensão da RCUI (p=0,440), tabagismo e remissão (p=0,250) e, a presença de comorbidades com a extensão clínica (p=0,372).

**CONCLUSÃO:** Esta pesquisa visa somar às demais produções científicas existentes acerca do tema, para corroborar positivamente na realização do diagnóstico precoce, instituição de tratamento específico, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes portadores de RCUI.

**CONTATO AUTOR:** VITORIA FELICE CAMARGOS | vivitfcel@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101813 – RISANKIZUMAB INDUCTION THERAPY IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE CROHN'S DISEASE: RESULTS FROM THE ADVANCE AND MOTIVATE PHASE 3 STUDIES

**AUTORES:** Geert D'Haens, Remo Panaccione, Jean Frederic Colombel, Peter Bossuyt, Silvio Danese, A Lim, J O Lindsay, T Hisamatsu, Z Ran, David T Rubin, Stefan Schreiber, Laurent Peyrin-Biroulet, E V Loftus, M Dubinsky, M Ferrante, E Neimark, A Song, B Huang, X Liao, S Berg, W R Duan, K Wallace, Brian Feagan, William J Sandborn, Julio Cesar Nophal Carvalho (AbbVie Farmacêutica - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Risankizumab (RZB) is a monoclonal antibody against interleukin-23, a key cytokine in the pathogenesis of Crohn's disease (CD). Here we report results of ADVANCE (NCT03105128) and MOTIVATE (NCT03104413), two similar double-blind randomized placebo-controlled phase 3 studies evaluating efficacy and safety of RZB as induction therapy in patients (pts) with moderate to severe CD.

**OBJETIVO:** To evaluate efficacy and safety of RZB as induction in moderate-to-severe CD.

**MÉTODO:** Eligible pts had a CDAI 220-450, average (avg) daily (liquid/very soft) stool frequency (SF)  $\geq 4$  and/or avg daily abdominal pain score (APS)  $\geq 2$ , and SES-CD  $\geq 6$  ( $\geq 4$  for isolated ileal disease) excluding the narrowing component, and demonstrated inadequate response (IR) or intolerance to biologic (bio-IR) and/or conventional treatment (non-bio-IR) (ADVANCE), or bio-IR only (MOTIVATE). Pts were randomized 2:2:1 (ADVANCE) or 1:1:1 (MOTIVATE) to receive IV RZB 600 mg, 1200 mg, or placebo (PBO) at Weeks 0, 4, and 8. Randomization was stratified by baseline (BL) corticosteroid use, BL SES-CD, and number of prior biologics failed. Co-primary endpoints (eps) were clinical remission and endoscopic response (defined in tables footnotes) at Week 12. Safety was assessed in pts receiving  $\geq 1$  dose of study drug.

**RESULTADOS:** The primary ITT populations included 850 pts in ADVANCE and 569 in MOTIVATE. In both studies, significantly more pts in RZB 600 mg and 1200 mg groups vs PBO ( $P < 0.001$ ) achieved the co-primary eps (Tables 1 and 2). In ADVANCE, RZB showed efficacy regardless of biologic IR status by subgroup analysis; non-bio-IR pts had numerically higher rates of efficacy vs bio-IR pts (Table 1). Adverse event (AE) rates were similar in the RZB 600 mg and 1200 mg groups vs PBO. Serious AEs, AEs leading to discontinuation of study drug, and serious infections were numerically higher in the PBO group, due at least in part to AEs related to uncontrolled activity of CD (Table 3). No adjudicated MACE or adjudicated anaphylaxis were reported. Active TB was reported in 1 patient (pt) with history of active TB in the ADVANCE RZB 600 mg group. Two deaths were reported in the ADVANCE PBO group and 1 in the MOTIVATE RZB 1200 mg group (pt had squamous cell lung carcinoma).

**CONCLUSÃO:** RZB 600 mg and 1200 mg was more effective than placebo at inducing clinical remission and endoscopic response at Week 12 in pts with moderate-to-severe CD. Both RZB doses were generally well-tolerated, and AEs were consistent with the known safety profile of RZB.

**CONTATO AUTOR:** JULIO CESAR NOPHAL DE CARVALHO | julio.carvalho@abbvie.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101814 – Efficacy and safety of upadacitinib induction therapy in patients with moderately to severely active Ulcerative Colitis: Results from the phase 3 U-ACHIEVE study

**AUTORES:** Silvio Danese, Séverine Vermeire, Wen Zhou, Aileen Pangan, Jesse Siffledeen, Xavier Hébuterne, Hiroshi Nakase, Peter D R Higgins, Min-Hu Chen, Yuri Sanchez Gonzalez, Bidan Huang, Wangang Xie, John Liu, Michael A Weinreich, Remo Panaccione, Julio C N Carvalho (AbbVie Farmacêutica - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** An unmet therapeutic need remains in patients(pts) with ulcerative colitis (UC). U-ACHIEVE is one of two phase 3 induction trials evaluating the safety and efficacy of the selective JAK-1 inhibitor upadacitinib (UPA) 45 mg once daily (QD) in adults with UC.

**OBJETIVO:** To evaluate the safety and efficacy of upadacitinib 45 mg QD in adults with UC.

**MÉTODO:** It was a multicentre, double-blind, placebo (PBO)-controlled trial (NCT02819635) that randomized pts with mod-to-sev active UC 2:1 to UPA 45 mg QD or PBO for 8 weeks. Randomization was stratified by biologic inadequate responder status, baseline corticosteroid use (yes or no), and baseline adapted Mayo Score (MS) ( $\leq 7$  or  $> 7$ ). The primary endpoint was proportion of pts achieving clinical remission (per adapted MS) at wk 8. Ranked secondary endpoints included endoscopic improvement at wk 8, endoscopic remission at wk 8, clinical response per adapted MS at wk 8, clinical response per partial adapted MS at wk 2, and histologic-endoscopic mucosal improvement at wk 8. NRI incorporating multiple imputations for missing data due to COVID-19 are reported. Safety was assessed through wk 8.

**RESULTADOS:** 474 pts were randomized (UPA, n=319; PBO, n=155). Baseline characteristics were well balanced between groups. A significantly higher proportion of pts receiving UPA (26.1%) vs PBO (4.8%) achieved clinical remission at wk 8 (adjusted treatment difference [95% CI]: 21.6% [15.8, 27.4];  $P < 0.001$ ). For all ranked secondary endpoints, UPA was superior to PBO ( $P < 0.001$ ). A significant difference vs PBO in clinical response favouring UPA was seen as early as wk 2 (60.1% vs 27.3%) and was sustained thereafter up to wk 8 (79.0% vs 41.6%). Serious AEs, severe AEs, and AEs leading to study drug discontinuation were higher in the PBO group. Acne, CPK elevation, and nasopharyngitis were the most common AEs with UPA and worsening of UC and anaemia with PBO. Incidence of serious infection was similar between UPA and PBO. Neutropenia and lymphopenia were reported more frequently with UPA vs PBO. No adjudicated GI perforation, MACE, or thrombotic events, and no active TB, malignancy, or deaths were reported.

**CONCLUSÃO:** In pts with mod-to-sev active UC, UPA 45 mg QD induction therapy was superior to PBO in inducing clinical remission/response, and endoscopic remission/response over 8 weeks; responses were significant and rapid. UPA 45 mg QD was well-tolerated; safety was comparable with the known safety profile of UPA, and no new safety signals were identified.

**CONTATO AUTOR:** JULIO CESAR NOPHAL DE CARVALHO | julio.carvalho@abbvie.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101815 – Efficacy and safety of upadacitinib as induction therapy in patients with moderately to severely active Ulcerative Colitis: Results from phase 3 U-ACCOMPLISH study

**AUTORES:** Séverine Vermeire, Silvio Danese, Wen Zhou, Aileen Pangan, Susan Greenbloom, Geert D’Haens, Julian Panes, Pascal Juillerat, James O Lindsay, Edward V Loftus Jr, William J Sandborn, Walter Reinisch, Yuri Sanchez Gonzalez, Bidan Huang, Wangang Xie, John Liu, Michael A Weinreich, Remo Panaccione, Julio C N Carvalho (AbbVie Farmacêutica - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Upadacitinib (UPA) is a selective and reversible Janus kinase inhibitor. U-ACCOMPLISH is one of two phase 3 induction trials that evaluated the safety and efficacy of UPA 45 mg once daily (QD) in adults with ulcerative colitis (UC).

**OBJETIVO:** To evaluate the safety and efficacy of UPA 45 mg QD in adults with UC.

**MÉTODO:** U-ACCOMPLISH was a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial (NCT03653026) that enrolled patients (pts) with moderate-to-severe UC who had inadequate response, loss of response, or intolerance to 5-ASA, immunosuppressants, corticosteroids and/or biologics. Pts were randomized 2:1 to UPA 45 mg QD or placebo (PBO) for 8 weeks. At week 8, responders entered the maintenance phase and non-responders entered the extended treatment period to receive open-label UPA 45 mg QD for additional 8 weeks. The primary endpoint (clinical remission per adapted Mayo Score) and ranked secondary endpoints including symptomatic, endoscopic–histologic evaluations from the 8-week PBO-controlled period are reported here. Non-responder imputation incorporating multiple imputation for missing data due to COVID-19 are reported.

**RESULTADOS:** 522 pts were randomized (UPA, n=345; PBO, n=177); the ITT population included 341 pts in UPA and 174 pts in PBO group. Baseline demographics and disease characteristics were similar between groups; 50.7% and 51.1% were biologic inadequate responders in UPA and PBO groups, respectively. A significantly higher proportion of pts receiving UPA 45 mg QD (33.5%) vs. PBO (4.1%) achieved the primary endpoint (adjusted treatment difference: 29.0% [23.2, 34.7];  $P < 0.001$ ). A significantly higher proportion of pts receiving UPA versus PBO also achieved all ranked secondary endpoints (all  $P < 0.001$ ). Serious adverse events were reported by 3.2% and 4.5% of pts in UPA and PBO groups, respectively. Similar rates of serious infection were observed in both groups (0.6%); 2 events each of H. zoster and opportunistic infection were reported in UPA group. No active TB, malignancy, adjudicated MACE, or deaths were reported in the study. One patient with VTE (DVT and PE) and 1 patient with GI perforation were reported in the PBO group.

**CONCLUSÃO:** In U-ACCOMPLISH, 8-week UPA 45 mg QD induction treatment led to statistically significant improvements in clinical, endoscopic, and combined endoscopic-histologic endpoints. The treatment was well tolerated, and the safety profile and AE prevalence was comparable with previous studies of UPA with no new safety signals identified.

**CONTATO AUTOR:** JULIO CESAR NOPHAL DE CARVALHO | julio.carvalho@abbvie.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 101925 – Is dairy products restriction mandatory for Inflammatory Bowel Disease patients: a multinational cross sectional study

**AUTORES:** Pezhman Alavinejad, Luciano Lenz (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morteza Nayebi, Abazar Parsi, Farnaz Farsi, Fatemeh Maghool, Zeinab Alipour, Mehdi Alimadadi, Mohammed Ahmed, Bahman Cheraghian, Dao Viet Hang, Shabnam Shahrokh, Hasan Emami, Seyed Hashemi, Mohamed Alborai, Mohamed Emara, Tran Quang Trung, Naser Daryani, Maryam Rezvanifar, Tahereh Azimi

**INTRODUÇÃO:** The role of dairy foods (DFs) in inflammatory bowel disease (IBD) has been controversial and it is debatable if patients with IBD should avoid milk and dairy products or not, as well as the relationship between these foods and symptoms in this population.

This multi centric cross sectional study designed to evaluate is it really necessary to deprive IBD patients from consumption of DFs

**OBJETIVO:** To evaluate gastrointestinal (GI) symptoms after consumption of dairy products from all outpatients with IBD during six months and to compare patients treated at the same centers without IBD (non IBD cases)

**MÉTODO:** A multicenter survey with 12 gastroenterology referral centers in 4 countries

**RESULTADOS:** Overall 1888 cases included (872 IBD patients and 1016 non IBD cases). 56.6% of participant was female with average age of 40.1 years. Racially 79.8% of participant was Caucasian and originally they were citizens of 10 countries. Relative prevalence of IBD was higher in Africans and Indians and the most frequent prevalence of dairy products intolerance seen in Asians. Among IBD patients, 571 cases diagnosed as ulcerative colitis (UC) and 189 participants as Crohn's disease (CD). Average duration of diagnosis as IBD was 6.8 years (from 2 months to 35 years).

The most prevalent GI symptoms after consumption of all of the dairy products were bloating and abdominal pain. Totally, intolerance of dairy products and lactase deficiency was more prevalent among IBD patients in comparison with non IBD cases (65.5% vs. 46.1%,  $P = 0.0001$ ). But the rate of GI complains among IBD patients who had not any family history of lactase deficiency, history of food sensitivity or both were 59.91%, 52.87% & 50.33% respectively and similar to non IBD cases ( $P = 0.68, 0.98$  &  $0.99$  respectively).

**CONCLUSÃO:** The rate of dairy product intolerance among IBD patients without family history of lactase deficiency or history of food sensitivity is similar to non IBD cases and probably there is no reason to deprive them from this important source of dietary calcium, vitamin D and other nutrients.

**CONTATO AUTOR:** LUCIANO LENZ | [luciano88lenz@gmail.com](mailto:luciano88lenz@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 101939 – Perfil da População com Achado Endoscópico Sugestivo de Neoplasia Colorretal na Rede Pública de Salvador, Bahia

**AUTORES:** Raquel de Mello Paranaguá (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Nathalia Araújo (Universidade Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Adriana Ribas Andrade (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Marcos Cláudio Batista Silva (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital Geral Roberto Santos; Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal (CCR) é uma doença comum, sendo no Brasil, o segundo mais incidente entre homens e mulheres e o terceiro em mortalidade. Apesar da gravidade da doença e crescente incidência, esta forma de câncer pode ser prevenida ou ter sua morbimortalidade bastante diminuída quando detectada precocemente. Para que isso ocorra, o rastreamento com colonoscopia é a principal estratégia, devendo se iniciar em diferentes idades de acordo com o risco do paciente. Em oposição ao rastreamento, aplicado em pacientes assintomáticos, a presença de sinais ou sintomas frequentemente indica doença avançada localmente ou à distância, cenário ainda muito encontrado apesar da gradual popularização dos serviços de endoscopia digestiva.

**OBJETIVO:** Caracterizar a população com achado endoscópico sugestivo de câncer colorretal, submetida a exame de colonoscopia em hospital público terciário em Salvador-Ba.

**MÉTODO:** Estudo observacional de corte transversal, com análise retrospectiva de dados. Foram incluídos indivíduos submetidos à colonoscopia e com achados sugestivos de neoplasia, no período entre junho de 2017 e novembro de 2020.

**RESULTADOS:** Foram realizados 4153 colonoscopias no período e 3093 foram elegíveis para o estudo. Destas, 207 (5,3%) revelaram achados compatíveis com neoplasia colorretal, maioria de mulheres (52,2%) e com média de idade de 61 anos (23-86). Conforme a faixa etária, observou-se achados compatíveis com CCR em 1,5% em pacientes dentre 18-29 anos, 30-39 anos (5,3%), 40-44 anos (4,4%), 45-49 anos (6,3%), 50-59 anos (23,8%), 60-69 (35%), 70-79 anos (18,5%) e 80-90 anos (5,3%). As indicações que levaram a estes exames foram diversas e as principais foram sangramento digestivo (39,6%), rastreamento de câncer colorretal (11,4%), dor abdominal (10,4%) e anemia (8,9%).

**CONCLUSÃO:** Lesões com características claras de câncer colorretal foram identificadas especialmente na população acima de 50 anos, porém 17,5% das lesões ocorreram em pacientes abaixo dessa faixa. Por não ser um número desprezível, neste e em outros estudos, a idade para início do rastreamento dessa neoplasia vem sendo intensamente debatida. Estudos como este podem ajudar a definir novas diretrizes com objetivo de detectar a maioria das lesões em fases precoces

**CONTATO AUTOR:** LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE | [lourianne@gmail.com](mailto:lourianne@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 101941 – Estratégias para aumentar a taxa de rastreio do câncer colorretal em população de risco moderado: uma revisão sistemática

**AUTORES:** Érico Henrique Araújo de Moraes (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Luiza Araújo Diniz (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz de Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Rayane Elen Fernandes Silva (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Raquel Miranda Carvalho (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Eduardo Ângelo Braga (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Camila Guimarães Mendes (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As evidências de estudos de intervenção randomizados indicam que o rastreamento do câncer colorretal (CCR) é eficaz na redução da mortalidade.

**OBJETIVO:** Avaliar os fatores associados ao sucesso de estratégias que aumentem a adesão aos exames de rastreamento do CCR por pacientes de médio risco.

**MÉTODO:** Foi usado o protocolo para revisões sistemáticas e metanálises (PRISMA) como base metodológica. Utilizamos os bancos de dados PubMed e Scopus utilizando os seguintes descritores: colorectal neoplasms AND health education AND mass screening AND early cancer detection. Foram selecionados apenas artigos escritos em inglês e artigos que enfocassem estratégias para aumentar a adesão às taxas de rastreamento do CCR. Para realizar a análise de risco de viés, foi utilizado a ferramenta Cochrane Risk of Bias. Didaticamente os estudos foram agrupados de acordo com a metodologia da estratégia para aumentar a adesão.

**RESULTADOS:** Dois artigos que abordaram a triagem por recomendação/educação de profissionais médicos apresentaram aumento de 12,4% e 2,2 vezes mais chance de os pacientes completarem os testes de triagem; três recorreram à recomendação/formação de profissionais de saúde não médicos ou pesquisadores assistentes, em que a adesão passou de 1% a 29% e 1,6 vezes mais chance de segui-la; quatro utilizaram recomendação/educação de membros capacitados da comunidade, em que houve aumento de 6,6% para 26,4%; duas disponibilizaram kits FOBT gratuitos por correios e farmácias, em que o aumento foi de 29,8% para 30%; envio de panfletos/convites pelo correio ou convite a pacientes por telefone, cujo crescimento variou de 1,1% a 13,7%; três educaram a população por meio de multimídia, o que elevou a taxa em 14%; cinco utilizaram um mix de intervenções, resultando em um crescimento de 1,7% para 76,9%.

**CONCLUSÃO:** O aumento da taxa de adesão aos testes de rastreamento do CRC está relacionado à orientação fornecida por uma equipe multidisciplinar treinada. Além disso, o método clínico centrado no paciente atende às singularidades do paciente e utiliza a melhor metodologia de rastreamento baseada em evidências científicas para cada população. Por fim, o envio de panfleto personalizadas e o fortalecimento do contato com os pacientes via telefone/multimídia também aumentam as chances de sucesso.

**CONTATO AUTOR:** ERICO HENRIQUE ARAUJO DE MORAIS | erico.morais@aluno.ufop.edu.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 101952 – Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com doença de Crohn em dois centros de referência do Estado da Bahia

**AUTORES:** CAROLINA DA SILVA BEDA SACRAMENTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - SALVADOR - Bahia - Brasil), CANDIDA OLIVEIRA ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - SALVADOR - Bahia - Brasil), MARINA PAMPONET MOTTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - SALVADOR - Bahia - Brasil), REGINALDO FREITAS FERREIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil), PEDRO DE ALMEIDA SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil), MARIANA NERY ANDRADE (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - SALVADOR - Bahia - Brasil), RAFAEL MIRANDA BARBOSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil), VITOR BRANDÃO VASCONCELOS (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE - SALVADOR - Bahia - Brasil), VITOR DAMASCENO ANDRADE (UNIVERSIDADE SALVADOR - SALVADOR - Bahia - Brasil), RENATA NOBREGA CORDEIRO LIBERATO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - SALVADOR - Bahia - Brasil), LARISSA DO PRADO PALMIRO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil), BERNARDO WASCONCELLOS THIARA (UNIVERSIDADE SALVADOR - SALVADOR - Bahia - Brasil), EDUARDO MARTINS NETTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS - SALVADOR - Bahia - Brasil), ANDREA MAIA PIMENTEL (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - Salvador - Bahia - Brasil), FLORA MARIA LORENZO FORTES (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - Salvador - Bahia - Brasil), JACIANE ARAUJO MOTA FONTES (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - Salvador - Bahia - Brasil), NEOGELIA PEREIRA DE ALMEIDA (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - Salvador - Bahia - Brasil), VALDIANA CRISTINA SURLO (HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS - Salvador - Bahia - Brasil), GENOILE OLIVEIRA SANTANA SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - SALVADOR - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A incidência e prevalência da doença de Crohn (DC) vem em ascensão ao longo dos últimos anos em todo mundo, e a prevalência no Brasil é estimada em 36/100.000 habitantes. Estudos descrevendo o perfil de pacientes com DC no Brasil ainda são poucos e restritos a determinadas regiões do país.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com diagnóstico de DC acompanhados nos dois ambulatorios de referência para tratamento de doença inflamatória intestinal do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de corte transversal baseado em um questionário aplicado aos pacientes portadores de DC e revisão dos seus respectivos prontuários, entre os anos de 2019 e 2021. Foi aplicada a classificação de Montreal.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 220 pacientes, 50,9% do sexo feminino, 79,1% proveniente da zona urbana, 86,4% de etnia negra ou parda e 10,9% tabagista. A faixa etária mais comum ao diagnóstico foi entre 17 e 40 anos (67,7%), seguida dos acima de 40 anos (26,8%) e abaixo de 16 anos (5,5%). Em relação à localização, 45,4% dos pacientes apresentam doença colônica, 30,7% ileocolônica e 23,9% ileal. O comportamento mais frequente é o inflamatório (75,9%), seguido do estenosante (12,3%) e o penetrante (11,8%). A doença no trato gastrointestinal superior associada foi observada em 15,5% e a doença perianal em 27,7%. A maioria dos pacientes já foi hospitalizado em decorrência da DC (79,1%), sendo que em 79,9% este internamento foi no primeiro ano após o diagnóstico. Uma grande parte foi submetida a algum procedimento cirúrgico (49,8%), sendo o procedimento mais comum a colocação de sedenho (34,9%), seguido da fistulectomia perianal (31,2%) e hemicolectomia direita (25,7%). Em relação ao tratamento medicamentoso, 74,4% utilizaram corticoide por descompensação da DC, 58,2% usaram ou usam imunobiológico e 87,7% imunossupressor.

**CONCLUSÃO:** A amostra descrita caracteriza-se por pacientes que representam o perfil epidemiológico do local do estudo. A gravidade do quadro clínico pode ser atribuída ao fato do estudo ter sido realizado em centro de referência. Possivelmente, pacientes atendidos em serviços com outras características podem apresentar diferente perfil epidemiológico e de gravidade.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINA DA SILVA BEDA SACRAMENTO | carolbeda@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 101973 – INTERNAÇÕES POR DIARREIA E GASTROENTERITE INFECCIOSA: ANÁLISE DE DESFECHO NO BRASIL DE 2010-2020

**AUTORES:** Nicolle Mesquita Salvadori (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Nathália Borelli (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Larissa Roberta Negrão (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriela Kohl Hammacher (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Pietra Bravo Araújo (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Francisco Costa Beber Lemanski (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Luca Crespi Corradi (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), João Vitor Barcellos Zin (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Tarasconi Zanin (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Victor Vasconcelos da Silva (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Diarréia aguda tem etiologia presumivelmente infecciosa (viral, bacteriana ou parasitária), provocando má absorção de água e eletrólitos pelo aumento do número de evacuações. Como consequência, destaca-se a desnutrição e a desidratação, que representam as principais causas de óbito.

**OBJETIVO:** Analisar as internações por diarreia e gastroenterite infecciosa pelo SUS no Brasil nos período de 2010 a 2020.

**MÉTODO:** Estudo descritivo e retrospectivo sobre o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível no Brasil de 2010 a 2020. Os dados foram obtidos pelo DATASUS. As variáveis utilizadas foram número de AIHs aprovadas, média de permanência, cor/raça e taxa de mortalidade (TM) e faixa etária.

**RESULTADOS:** Constatou-se 1.663.681 internações no período. Crianças representaram grande parte das AIHs, principalmente abaixo de 9 anos de idade. A faixa etária com maior número de internações foi entre 1 e 4 anos (27,8%), seguido de pacientes entre 5-9 anos (11,05%) e menores de 1 ano (10,58%). A faixa etária menos acometida foi a de pacientes entre 15 e 19 anos, com 65.274 casos (3,9%). O tempo médio de internação foi de 3,1 dias, com o maior período entre os maiores de 80 anos (3,7 dias) e o menor entre a faixa etária de 15 a 19 anos (2,7 dias). Constatou-se um crescimento paralelo da TM a partir dos 5 anos com o aumento da idade dos pacientes. A TM total encontrada foi de 0,74%, sendo 7x maior nos pacientes acima de 80 anos (5,14%). A menor TM foi identificada nos pacientes entre 5 e 9 anos (0,03%). Quanto à cor/raça informadas, 64,84% eram pardos, 29,26% brancos e 2,65% pretos.

**CONCLUSÃO:** Crianças entre 1 e 4 anos tiveram o maior número de internações por diarreia e gastroenterite infecciosa, com prevalência dos pacientes pardos. O tempo de internação médio foi de 3,1 dias, enquanto a TM apresentou-se crescente com o aumento da idade, sendo os pacientes com mais de 80 anos com o maior risco.

**CONTATO AUTOR:** NICOLLE MESQUITA SALVADORI | nicolle\_ms@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102004 – PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO

**AUTORES:** RHAMON BARROSO SOUSA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), SILVIA ROMERO PINHEIRO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), ANDREA BENEVIDES LEITE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), FRANCISCO SÉRGIO RANGEL DE PAULA PESSOA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARIANA ROLIM FERNANDES MACEDO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), GARDÊNIA COSTA CARMO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), TICIANA MARIA LAVOR ROLIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença inflamatória intestinal (DII) representa um grupo de afecções intestinais inflamatórias crônicas idiopáticas. As duas principais são a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU). 7-10% permanecem sem definição e integram a categoria denominada colite não-classificada (CNC).

**OBJETIVO:** Avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com doença inflamatória intestinal em tratamento farmacológico acompanhados no serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral de Fortaleza - Ceará, Brasil

**MÉTODO:** Foram incluídos 198 pacientes acompanhados no serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) durante o período de coleta dos dados (ano 2020). Os dados foram obtidos mediante utilização de questionário preenchido pelo autor da pesquisa a partir da revisão de prontuários e/ou da entrevista do paciente ou responsável legal em consultas ambulatoriais no HGF.

**RESULTADOS:** Dos 198 pacientes, 119 (60,2%) eram do sexo feminino e 79 (39,8%) eram do sexo masculino; A média de idade dos pacientes com RCU foi de 52,9, com DC de 45,5 e com de CNC 46,3 anos; 52 (26,2%) pacientes tinham histórico de tabagismo. Desses, 16 (8,0%) portadores de DC, 34 (17,2%) RCU e 2 (1%) CNC; Dos pacientes com DC, o acometimento ileocolônico foi o mais comum (43 pacientes - 21,7%) . Entre os pacientes com RCU, acometimento mais comum foi pancolite (35 pacientes - 17,6%). Dos 6 portadores de CNC, 4 (2%) apresentavam pancolite e ileíte terminal. Dos pacientes com DC, 35 (17,6%) apresentavam fenótipo inflamatório como o mais comum. Entre os pacientes com DC, as medicações mais usadas foram azatioprina (16,6%) e adalimumabe (16,1%). Dos pacientes com RCU, as mais usadas foram mesalazina (28,7%) e sulfassalazina (18,1%) . Dos 6 portadores de CNC, 3 (1,5%) estavam em uso de mesalazina, 2 (1%) em uso de azatioprina e 2(1%) em uso de infliximabe.

**CONCLUSÃO:** A maioria dos pacientes com DII em seguimento na Gastroenterologia do HGF no período analisado eram mulheres, portadores de RCU e com faixa etária média de 50 anos. Histórico de tabagismo foi mais prevalente entre pacientes com RCU. Pacientes portadores de RCU, em sua maioria, tinham pancolite e faziam uso de mesalazina ou sulfassalazina. Entre os pacientes com DC, o acometimento ileocolônico foi o mais frequente, e as medicações mais usadas foram azatioprina e adalimumabe. O uso de biológicos foi mais frequente em portadores de DC.

**CONTATO AUTOR:** RHAMON BARROSO DE SOUSA | rhamon@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102013 – NEOPLASIA MALIGNA DE CÓLON: PANORAMA NACIONAL AO LONGO DE UMA DÉCADA (2011-2020)

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Davi Viana Melo de Farias FARIAS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Adriano de Oliveira Vieira VIEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Daniel Miranda de Souza Nascimento NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de cólon abrange os tumores que se iniciam no intestino grosso, com exceção do reto. Grande parte desses tumores se iniciam a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Quando as células cancerígenas estão na parede do cólon, podem crescer nos vasos sanguíneos ou vasos linfáticos e, a partir daí, ir para os linfonodos próximos ou outros órgãos. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente

**OBJETIVO:** Caracterizar a situação da neoplasia maligna de cólon no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020

**MÉTODO:** O estudo apresenta um caráter descritivo, quantitativo e transversal no período de 2011 a 2020. Os dados referem-se ao número de internações por neoplasia maligna de cólon no Brasil, obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), plataforma de registros associada ao DATASUS. As variáveis utilizadas foram: número de internações por região, faixa etária, sexo e cor/raça e taxa de mortalidade.

**RESULTADOS:** No período, foram realizadas 423.204 internações por câncer de cólon; dessas, 195.281 (46%) ocorreram na Região Sudeste, enquanto 195.281 (33%) na Região Sul, 54.812 (13%) na Região Nordeste, 28.349 (6%) na Região Centro Oeste. A região Norte foi responsável por, aproximadamente, 2% (8.727) das internações. Houve uma discreta prevalência no sexo feminino, com uma diferença de 2.916 internações em relação ao sexo masculino. Observou-se que o número de internados predomina em indivíduos de cor branca (54%). Nota-se que a idade é fator preponderante para as internações por câncer de cólon, pois indivíduos acima de 50 anos corresponderam a 76%. No que se refere à taxa de mortalidade por neoplasia maligna de cólon, evidencia-se uma taxa nacional de 8,21, embora se tenha notado discrepâncias regionais evidentes. A taxa de mortalidade na Região Sudeste corresponde a 9,98, seguida, imediatamente, pela Região Norte com 9,33, Centro-Oeste com 8,50 e Nordeste com 7,96; a região com menor taxa de morte é a Região Sul, com média de 5,71.

**CONCLUSÃO:** Diante dos resultados apresentados, reitera-se a necessidade de exames com mais frequência a partir dos 50 anos de idade, como medida de rastreamento e prevenção de neoplasia maligna de cólon. Medidas de enfrentamento à subnotificação e de intervenções precoces são relevantes para a redução da mortalidade e sobrevida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | [mms.med.uepa@gmail.com](mailto:mms.med.uepa@gmail.com)

**102029 – PERFIL DE INTERNAÇÕES POR DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NO BRASIL EM UMA DÉCADA (2010 A 2020)**

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Solange Lima Gomes GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Caio Vitor de Miranda Pantoja PANTOJA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), João Paulo Mota Lima LIMA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Wellyngton Castro de Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Doença Inflamatória Intestinal (DII) é o termo utilizado para se referir às patologias crônicas que ocasionam a ativação imunológica inadequada das mucosas do TGI, situação que leva à sua inflamação. A Retocolite Ulcerativa (RU) e a Doença de Crohn (DC) são os principais representantes desses distúrbios. A RU se trata de uma condição inflamatória restrita ao cólon e ao reto e que acomete apenas mucosa e submucosa, enquanto a DC pode comprometer qualquer porção do trato digestivo e apresenta acometimento transmural. As manifestações clínicas são variáveis, manifestando desde hematoquezia até sintomas extraintestinais.

**OBJETIVO:** Retratar o perfil epidemiológico das DII pelas regiões brasileiras durante o período de 2010 a 2020.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, transversal e retrospectiva. Foram analisados dados de domínios públicos do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), com enfoque nas variáveis: número total de internações por DII, idade, sexo, óbitos, média de permanência hospitalar e caráter de atendimento, no período de 2010 a 2020. Foram incluídos casos notificados em todas as Regiões do Brasil, os quais foram organizados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2016, mediante estatística descritiva.

**RESULTADOS:** Entre os 47.399 casos de internações por DII, 8,5% ocorreram no ano de 2020. A região Sudeste destaca-se com maior número de casos (45,47%;21.555), seguida pela região Sul (20,31%;9.630) e Nordeste (19,8%;9.401). Observou-se que 53,52% ocorreram no sexo feminino e 46,47% no sexo masculino. A faixa etária com maior índice foi de 30 a 39 anos (15,39%;7.346), tendo destaque também pessoas de 40 a 49 anos (14,81%;7.023). O número de evoluções a óbito foi de 1.196, sendo que o Sudeste foi responsável pelo maior índice (44,98%;538) e o Nordeste por 262 (21,97%) casos. Quanto ao caráter de atendimento, 79,18% foram de urgência e 20,81% eletivos, ocorrendo, predominantemente na região Sudeste.

**CONCLUSÃO:** Constata-se que as doenças inflamatórias intestinais são mais prevalentes na região Sudeste, adultos jovens (30 a 39 anos) e mulheres. O tipo de atendimento predominante foi do tipo de urgência e a evolução com maiores índices de óbitos foram no Sudeste. Tais doenças ainda representam custos relevantes para o SUS e representam significativa morbidade. Ainda são necessários mais estudos sobre tais doenças no país visando gerar medidas de prevenção e tratamento eficazes para os acometidos.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | msm.med.uepa@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 102046 – Níveis elevados de capacidade cardiorrespiratória interferem na constipação funcional em adolescentes?

**AUTORES:** João Gustavo Brant Rocha (Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Maria Clara Brant Rocha (Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), João Pedro Brant Rocha (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo Eustáquio Siqueira Rocha (Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Josiane Santos Brant Rocha (Universidade Estadual de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A constipação funcional (CF) é um importante problema de saúde, e vem afetando todas as idades, apresentando prevalência com grande variação em crianças e adolescentes. A fisiopatologia da constipação é complexa e multifatorial, com pesquisas focadas em fatores ambientais e atitudes comportamentais.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é estimar a prevalência da constipação funcional em adolescentes e a sua associação com níveis de capacidade cardiorrespiratória.

**MÉTODO:** Estudo transversal e analítico, com amostra representativa de adolescentes de escolas públicas municipal, matriculados no ano de 2018, na cidade de Montes Claros- Minas Gerais. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, constipação funcional através dos critérios de Roma III, e o teste de capacidade cardiorrespiratória (teste corrida/caminhada dos 6 minutos), posteriormente dicotomizado em zona saudável e zona de risco. Foi realizada uma análise descritivas das variáveis sociodemográficas, constipação funcional e capacidade cardiorrespiratória, posteriormente análise bivariada por meio do teste qui-quadrado para verificar a associação da variável desfecho com capacidade cardiorrespiratória, assumido de 5% ( $p \leq 0,05$ ), o estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sobre o parecer nº 1.908.982 .

**RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 880 adolescentes. A média de idade foi de 13 anos ( $\pm 1,22$ ), sendo 52% do sexo feminino. A prevalência de constipação funcional foi de 13,8% e 94,3% estavam na zona de risco para a capacidade cardiorrespiratória, a constipação intestinal não se associou a capacidade cardiorrespiratória ( $p=0,463$ ).

**CONCLUSÃO:** A prevalência da constipação funcional no grupo estudado foi considerada elevada, e a maioria dos adolescentes apresentaram baixa capacidade cardiorrespiratória, porém não associou-se a prevalência da constipação intestinal. A adoção de hábitos comportamentais saudáveis, como redução do comportamento sedentário, prática regular de atividade física, podem ser útil na prevenção e no manejo da constipação funcional em adolescentes.

**CONTATO AUTOR:** JOAO GUSTAVO BRANT ROCHA | [jgbrantr@gmail.com](mailto:jgbrantr@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102112 – Fatores clínicos e psicológicos associados com o prejuízo da imagem corporal nos pacientes com doença inflamatória intestinal

**AUTORES:** Clara Miracco Urbinati (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), César Margonato Ribeiro Galerani (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Debora Mayume Takamune (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Jaqueline Ribeiro Barros (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giedre Soares Prates (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogério CLARA Saad-Hossne (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Lígia Yukie Sasaki (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU), são enfermidades crônicas que cursam com sintomas que podem afetar a imagem corporal. A imagem corporal refere-se ao conceito que cada pessoa tem de sua própria aparência física e à percepção de como os outros a veem. A Imagem Corporal tem grande influência sobre as trocas sociais e relacionamentos, portanto é presumível que indivíduos com DII tenham sua autoimagem afetada negativamente e possam apresentar sofrimento psicológico: vergonha, ansiedade, sintomas depressivos, problemas sexuais e baixa autoestima são comuns.

**OBJETIVO:** Avaliar o impacto das DII na Imagem Corporal dos pacientes.

**MÉTODO:** Realizado estudo transversal com inclusão de 205 portadores de DII e 202 controles. Como instrumentos de avaliação foram utilizadas: variáveis clínicas (idade, sexo, raça/etnia, tempo de doença e hábitos de vida), atividade clínica da doença, qualidade de vida (SF-36), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Auto Estima de Rosemberg e Escala de Imagem Corporal (BIS). Análise Estatística: descritiva.

**RESULTADOS:** O estudo avaliou 116 portadores de DC e 89 de RCU, a maioria em remissão clínica ou atividade discreta da doença. O grupo DII é um pouco mais jovem que o GC (35,74 x 40,13 anos,  $p=0,0019$ ). Apesar de a qualidade de vida geral, avaliada através da pontuação total do SF-36, ter se mostrado igual entre os grupos ( $p= 0,1304$ ), Capacidade Funcional e Aspectos Físicos, mais relacionados ao acometimento orgânico da doença, estão mais comprometidos no grupo DII ( $p<0,0001$  em ambos). Por outro lado, Aspectos emocionais mostrou-se pior entre o GC (60,97 x 47,24;  $p=0,0008$ ). No quesito Ansiedade ( $p=0,2242$ ), Depressão ( $p=0,1016$ ) e Autoestima ( $p=0,7663$ ) não houve diferença entre os grupos. Por outro lado, a imagem corporal foi prejudicada no grupo DII ( $p<0,0001$ ), mostrando que os pacientes portadores de DII apresentam preocupação maior com sua imagem corporal quando comparados a indivíduos saudáveis.

**CONCLUSÃO:** Pacientes com DII apresentam um maior impacto na Imagem Corporal e em aspectos físicos quando comparados ao grupo controle, devido a doença. No entanto, grupo controle apresenta maior impacto psicológico neste estudo.

**CONTATO AUTOR:** CLARA MIRACCO URBINATI | [claramiraccourbinati@gmail.com](mailto:claramiraccourbinati@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102192 – ANÁLISE COMPARATIVA DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO ENTRE OS PORTADORES DE DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA - CE.

**AUTORES:** RHAMON BARROSO SOUSA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), SILVIA ROMERO PINHEIRO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), ANDREA BENEVIDES LEITE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), FRANCISCO SÉRGIO RANGEL DE PAULA PESSOA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARIANA ROLIM FERNANDES MACEDO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), GARDÊNIA COSTA CARMO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), TICIANA MARIA LAVOR ROLIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença inflamatória intestinal (DII) representa um grupo de afecções intestinais inflamatórias crônicas idiopáticas. As duas principais categorias de doenças são a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU).

**OBJETIVO:** Descrever e comparar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa acompanhados no serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral de Fortaleza - Ceará.

**MÉTODO:** Avaliados 192 pacientes acompanhados no serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Dados obtidos mediante utilização de questionário preenchido pelo autor da pesquisa a partir da revisão de prontuários e/ou da entrevista do paciente em consultas ambulatoriais no HGF de julho a dezembro de 2020.

**RESULTADOS:** O estudo apresentou 117 pacientes com RCU e 75 com DC. Entre os portadores de RCU, 70 (63,5%) eram mulheres e 37 (36,5%) eram homens; dos portadores de DC, 45 (53%) eram mulheres e 40 (47%) eram homens. ( $p=0,1028$ )

A média de idade dos pacientes com RCU foi de 52,9 anos, DC 45,5 anos. ( $p=0,0007$ ); 52 (26,2%) tinham histórico de tabagismo. Dos pacientes com DC, eram 16 (8,0%) e com RCU, eram 34 (17,2%). ( $p=0,0479$ ).

A média de tempo em anos dos sintomas ao diagnóstico entre os pacientes com DC foi de 2,53 anos e RCU foi de 1,84 ano. ( $p=0,2615$ ). Entre os pacientes com RCU, a média de tempo de doença foi de 11,1 anos e DC de 11,3 anos. ( $p=0,8664$ ).

Do total de pacientes com DII, 22 (11,1%) desenvolveram pelo menos uma manifestação extraintestinal (MEI). 11 (5,5%) eram portadores de RCU e 13 (6,5%) de DC. ( $p=0,3803$ ). Entre os pacientes com DC, 32 (16,1%) em uso de adalimumabe, 23 (11,6%) em uso de infliximabe, 12 (6%), 2 (1,0%) em uso de vedolizumabe e 1 (0,5%) em uso de ustequinumabe. Dos pacientes com RCU, 12 (6%) em uso de infliximabe, 7 (3,5%) em uso de adalimumabe, 1 (0,5%) em uso de vedolizumabe. ( $p < 0,01$ ). Entre os pacientes com DC, a média de internações por paciente foi de 1,59 entre os pacientes com RCU foi de 0,60. ( $p < 0,01$ ). Dos pacientes com DC, 40 (20,2%) foram operados e, dentre os pacientes com RCU, 6 (3%) foram submetidos a procedimento(s) cirúrgico(s). ( $p < 0,01$ )

**CONCLUSÃO:** A maioria dos pacientes avaliados era portadores de RCU. Histórico de tabagismo foi mais prevalente entre pacientes com RCU. Uso de biológicos foi mais frequente em portadores de DC, que também apresentaram maior incidência de MEI e tempo médio maior para o diagnóstico. A média de internações e de cirurgias foi maior no grupo DC.

**CONTATO AUTOR:** RHAMON BARROSO DE SOUSA | rhamon@gmail.com

**102370 – APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO CÂNCER COLORRETAL EM INDIVÍDUOS MAIS JOVENS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**

**AUTORES:** Gabriela Simões Alencar (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Ana Laura Oliveira Santos Dias Guimarães (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Bruna Brito Silva Gonçalves (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Karoline Stephany de Campos Gandra (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Larissa Maria Almeida Ramos (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Marcela Nogueira Chagas Felipe (Centro Universitário FipMoc - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Tarcísio Gomes Mendes (Santa Casa de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal (CCR), terceiro tipo mais comum de neoplasia diagnosticada no mundo e segundo mais frequente em homens e mulheres no Brasil, vem apresentando incidência crescente, principalmente em pacientes com idade inferior a 50 anos, gerando modificação recente na indicação de seu rastreamento. Sua apresentação em indivíduos jovens tem comportamento biológico, clínico e patológico relativamente divergente quando comparado a indivíduos mais velhos, tornando necessário o conhecimento de suas características para diagnóstico e terapêutica padronizadas.

**OBJETIVO:** Analisar os aspectos clínicos, biológicos e patológicos da apresentação do câncer colorretal em indivíduos mais jovens associado aos seus fatores de risco.

**MÉTODO:** Para realização deste estudo foi feita uma pesquisa de caráter qualitativo, utilizando artigos científicos em português e inglês do período de 2018 a 2021, presentes nas bases de dados SCIELO e Pubmed.

**RESULTADOS:** O câncer colorretal pode se apresentar em pacientes jovens nos segmentos distais do cólon e reto e geralmente é diagnosticado já em fase avançada da doença. O desenvolvimento precoce pode estar associado a fatores genéticos de predisposição, sob influência de fatores externos como tabagismo, obesidade, infecções, uso de antibióticos e até a própria microbiota intestinal. Em relação aos aspectos biológicos e patológicos, o padrão também vai se alterar, pois, na idade jovem, a biologia molecular do câncer demonstra frequentemente uma instabilidade microssatélite. Além disso, há menor diferenciação celular, com invasão neural e vascular e produção de mucina, relacionando essa apresentação a um pior prognóstico para o paciente. Assim, para indivíduos sem fatores de risco associados, o rastreamento pode reduzir a mortalidade por detectar o CCR em um estágio ainda curável. Logo, sugere-se o rastreamento periódico, iniciando-se aos 45 anos ou 10 anos antes do caso mais jovem na família.

**CONCLUSÃO:** Diante disso, observa-se a importância do conhecimento da apresentação clínica do CCR em pacientes jovens que, apesar de assintomático inicialmente na maioria dos casos, pode se manifestar já com sinais de mau prognóstico. Quando identificados fatores de risco, pode ser possível oferecer diagnóstico antecipado ao paciente, gerando melhor prognóstico. Além disso, o rastreamento em pacientes sem fatores de risco ou história familiar positiva também se torna indispensável para diagnóstico precoce e possível de cura da neoplasia.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA SIMOES ALENCAR | gabrielasalencar8@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102377 – PANORAMA DO PERFIL DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO CECO NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA

**AUTORES:** Bárbara Francesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A neoplasia maligna de Ceco (NMC), é um tumor localizado entre a porção final do intestino delgado e início do intestino grosso, na fossa ilíaca direita.

**OBJETIVO:** Descrever o perfil de mortalidade por NMC no Brasil, durante o período de 2010 a 2020, comparando a faixa etária, região brasileira, cor/raça e o sexo.

**MÉTODO:** Realizou-se, em maio de 2021, um estudo epidemiológico transversal utilizando a base de dados do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT), selecionando o painel de monitoramento da mortalidade CID-10, filtrando por ano, faixa etária, óbitos, cor/raça, região brasileira e sexo de 2010 a 2020.

**RESULTADOS:** No período, ocorreram 3.186 óbitos por NMC. Sendo 1.798 ( 59%) feminino e 1.388 ( 41%) masculino. Por faixa etária, 20 (0,5%) óbitos de 0 a 19 anos, 57 (2%) de 20 a 39 anos, 551 (17%) de 40 a 59 anos, 1.551 (48,5%) de 60 a 79 anos e 1.007 (32%) com 80 anos ou mais. Por raça/cor, 2.075 (65%) óbitos por brancos, 754 (24%) pardos, 191 (6%) pretos, 49 (1,4%) amarelos, 5 (0,1%) indígenas e 112 (3,5%) ignorados. Por região, 1. 711 (54%) na Sudeste, 533 (17%) na Nordeste, 639 (20%) na Sul, 195 (6%) na Centro-Oeste e 108 (3%) na Norte.

**CONCLUSÃO:** Na última década, observa-se que pacientes femininos têm maior prevalência de mortalidade por NMC, se comparado ao masculino. Ainda, a região Sudeste foi a que mais registrou óbitos no período estudado, podendo ser justificado pela alta densidade demográfica encontrada nesta região. Ademais, a adultos de 40 a 59 anos e pacientes geriátricos registraram alto índice de mortalidade por neoplasia maligna do ceco.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102440 – A evolução de internações e óbitos por infecções intestinais no Brasil entre 2008 e 2020: Um estudo Ecológico

**AUTORES:** Victor Emanuel Santos Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Emerson Kennedy Ribeiro de Andrade Filho (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Gabriel Melo Caldas Nogueira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Pedro Vilar de Oliveira Villarim (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Matheus Felipe Muniz da Silva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Edgleide Tiburtino de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Isadora de Albuquerque Falcão Feitosa (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Raíssa de Azevedo Queiroz (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Marcus Vinicius Silva de Paiva (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Infecções intestinais constituem um grupo de doenças do trato gastrointestinal associadas à dor abdominal, vômito, diarreia, enjoo e desidratação. Os vetores mais comuns a esses casos são vírus, bactérias ou parasitas. Essa condição é mais comum à realidade de países subdesenvolvidos, além de constituir uma das 10 maiores causas de morte no mundo.

**OBJETIVO:** Analisar a variação no número de internações e mortes por gastroenterite no Brasil e suas regiões.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo ecológico da evolução de internações e óbitos oriundos de diarreia e gastroenterite por infecção intestinal presumível, de 2008 a 2020, fundamentado nos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foram tomadas como base de análise e mecanismo de análise de tendências, respectivamente, o Brasil e suas regiões, e o software Joinpoint Regression, com significância de 5%.

**RESULTADOS:** Foi observado, no período em destaque, um total de 2.078.344 internações pelas causas estudadas, além de um total de óbitos de 14.368. No que se refere às internações foi observado um Annual Percentage Change (APC) de -11.445,61 ( $p < 0,05$ ) indicando queda, uma tendência que ocorreu de forma significativa em todas as outras regiões, sendo mais acentuada de 2019 para 2020, a qual indicou numa esfera nacional uma queda de 39,8%. Em relação aos óbitos, no mesmo período, o Brasil apresentou uma discreta tendência de queda (APC=-2,91;  $p > 0,05$ ), que não foi acompanhada pelas regiões Norte e Sul que tiveram alta, sendo a do Sul a única significativa (APC=+5,07). Semelhante às internações, foi observada uma queda nos óbitos de 2019 para 2020, sendo essa de 32,9%.

**CONCLUSÃO:** É perceptível uma queda nos casos de internações e óbitos por infecções intestinais no Brasil, expressa significativamente na transição de 2019 para 2020. Tal realidade indica a evolução dos fatores de risco associados a infecções gastrointestinais no país, que se associa à gradativa evolução das políticas de saneamento, vigilância sanitária e educação em saúde. Entretanto, faz-se necessário estudar e compreender possíveis empecilhos ao tratamento dessa condição nas regiões Norte e Sul, haja vista as altas nos óbitos. Ademais, é valoroso estudar as possíveis variações da exposição aos fatores de risco dessas condições no período de 2019 a 2020, podendo-se destacar um possível efeito do isolamento social e as mudanças alimentares decorrentes do mesmo, bem como pode ser em decorrência da redução da internação por causas não-COVID.

**CONTATO AUTOR:** EMERSON KENNEDY RIBEIRO DE ANDRADE FILHO | emersonk.ribeiro2000@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104226 – Fatores de risco associados à constipação intestinal funcional – um estudo via Internet.

**AUTORES:** Priscila Fernandez Contreiro (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Mariana Terra Cabral (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Hazel Beatriz Pena Montesinos (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Renan Ribeiro Silva (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Rafaela Wilson Dassoler (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Rachele Tamika Petrizzo (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Wilson Roberto Catapani (Hospital Brasil Rede D'Or - Santo André - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Introdução: a constipação intestinal funcional é comum em nosso meio. Vários fatores de risco são citados associados à constipação (idade, sexo, ingestão de fibras, atividade física, ingestão hídrica, obesidade, entre outros).

**OBJETIVO:** O objetivo do estudo é analisar a prevalência da constipação funcional e fatores de risco associados a ela.

**MÉTODO:** Método: um questionário contendo dados demográficos, registro de sintomas da classificação Roma IV para constipação funcional, sinais de alarme, escolaridade, índice de massa corpórea, atividade física, ingestão hídrica, frequência de ingestão de fibras, nível socioeconômico e uso de medicamentos com potencial constipante, foi distribuído “on line” para participantes de diversas regiões do Brasil.

**RESULTADOS:** Resultados: o questionário foi respondido por 403 indivíduos. Aqueles que apresentassem sinais de alarme (hematoquezia, dor abdominal noturna, febre, perda involuntária de peso) foram excluídos do estudo. Os demais foram avaliados quanto aos critérios de Roma IV, restando 349 indivíduos incluídos, obtendo-se um grupo de constipados (n= 50) e não constipados (n= 299) As análises estatísticas foram feitas pelos testes do qui-quadrado ou exato de Fisher, com alfa  $\leq 5\%$ . As variáveis associadas individualmente à constipação foram analisadas em conjunto por regressão logística múltipla. Resultados: a prevalência de constipação funcional foi de 14%. Não houve diferenças significantes entre os grupos segundo a faixa etária (jovem, meia idade, idoso), nível de escolaridade (ensino médio e superior), índice de massa corpórea (magro, normal sobrepeso, obeso), ingestão hídrica, e atividade física (sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo). Houve proporção significativamente maior de mulheres no grupo constipado (88% x 65,9%, Fisher  $p=0,0015$ ). Houve associação significativa com a frequência de ingestão de fibras (qui-quadrado  $p=0,038$ ), e uso de medicamentos potencialmente constipantes (Fisher  $p=0,022$ ). Estas variáveis significantes individualmente, quando analisadas em conjunto por regressão logística múltipla, apontam que o sexo se associa de modo significativo com a constipação (IC 95% 0,09 a 0,61) controlando-se para a frequência de ingestão de fibras e o uso de medicamentos com potencial constipante.

**CONCLUSÃO:** Conclusão: os dados apontam o sexo como principal fator associado à constipação funcional nesta amostra de pacientes, quando se ajusta o resultado pela frequência de ingestão de fibras e o uso de medicamentos constipantes.

**CONTATO AUTOR:** WILSON CATAPANI | [w.gastro@terra.com.br](mailto:w.gastro@terra.com.br)

**1104295 – TRANSPLANTE DE MICROBIOTA FECAL E RETOCOLITE ULCERATIVA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**AUTORES:** Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria Antonia Lopes de Sousa (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Marina Boechat Melado (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Lívia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A retocolite ulcerativa (RCU) é uma doença inflamatória crônica de etiologia ainda não completamente elucidada. Dados recentes apontam uma relação entre a disbiose intestinal e a patogênese da RCU. Portanto, o transplante de microbiota fecal (TMF) tem sido considerado como uma alternativa para o tratamento da doença.

**OBJETIVO:** Avaliar por meio de uma revisão sistemática da literatura, as evidências do impacto do TMF na indução da remissão clínica, endoscópica e laboratorial em pacientes com RCU.

**MÉTODO:** A busca literária foi realizada na base de dados da MEDLINE, através do PubMed, sem restrição de tempo de busca. Ao todo, foram encontrados 195 artigos. A partir da leitura dos títulos, foram selecionados 31 artigos para leitura dos resumos. Após análises através de critérios de exclusão e inclusão, 9 publicações foram analisadas nesse estudo.

**RESULTADOS:** Dos 9 estudos selecionados, 55% (5/9) realizaram ensaios clínicos. Um total de 612 pacientes foram avaliados, com uma média de 68 participantes por trabalho. A faixa etária dos participantes variou de 7 a 60 anos, tendo 88% (8/9) dos estudos a média de idade na terceira ou quarta décadas de vida. Em 77% (7/9) dos trabalhos, os pacientes apresentaram Escore Clínico Mayo entre 3 e 10, sendo incluídos pacientes graves apenas em 22% (2/9) dos estudos. A associação entre o FMT e a remissão clínica, se mostrou positiva em 77% (7/9) dos estudos. Todos os trabalhos que avaliaram a resposta clínica apontaram melhora dos pacientes. A remissão endoscópica foi analisada em 7 dos 9 estudos, apresentando resultados positivos em 71% (5/7). O acompanhamento laboratorial foi realizado apenas em 22% (2/9) dos estudos, e estes relataram melhora significativa dos parâmetros avaliados no grupo que recebeu o transplante. Não foi evidenciada diferença significativa no risco de desenvolver efeitos adversos entre quem recebeu o transplante heterólogo e o placebo. A amostra das fezes, em média de 80 g, foi preparada com solução salina em 88% (8/9) dos artigos, com média de 400ml de solução. A via de infusão utilizada em 67% (6/9) dos trabalhos foi a colonoscopia, entretanto não houve uma abordagem padronizada acerca do protocolo do transplante ou do preparo dos pacientes pré-TMF.

**CONCLUSÃO:** O TMF tem-se mostrado eficaz na indução da remissão clínica da RCU, porém são necessários estudos clínicos com maior impacto científico para concretizar esta nova modalidade terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenio11@hotmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104309 – Expressão de MicroRNA na Doença Inflamatória Intestinal

**AUTORES:** Thais Gagno Grillo (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Elisa Valencise Quaglio (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rodrigo Fedatto Beraldo (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Talles Bazeia Lima (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Luiz Claudio Di Stasi (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** MicroRNAs (miRNAs) são moléculas de RNA não codificantes compostas por aproximadamente 19-25 nucleotídeos que são capazes de regular a expressão gênica. Estão envolvidos em funções biológicas, como desenvolvimento embrionário, proliferação, diferenciação celular, metabolismo, apoptose e resposta ao estresse. As doenças inflamatórias intestinais (DII), como a retocolite ulcerativa (RCU) e a doença de Crohn (DC), são caracterizadas por inflamação intestinal crônica e em estudos descobriu-se que os miRNAs estão envolvidos em sua patogênese, podendo servir como biomarcadores diagnósticos e alvos terapêuticos. Entretanto, o real papel dos miRNAs na DII não é totalmente compreendido, e acredita-se que alguns miRNAs podem ser comuns a ambas as doenças, enquanto outros são exclusivos de cada uma, dependendo da gravidade da atividade da doença e do tecido analisado .

**OBJETIVO:** Caracterizar os miRNAs expressos em DII para melhor compreender seu papel no diagnóstico e prognóstico dessas doenças.

**MÉTODO:** Revisão da literatura.

**RESULTADOS:** Mudanças na expressão de miRNA em pacientes com DII foram descritas pela primeira vez por Wu et al. em 2008, com aumento na expressão de oito miRNAs (Let-7f, miR-16, miR-21, miR-23a, miR-24, miR-29a, miR-126 e miR-195) e uma diminuição na expressão de três miRNAs (miR-192, miR-375 e miR-422b) em amostras de tecido colônico de pacientes com RCU ativa. MiRNAs com expressão diferente entre DC e RCU estão foram encontrados, entre eles pode-se citar: let-7i, miR-7, miR-9, miR-16, miR-19a, miR-21, miR-22, miR-23b, miR-29a, miR-29b, miR-29c, miR-30a, miR-30b, miR-30c, miR-31, miR-34c-5p, miR-101, miR-106a, miR-126, miR-127-3p, miR-130a, miR-133b, miR-141, miR-146a, miR-146b-5p, miR-150, miR-155, miR-181c, miR-191, miR-196, miR-196a, miR-206, miR-223, miR-301a, miR-324-3p, miR-328, miR-422a, miR-449b, miR-594, miR 663, miR 885-5p, let-7b, miR-10a, miR-18a, miR-19b, miR-26a, miR-140-3p, miR-143, miR-192-5p, miR-194b, miR-203, miR-216b, miR-320a, miR-320b, miR-320c, miR-375, miR-548e, miR-559, miR-629.

**CONCLUSÃO:** Diferenças na expressão de miRNAs em pacientes com RCU e DC são relevantes a partir do momento em que levam ao surgimento de biomarcadores para alvos diagnósticos e terapêuticos, visando melhorar o manejo da DII; entretanto, estudos maiores e mais consistentes são necessários para sua implementação na prática clínica.

**CONTATO AUTOR:** THAIS GAGNO GRILLO | thaisgagno@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104315 – Análise do atendimento da doença inflamatória intestinal em adultos no país sob a ótica médica e os fatores associados.

**AUTORES:** Marcela Maria Silvino Craveiro (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Kamila de Bessa Penteado (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Nicolas Pivoto (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Alexis Coelho Aguiari (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Júlio Pinheiro Baima (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Francielen Furieri Rigo (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Walmar Kerche de Oliveira (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Luiz Henrique Cury Saad (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Jessica Silvino Valente (Instituto de Biociências Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Luís Antônio Craveiro (Hospital Unimed Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Eduardo Garcia Vilela (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Lígia Yukie Sasaki (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogério Saad Hossne (Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As doenças inflamatórias intestinais (DII) são afecções inflamatórias crônicas de caráter recorrente, cujas taxas de incidência e prevalência têm aumentado mundialmente, inclusive no Brasil, com importante impacto na qualidade de vida e morbidade destes pacientes.

**OBJETIVO:** Analisar estatisticamente o banco de dados pertencente ao Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil (GEDIIB) e correlacioná-los, para que possíveis resultados possam ser úteis na melhora do atendimento a DII no país.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, o qual utilizou um banco de dados pré existente do GEDIIB. Foram realizadas análises descritiva e estática apropriada para a relação das variáveis com o IDH e a Razão Médica, e o nível de significância definido foi  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Os resultados da relação das variáveis com o IDH dos estados foram estatisticamente significativos para as seguintes variáveis: local de trabalho em Clínica Privada especializada em DII, dificuldade de acesso a medicações como Corticóide e Metrotexate 6-Mercaptopurina, encaminhamento a Enfermeira e acesso a Enteroscopia por duplo-balão. Enquanto que a associação das variáveis com a Razão Médica obteve resultados estatisticamente significativos quanto a: Hospital Privado e Ambulatório Público, dificuldade de medicações como Azatioprina, 6-Mercaptopurina e Terapia Biológica, ao acesso a exames complementares como marcadores fecais, enterotomografia, colonoscopia, cápsula endoscópica e enteroscopia por duplo balão. Os temas com relevância para futuras discussões foram: dados da vida real, seguimento em pós operatório e manifestações extra-intestinais.

**CONCLUSÃO:** Através desse estudo, podemos ter um retrato do perfil dos médicos que atendem DII. Além de uma maneira descritiva do perfil do médico e de suas dificuldades, relacionamos os principais aspectos que prejudicam tanto ao diagnóstico e o tratamento como fatores externos independente à nossa realidade e competência. Fato que pode nos mostrar que para um adequado atendimento ao paciente com DII, outros aspectos fora a nossa ciência, também se revelam necessário. Por isso, políticas públicas de saúde mais eficazes devem ser planejadas, com uma atenção especial aos índices citados acima, evitando no futuro próximo um desgaste ainda maior no sistema de saúde brasileiro.

**CONTATO AUTOR:** MARCELA MARIA SILVINO CRAVEIRO | marcelasilvinocraveiro@gmail.com

**1104372 – AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS TIPOS DE MODALIDADES TERAPÊUTICAS DO PRIMEIRO TRATAMENTO PARA O CÂNCER COLORRETAL NO SUS ENTRE 2013 E 2019 NO BRASIL**

**AUTORES:** Luís Eduardo Matoso Vieira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), David Barbosa Duarte Vidal (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gabriela Silva Holanda (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Matheus Marques Ribeiro (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Lucas Grangeiro de Sá Barreto Lima (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Isabela Caldas Borges (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Elisa Tavares Diogo de Siqueira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Davi Viana de Oliveira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Melgaço Melo (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Levi Costa Carioca (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Yves Ramos Costa Beviláqua (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Vinícius Pereira de Souza (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Thiago de Sousa Rodrigues (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Vinícius Nogueira da Silva (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sophia Costa Vasconcelos (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal é o segundo câncer mais incidente em homens e mulheres no Brasil, segundo o Inca. Para a doença localizada, a ressecção cirúrgica é o tratamento preferido na maior parte dos casos. Assim, ressalta-se o impacto do tempo de início do tratamento sobre a modalidade terapêutica, evidenciando a importância do rastreamento para o diagnóstico precoce. No SUS, o primeiro tratamento é garantido aos pacientes com neoplasia maligna em até 60 dias a partir do dia do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica (Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012).

**OBJETIVO:** Avaliar os dados epidemiológicos relativos às modalidades terapêuticas adotadas no primeiro tratamento para o câncer colorretal no SUS entre 2013 e 2019 no Brasil.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico descritivo, a partir de dados epidemiológicos obtidos do “Relatório do Intervalo Entre Diagnóstico e Início do Tratamento do Câncer no SUS”, com dados do PAINEL-Oncologia, disponibilizado pelo Inca. Foram avaliados os dados relativos à distribuição dos casos de câncer colorretal segundo o tempo e o tipo de modalidade terapêutica do primeiro tratamento no Brasil, de 2013 a 2019.

**RESULTADOS:** Entre 2013 e 2019, a cirurgia foi a opção terapêutica preferida no primeiro tratamento em pacientes que iniciaram a terapia em 0 a 30 dias, constituindo 61,6% das modalidades adotadas para esse grupo (25.689 pacientes de 41.673). Para os pacientes que iniciaram a terapia em 31 a 60 dias, a quimioterapia isolada foi a mais escolhida, representando 72,7% das terapêuticas aplicadas (18.388 pacientes de 25.281). Por fim, para os pacientes que iniciaram o tratamento com mais de 60 dias, a quimioterapia isolada foi a preferida, constituindo 67,4% do total (30.833 pacientes de 45.747).

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que, entre 2013 e 2019, para a maioria dos pacientes com tratamento iniciado no SUS entre 0 a 30 dias, a cirurgia foi a opção preferida como primeira modalidade. Já para a maioria dos que iniciaram o tratamento entre 31 e 60 dias, a quimioterapia isolada foi a mais escolhida. Por fim, para a maioria dos pacientes cuja terapia foi instituída com mais de 60 dias, a quimioterapia isolada foi a primeira modalidade. Apesar das limitações de notificação que exigem cuidado na análise, esses dados reforçam a importância do rastreamento para o câncer colorretal. Desse modo, o câncer pode ser identificado em estágios iniciais, ampliando as opções terapêuticas.

**CONTATO AUTOR:** LUIS EDUARDO MATOSO VIEIRA | ledumvieira@gmail.com

**1104406 – PANORAMA DOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE CÂNCER DE CÓLON NO BRASIL EM UMA DÉCADA**

**AUTORES:** Mariana Pereira Ramos (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Antonia Haigert Iepsen (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Amanda Medeiros Recuero (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de cólon e reto é a terceira neoplasia mais prevalente e a segunda causa de mortalidade relacionada a câncer entre homens e mulheres no Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Na maioria dos casos, o câncer colorretal se desenvolve por meio da sequência adenoma-carcinoma, sendo passível de prevenção por meio de ressecção endoscópica de lesões precursoras, bem como tratamento endoscópico quando em fase precoce. Recentemente, diversas sociedades americanas têm recomendado o início do rastreio do câncer colorretal aos 45 anos para a população em geral em função de estudos que apontam aumento da prevalência desta neoplasia em pessoas com menos de 50 anos nos Estados Unidos. Até o momento, o Brasil não conta com programa populacional de rastreio do câncer colorretal.

**OBJETIVO:** O objetivo desse estudo é descrever por faixa etária os casos de câncer de cólon no Brasil em uma década.

**MÉTODO:** Trata-se de pesquisa documental de natureza analítica relativa ao número de casos registrados de câncer de cólon, junção retossigmoide e reto no Brasil, no período de 2008-2018. Foram coletados os dados no programa “SisBasepopWeb”, os quais são disponibilizados através do Sistema de Registros de Câncer de Base Populacional

**RESULTADOS:** Foram encontrados os seguintes dados referentes aos casos de câncer colorretal por faixa etária de 2008 à 2018: de 10 a 14 anos foram encontrados 21 casos de neoplasia; de 15 a 19 anos, 68 casos; de 20 a 24 anos, 254 casos; de 25 a 29 anos, 591 casos; de 30 a 34 anos, 1.090 casos; de 35 a 39 anos, 1.714 casos; de 40 a 44 anos, 2.701 casos; de 45 a 49 anos, 4.281 casos; de 50 a 54 anos, 6.148 casos; de 55 a 59 anos, 7.617 casos; de 60 a 64 anos, 8.376 casos; de 65 a 69 anos, 8.148 casos; de 70 a 74 anos, 8.122 casos; de 75 a 79 anos, 7.006 casos; de 80 a 84 anos, 5.235 casos e naqueles acima de 85 anos foram 4.198 casos de neoplasia, totalizando 67.883 casos na última década.

**CONCLUSÃO:** Conforme os dados apresentados, podemos notar um número de casos considerável de câncer colorretal a partir da faixa etária de 40 anos, corroborando a necessidade de atenção a esta neoplasia em menores faixas etárias. Diante dos números significativos é essencial a prevenção do câncer de cólon, por meio da implantação de programa de rastreio e através de ações de promoção da saúde, com objetivo de reduzir os fatores de risco modificáveis visando menor morbimortalidade desta neoplasia na população brasileira.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA PEREIRA RAMOS | [maariraamos@hotmail.com](mailto:maariraamos@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104432 – CÂNCER COLORRETAL: UMA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO PARANÁ

**AUTORES:** Vinícius Sousa Morais (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Thaylise Caroline Yurk (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Juliana Emi Shimabukuro (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Jaime Ventura Silva Junior (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil), Guilherme Augusto Minato (Centro Universitário Assis Gurgacz - Cascavel - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Considerada uma enfermidade grave e com desenvolvimento progressivo, o câncer acomete indiferenciadas faixas etárias, acarretando altas taxas de morbimortalidade, caso não tenha sido diagnosticada e tratada de maneira precoce. Conforme a OMS, a incidência mundial de câncer é de mais de 10 milhões de novos casos por ano. A incidência é aumentada com a idade, especialmente a partir dos 60 anos, faixa que abriga 90% dos doentes. Os tratamentos mais utilizados são cirurgia, quimio e radioterapia. Dessa maneira, a quimioterapia pode ser utilizada como tratamento adjuvante ou neoadjuvante da cirurgia, a fim aumentar a taxa de cura. A cirurgia feita é de ressecção do local afetado juntamente com uma colostomia permanente.

**OBJETIVO:** Esse estudo visa caracterizar o perfil epidemiológico de indivíduos diagnosticados com câncer colorretal no estado do Paraná

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo sobre câncer colorretal (CC). Os dados foram obtidos da plataforma de informações de saúde (TABNET) do INCA. Foram analisados os seguintes indicadores: sexo, faixa etária, cor e escolaridade, no período de 2015 a 2018. Esses dados foram analisados por meio do Microsoft Excel e posteriormente descritos neste trabalho

**RESULTADOS:** Ocorreram no estado, 6.971 notificações pelo sistema de saúde de CC, sendo masculino o sexo mais afetado pelo câncer 52,07% em comparação com o sexo feminino 47,93%. A faixa etária mais acometida de 60-64 anos 14,73%. Em relação à raça, a mais afetada foi a Branca com 81,16%. Sobre a escolaridade, pacientes que completaram o Ensino Fundamental foram os mais acometidos 18,49%. A respeito do histórico do consumo de bebidas alcoólicas, 42,52% nunca ingeriram, 7,19% são ex-consumidores, 8,51% são consumidores. Sobre o histórico tabagista, 40,41% nunca fumaram, 15,95% são ex-tabagistas, 9,73% são tabagistas. Com relação a história familiar de câncer 31,82% apresentaram casos, 25,78% não apresentaram.

**CONCLUSÃO:** O câncer hepático tem alta letalidade, é imprescindível estudos que rastreiem a incidência e prevalência dessa patologia para sua prevenção. Os dados confirmaram que muitos dos fatores envolvidos no desenvolvimento dessa neoplasia estão ligados a hábitos de vida, sendo, portanto, modificáveis. É evidente assim a necessidade de políticas públicas que informem, rastreiem e combatam esses fatores desencadeadores, auxiliando na prevenção dessa neoplasia

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS DE SOUSA MORAIS | vquincas@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104493 – Internações por Diverticulite no Brasil de 2014 a 2020: um estudo epidemiológico

**AUTORES:** Bárbara Francesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Diverticulite é definida como uma inflamação, que pode ou não ter infecção, de um ou mais divertículos, tendo como origem no intestino grosso.

**OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico de internações por Diverticulite entre 2014 e 2020 no Brasil, considerando a faixa etária, o gênero e a região.

**MÉTODO:** Realizou-se estudo epidemiológico retrospectivo utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no mês de março de 2021, filtrando por sexo, faixa etária e internações no período de 2014 a 2020.

**RESULTADOS:** De 2014 a 2020, ocorreram 61.230 internações por Diverticulite. Sendo 59% (36.477) na região Sudeste, 22% (13.537) na Sul, 10% (5.960) na Nordeste, 6% (3.681) na Centro-oeste e 3% (1.575) na Norte. Por sexo, 47% (28.806) internações foram masculinas e 53% (32.424) femininas. Por faixa etária, 1,5% (954) internações ocorreram entre 0 a 9 anos, 1% (713) de 10 a 19 anos, 2,5% (1.564) de 20 a 29 anos, 6% (3.850) de 30 a 39 anos, 12% (7.321) de 40 a 49 anos, 21% (12.012) de 50 a 59 anos, 24% (14.988) de 60 a 69 anos, 20% (12.557) de 70 a 79 anos e 12% (7.271) com 80 anos ou mais

**CONCLUSÃO:** No período estudado, a região Sudeste apresentou prevalência quanto às regiões brasileiras no número de internações. Ainda, o sexo feminino teve mais registro de internados do que o masculino. Por fim, quanto à faixa etária, adultos entre 30 a 59 anos e idosos entre 60 a 69 anos predominaram nos casos estudados de internações hospitalares por Diverticulite no Brasil.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104495 – ANÁLISE DO CUSTO TOTAL EM NEOPLASIA MALIGNA DE CÓLON NA REGIÃO SUDESTE BRASILEIRA NA ÚLTIMA DÉCADA

**AUTORES:** Bárbara Francesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - CANOAS - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Neoplasia maligna de cólon (NMC) abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamada cólon. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos.

**OBJETIVO:** O objetivo do trabalho é descrever o custo total (CT) por NMC nos estados da região Sudeste do Brasil de 2010 a 2020, levando em consideração gênero e internações.

**MÉTODO:** Realizou-se estudo epidemiológico retrospectivo utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), durante o mês de junho de 2021, filtrando por sexo, valor total e internações no período de 2010 a 2020.

**RESULTADOS:** No período estudado registrou-se CT de R\$468.464.742,81 por NMC, sendo, em ordem decrescente, R\$25.607.887,82 (2%) no Espírito Santo(ES), R\$60.953.356,64 (15%) no Rio de Janeiro(RJ), R\$135.958.151,21 (30%) em Minas Gerais (MG) e R\$245.945.347,14 (53%) em São Paulo (SP). Ocorreram 206.454 internações por NMC, sendo 13.935 (6%) no ES, 26.854 (15%) no RJ, 60.863 (29%) em MG e 104.802 (50%) em SP. Destas, 101.013 (49%) internações são masculinas (M) com CT de R\$228.403.344,11 (49%) e 105.441 (51%) femininas (F) com CT de R\$ 240.061.398,70 (51%). Por estado, em ordem decrescente, no ES o CT de R\$11.919.163,73 M (46%) e R\$13.688.724,09 F (54%), tendo 6.594 (47%) internações M e 7.341 (53%) F; no RJ o CT R\$28.487.643,91 (46%) M e 32.465.712,73 (53%) F, tendo 12.571 (46%) internações M e 14.283 (53%) F; em MG o CT R\$64.540.126,92 (47%) M e CT R\$71.418.024,29 (52%) F, tendo 29.534 (48%) internações M e 31.329 (51%) F; em SP o CT R\$123.456.409,55 (50%) M e R\$ 122.488.937,59 (49%) F com 52.314 (49%) internações M e 52.488 (51%) F.

**CONCLUSÃO:** O estado de SP teve prevalência no número de internações e no CT, podendo ser justificado pela alta densidade demográfica, como encontrado na literatura; seguido por MG, RJ e ES. Quanto ao sexo, o feminino predominou, cerca de 10%, tanto em número de internações quanto em CT, devendo esse gênero receber mais atenção quanto ao diagnóstico precoce da NMC.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104497 – Perfil Clínico dos pacientes portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) e COVID-19 no Estado do Ceará

**AUTORES:** Caio Cesar Furtado Freire (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Santana Girão (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Jessica Aguiar Benevides (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Giselle Amorim Pontes (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Pinto Morais Neto (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Samantha Sousa Silva (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Lorena Alves Souza Leal Araujo (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Watruzy Lima Oliveira (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Priscilla Luna Silva (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Leonardo Hackbart Bermudes (Intestino Center - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Diferentes referências sugerem que pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII) não apresentam risco aumentado de infecção por SARS-CoV-2. Dados recentes reforçam piores desfechos em pacientes com DII que apresentam sintomas gastrointestinais devido COVID-19.

**OBJETIVO:** Descrever as características clínicas de pacientes com DII que desenvolveram sintomas e com teste positivo para SARS-CoV-2 seja por RT-PCR, Antígeno ou Sorologia no estado Ceará.

**MÉTODO:** Realizamos um estudo retrospectivo no qual os pacientes foram interrogados sobre quadros clínicos confirmados de COVID. Foram avaliadas características clínicas, do tratamento de DII, bem como a necessidade de internação hospitalar por COVID-19. Os dados foram coletados entre março de 2020 a maio de 2021 e os dados foram exportados e analisados no SPSS Statistics (IBM Corporation, Armonk, New York, Estados Unidos)

**RESULTADOS:** Foram coletadas informações de 45 pacientes portadores de DII e que tiveram diagnóstico confirmado de COVID-19. Do total 39,5% eram do sexo masculino, a média de idade foi 41,13 ( $\pm$  13) anos. A maioria dos participantes tinha doença de Crohn (71,4%). Entre os sintomas gerais encontramos adinamia (81%), dor muscular (72%), tosse ou dor de garganta (69%), Febre ( 67,4%), ageusia (60,5%), anosmia (58,1%), 44,2% relataram sintomas de diarreia e 39,5% dor abdominal no momento do diagnóstico de COVID-19. Um grupo 04 (9%) dos pacientes necessitou internar devido atividade ou complicação relacionada a DII e acabaram adquirindo COVID-19 na internação. Somente 02 (4,5%) pacientes precisam se internar e nenhum paciente foi para Unidade de Terapia Intensiva devido COVID-19.

**CONCLUSÃO:** Apresentamos o perfil clínico dos pacientes portadores de DII que desenvolveram COVID-19 no estado do Ceará. Nosso estudo corrobora dados nacionais e internacionais em que a DII não se mostra um fator de risco isolado para COVID.

**CONTATO AUTOR:** CAIO CÉSAR FURTADO FREIRE | caiofreire@yahoo.com.br



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104506 – Fatores relacionados á intensidade da diarreia em pacientes internados por COVID-19.

**AUTORES:** Suliana Mesquita Paula (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Larissa Gurgel Mota Saraiva (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Isabela Caldas Borges (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Dayllanna Stefanny Lopes Lima Feitosa (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rôney Reis de Castro Silva (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Miguel Ângelo Nobre e Souza (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcellus Henrique Loiola Ponte Souza (Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Durante a COVID-19, 10% a 60% dos pacientes desenvolvem manifestações digestivas, sendo a diarreia o principal sintoma. A grande variação na prevalência dos sintomas gastrintestinais pode ser secundária a uma variabilidade genética da população, e/ou a mutações do vírus, bem como uso de medicamentos. No Brasil, carecem trabalhos em relação à intensidade das manifestações digestivas da COVID

**OBJETIVO:** Analisar os fatores relacionados à intensidade da diarreia na COVID-19 em pacientes internados.

**MÉTODO:** No período de maio a julho de 2021, 109 pacientes internados por COVID-19 no Hospital Universitário Walter Cantídeo- UFC foram entrevistados. As características demográficas, clínicas, medicamentos utilizados, necessidade de suporte ventilatório e tempo de internamento foram aferidos. Em todos os pacientes, a presença e a intensidade dos sintomas digestivos durante e antes da COVID-19 foram avaliadas através do questionário Gastrointestinal Symptoms Rating Scale (GSRS), validado para o português. O GSRS mensura os sintomas digestivos com uma escala que varia de 1 a 7. Foi considerada a presença de diarreia intensa quando o paciente apresentava a pontuação > 4 no GSRS, que corresponde o sintoma intenso e frequente. Os dados foram analisados utilizando o teste de Fisher, sendo o estudo previamente aprovado no comitê de ética local (4.480.466).

**RESULTADOS:** No presente estudo foi observado que os sintomas iniciais mais prevalentes relacionados à COVID-19 foram a adinamia (70,6%), a dificuldade de respirar (62,4%) e a presença inicial da diarreia (33%). O uso de antibiótico foi relatado em 85,3% dos pacientes. Em relação à diarreia, houve um aumento significativo ( $p < 0,05$ ) na intensidade deste sintoma durante a COVID-19, quando comparado com antes da COVID-19. O grupo que apresentou diarreia intensa (GSRS > 4) durante a COVID-19 apresentou maior necessidade de suporte ventilatório ( $p < 0,05$ ) quando comparado com o grupo sem diarreia intensa (GSRS < 4). Não foi identificado relação entre uso de antibiótico com a presença de diarreia intensa durante a COVID-19 ( $p > 0,05$ ).

**CONCLUSÃO:** A diarreia foi o sintoma inicial digestivo mais comum associado à COVID-19. Houve uma piora da diarreia associado à COVID-19 quando comparado a antes da infecção. A necessidade de suporte ventilatório, mas não a utilização de antibióticos, foi o fator relacionado à presença de diarreia intensa associada à COVID-19. Dessa forma, sugere que a resposta inflamatória sistêmica associada à COVID-19, e não a mudança da flora intestinal associada ao uso de antibióticos, seja o principal fator relacionado à intensidade da diarreia na COVID-19.

Suporte financeiro: CAPES.

**CONTATO AUTOR:** MARCELLUS H. L. PONTE DE SOUZA | souzamar.ufc@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104519 – IMPACTO DO FLUXOGRAMA DE TRIAGEM DE COVID-19 NO NÚMERO DE ATENDIMENTOS A PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL (DII) EM AMBULATÓRIO E CENTRO DE INFUSÃO DE HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA.

**AUTORES:** Caio Cesar Furtado Freire (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Santana Girão (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Alencar Arrais Souza (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Paula Roberta Rocha Rodrigues (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Debora Uchoa Soares Adeodato (Intestino Center - Fortaleza - Ceará - Brasil), Alexandre Medeiros Carmo (Intestino Center - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carla Mendes Abreu (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ricardo Alves Martins (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Saboia Neto (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Manoel Pedro Guedes Guimarães (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) gerou grande impacto no SUS, particularmente em hospitais terciários que precisaram se dividir entre pacientes portadores de COVID-19 e aqueles com outras doenças crônicas como doença inflamatória intestinal (DII).

**OBJETIVO:** Avaliar impacto aplicação do fluxograma de triagem de COVID-19 realizado por equipe multidisciplinar nos atendimentos de pacientes portadores de DII no ambulatório especializado e no centro de infusão de imunobiológicos.

**MÉTODO:** Foi realizado trabalho multidisciplinar no direcionamento dos paciente portadores de DII por meio de fluxograma específico em Hospital Terciário no Estado do Ceará durante a onda de casos de COVID-19 em 2020. Entre 3 a 5 dias antes da consulta ou infusão agendadas era realizada, por meio de contato telefônico, a triagem de sinais e sintomas gripais. Era feito reagendamento breve (14 a 28 dias) da consulta ou da infusão dos pacientes com tais sintomas. Após esses pacientes eram monitorados a distância. A consulta dos pacientes ambulatoriais sem sintomas gripais e sem sinais de atividade da DII era reagendada em 3 a 6 meses. Os pacientes sem sintomas gripais e com sinais relevantes de atividade da DII eram orientados a comparecer a consulta. Já os pacientes que estavam com infusão programada era reforçada a necessidade de seguir o tratamento de DII, excetuando se apresentassem sintomas gripais. Eram aplicadas perguntas baseadas no fluxograma padrão. Em 2021 não houve condições ser composta equipe para realizar a mesma triagem. Após foi realizado estudo retrospectivo comparando o número de consultas e o número de ausências na primeira onda de COVID-19 em 2020 frente a segunda onda de COVID-19 em 2021, sendo que a triagem foi diferença principal entre os 02 grupos estudados. Análise dos dados foi realizada com teste qui-quadrado no SPSS Statistics (IBM Corporation)

**RESULTADOS:** Houve diferença estatística na proporção de consultas realizadas durante a onda COVID 2020 48,5% X 73,4% a onda COVID 2021 ( $p < 0,001$ ). Não houve diferença na proporção de consultas realizadas no período pré-onda 2020 de 85,1% X 84,3 % o pré-onda 2021 ( $p = 0,804$ ). Já a aplicação do fluxograma para pacientes do centro infusão foi importante pois impediu faltas desnecessárias e manteve o número médio de atendimentos após o segundo mês de ligações.

**CONCLUSÃO:** Constatou-se a importância da triagem a distância como ferramenta para evitar disseminação da COVID-19 e para direcionar ao atendimento aqueles pacientes com perfis mais graves de DII.

**CONTATO AUTOR:** CAIO CÉSAR FURTADO FREIRE | caiofreire@yahoo.com.br

**1104524 – AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER DE CÓLON E RETO NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE ENTRE 2014 E 2019**

**AUTORES:** Luís Eduardo Matoso Vieira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), David Barbosa Duarte Vidal (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Lucas Grangeiro de Sá Barreto Lima (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gabriela Silva Holanda (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Matheus Marques Ribeiro (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Isabela Caldas Borges (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Elisa Tavares Diogo de Siqueira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Davi Viana de Oliveira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Melgaço Melo (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Levi Costa Carioca (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Yves Ramos Costa Beviláqua (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Vinícius Pereira de Souza (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Thiago de Sousa Rodrigues (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Vinícius Nogueira da Silva (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sophia Costa Vasconcelos (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal é o segundo câncer de maior incidência em homens e mulheres no Brasil. Como fatores de risco associados, incluem-se aqueles relacionados ao estilo de vida, que variam com as condições socioeconômicas, como a alimentação pobre em fibras. Apesar de as regiões Norte e Nordeste não apresentarem os melhores indicadores socioeconômicos, elas possuem menor prevalência dos fatores de risco citados. Segundo a estimativa do Inca para o triênio 2020-2022, nas regiões supracitadas, o câncer colorretal é o quarto mais incidente para os homens e, para as mulheres, é o terceiro de maior incidência.

**OBJETIVO:** Comparar as projeções do Instituto Nacional do Câncer com os registros epidemiológicos dos casos de câncer de cólon e reto referentes às regiões Norte e Nordeste entre 2014 e 2019.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico descritivo, a partir de dados obtidos do “Relatório do Intervalo Entre Diagnóstico e Início do Tratamento do Câncer no SUS”, com informações do PAINEL-Oncologia, e das estimativas bienais da “Incidência do Câncer no Brasil”, ambos disponibilizados pelo Inca. Foram avaliados os dados relativos à distribuição dos casos de câncer de cólon e reto segundo a região de residência, de 2014 a 2019.

**RESULTADOS:** Apesar da projeção do Inca para ocorrência de 23.250 casos de câncer colorretal no período de 2014 a 2019 nas regiões Norte e Nordeste, notificaram-se apenas 20.955, cerca de 90% do estimado. Era esperado que a região Norte respondesse por 18,6% (4.320) dos casos nesse período, porém ela correspondeu a 15,32% (3.210) do total. Esperava-se que a região Nordeste notificasse 81,40% (18.930) dos casos, porém, notificou 84,68% (17.745) dos cânceres de cólon e reto no período analisado. Analisando-se individualmente as projeções produzidas pelo INCA entre 2014 e 2019 para ambas as regiões, a que apresentou maior discrepância com o registro prático foi a do biênio 2016/2017, na qual a razão entre casos notificados e esperados para a região Nordeste evidenciou um número de notificações 14,46% menor do que o previsto (uma diferença de 905 casos). Enquanto isso, a região Norte observou apenas 65,80% dos casos esperados (uma diferença de 489 casos).

**CONCLUSÃO:** No período de 2014 a 2019, o número de notificações de casos de câncer colorretal nas regiões Norte e Nordeste apresentou, de modo geral, uma redução considerável em relação às projeções do Inca. Evidenciou-se ainda que as notificações da região Norte apresentaram uma redução mais notável que as da região Nordeste.

**CONTATO AUTOR:** LUIS EDUARDO MATOSO VIEIRA | ledumvieira@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104534 – Avaliação da frequência de doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) nos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII) de ambulatório de hospital terciário.

**AUTORES:** Marina Amorim Lopes (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Daniel Natan Shintaku (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Barbosa Oliveira (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rodrigo Fedatto Beraldo (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovana Rodrigues Godoi (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Natalia Salvador Castelhana (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Daniela Salate Biagioni Vulcano (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ellen Cristina Souza Oliveira (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giédre Soares Prates Herrerias (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad-Hossne (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Walnei Fernandes Barbosa (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovanni Faria Silva (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma patologia inflamatória e crônica, semelhante à doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA). Acredita-se que a disbiose presente é um importante mecanismo envolvido na patogênese de ambas as doenças, apesar de estes não serem ainda completamente elucidados. Estudos apontam crescente prevalência da DHGNA na população, mas poucos avaliam a prevalência desta em pacientes com DII. Como a DHGNA pode evoluir para esteato-hepatite, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, é necessário identificar os fatores de risco para seu desenvolvimento e complicações.

**OBJETIVO:** Avaliar a frequência de DHGNA nos pacientes com DII e identificar variáveis associadas.

**MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo, com inclusão de 71 pacientes do ambulatório de DII de hospital terciário. Realizada avaliação clínica, laboratorial e ultrassonografia hepática. Critérios de exclusão: doença hepática concomitante, ingestão de álcool >30g/d para homens e >20g/dia para mulheres, uso de prednisona >20mg/dia. Estatística descritiva e testes de associação.

**RESULTADOS:** Avaliados 34 (47,89%) portadores de DC e 37 (52,11%) de RCU, com idade média de 45,32±13,59 anos e 63,38% mulheres. A maioria encontra-se em remissão clínica e endoscópica. Os principais medicamentos utilizados pelos pacientes são azatioprina (46,48%), infliximabe (40,85%) e salicílicos (28,17%). 32 (45,07%) pacientes apresentaram DHGNA, sem diferença entre DC e RCU (p=0,7469). O grau de esteatose foi leve (40,63%), moderado (40,63%) e intenso (18,65%). As variáveis associadas com presença de DHGNA foram IMC (29,49±3,93 vs 24,32±3,85, p<0,0001), presença de HAS (31,25% vs 10,26%, p=0,0369) e exames bioquímicos - PCR (1,99±4,39 vs 0,87±0,52, p=0,0061), TGO (29,72±16,64 vs 23,46±5,31, p=0,0226), TGP (24,92±14,22 vs 17,92±6,57, 0,0099), albumina (4,1±0,37 vs 4,36±0,32, p=0,0415), glicemia de jejum (95,5±14,01 vs 84,36±13,01, p=0,0251) e insulina (18,41±11,88 vs 6,74±4,26, p=0,0054). Não houve associação entre a presença de DHGNA e a atividade da DII ou uso de medicamentos.

**CONCLUSÃO:** Elevada frequência de DHGNA em indivíduos com DII. As principais variáveis associadas estão relacionadas à síndrome metabólica. A inflamação crônica e a disbiose podem ser fatores de risco para a concomitância de ambas as doenças. Deve-se atentar para a investigação dos fatores de risco e diagnóstico precoce da DHGNA nos pacientes com DII a fim de se evitar progressão da doença.

**CONTATO AUTOR:** MARINA AMORIM LOPES | ma.lopes@unesp.br

**1104565 – AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER DE CÓLON E RETO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA ENTRE 2013 E 2019 NO BRASIL**

**AUTORES:** Luís Eduardo Matoso Vieira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), David Barbosa Duarte Vidal (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gabriela Silva Holanda (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Matheus Marques Ribeiro (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Lucas Grangeiro de Sá Barreto Lima (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Isabela Caldas Borges (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Elisa Tavares Diogo de Siqueira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Davi Viana de Oliveira (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Melgaço Melo (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Levi Costa Carioca (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Yves Ramos Costa Beviláqua (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carlos Vinícius Pereira de Souza (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Thiago de Sousa Rodrigues (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Vinícius Nogueira da Silva (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sophia Costa Vasconcelos (Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer colorretal foi, em 2020, o terceiro câncer mais mortal e o quarto mais incidente em escala global. Já na realidade brasileira, esse cenário é mais nefasto, sendo o segundo tipo de câncer mais incidente e o terceiro mais mortal. Para melhorar o combate a esse câncer, é essencial o conhecimento de seus padrões de acometimento, principalmente no contexto brasileiro, permitindo, assim, o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes voltadas às faixas etárias mais atingidas.

**OBJETIVO:** O estudo objetiva avaliar a distribuição de casos de câncer de cólon e reto no Brasil de acordo com a faixa etária no período de 2013 a 2019.

**MÉTODO:** O estudo, de cunho epidemiológico descritivo, deu-se a partir da análise de dados colhidos do “Relatório do Intervalo Entre Diagnóstico e Início do Tratamento do Câncer no SUS”, com dados do PAINEL-Oncologia, disponibilizado pelo Inca. Foram avaliadas as informações relativas à distribuição dos casos de câncer de cólon e reto segundo a faixa etária, de 2013 a 2019.

**RESULTADOS:** Em 2013, 41,0% (6.025 de 14.692) dos acometidos pertenciam à faixa etária de 50 a 64 anos, enquanto 31,5% (4.629 de 14.692) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2014, 41,6% (6.178 de 14.859) dos afetados correspondiam à faixa etária de 50 a 64 anos, enquanto 32,5% (4.833 de 14.859) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2015, 42,6% (6.567 de 15.413) dos pacientes tinham de 50 a 64 anos, enquanto 32,4% (de 15.413) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2016, 41,5% (6.648 de 16.035) dos pacientes compunham a faixa etária de 50 a 64 anos, enquanto 33,3% (5.333 de 16.035) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2017, 41,2% (6.516 de 15.819) dos pacientes estavam na faixa etária de 50 a 64 anos, enquanto 34,3% (5.424 de 15.819) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2018, 38,4% (8.914 de 23.210) dos pacientes apresentavam-se na faixa etária de 50 a 64 anos, enquanto 34,5% (8.005 de 23.210) tinham entre 65 e 79 anos. Em 2019, 38,0% (9.212 de 24.274) dos pacientes tinham de 50 a 64 anos, enquanto 33,7% (8.174 de 24.274) tinham entre 65 e 79 anos.

**CONCLUSÃO:** As faixas etárias mais atingidas em todos os anos do período analisado foram de 50 a 64 anos e de 65 a 80 anos. Tal padrão de acometimento está de acordo com um dos fatores de risco para o câncer colorretal (idade maior ou igual a 50 anos), assim como condiz com o pico de incidência entre 60 e 70 anos. Esses dados reforçam a importância do rastreamento desse câncer a partir dos 45 anos (segundo a ACS) para pacientes com risco médio, de modo a realizar a detecção precoce do tumor.

**CONTATO AUTOR:** LUIS EDUARDO MATOSO VIEIRA | ledumvieira@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104576 – ASPECTOS GINECOLÓGICOS DA PACIENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

**AUTORES:** Odery Ramos Junior (Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - Curitiba - Paraná - Brasil), Renato Nishihara (Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Anna Victoria Raymundo Grycajuk (Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Raquel Aguirra De Moraes (Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença inflamatória intestinal (DII), que abrange a Doença de Crohn e a Colite Ulcerativa, é caracterizada pela inflamação crônica em vários locais do trato gastrointestinal. A incidência é maior no sexo feminino e as DII afetam a vida sexual, gravidez e incidência de infecções ginecológicas.

**OBJETIVO:** Analisar o impacto das DII e de seu tratamento abordando o aspecto ginecológico das pacientes.

**MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal descritivo com aplicação de questionários e revisão de prontuários das pacientes estudadas. Foram aplicados os questionários validados Escala de Autoestima de Rosenberg e Quociente sexual feminino (QS-F) e um questionário clínico-demográfico.

**RESULTADOS:** Foram estudadas 52 mulheres, com média de idade de 44,1± 13,5 anos, 69% tinham retocolite ulcerativa e 31% doença de Crohn; 67% eram tratadas com aminosalicilatos e 38% com azatioprina. Metade delas já havia apresentado infecção ginecológica, sendo que dessas, 81,5% relataram ter tido candidíase. Câncer de colo uterino e mama foi reportado em 3,8% e 1,9% dos casos, respectivamente. Quatro mulheres (7,7%) relataram úlcera em vulva, porém apenas uma foi informada pelo médico de que poderia ser manifestação da DII. Dentre as 43/52 (82,7%) que já haviam engravidado, 30,2% já possuíam o diagnóstico de DII na época da gestação, 4,7% foram diagnosticadas no período gestacional; 45,8% relatou piora sintomática durante o mesmo. Complicações durante a gestação ocorreram em 35,1% dos casos, sendo os achados mais frequentes a prematuridade (37,5%) e a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (25%). Das 13 (30,2%) mulheres que relataram perda do conceito, 69,2% foram aborto espontâneo. A análise do QS-F indicou que 33% das respondentes apresentou desempenho desfavorável a regular e 6% nulo a ruim. A Escala de Autoestima de Rosenberg indicou que 18% tinham baixa autoestima. Nenhuma mulher com autoestima normal apresentou desempenho sexual nulo a desfavorável. Adicionalmente, foi constatado um déficit no acompanhamento ginecológico das pacientes com DII e algumas delas foram encaminhadas ao serviço de ginecologia.

**CONCLUSÃO:** O estudo evidenciou alta prevalência de infecções ginecológicas, complicações na gravidez e piora sintomática da DII durante a gestação nas mulheres com DII. Além disso, foi observada alta taxa de disfunção sexual e associação entre pior desempenho sexual e baixa autoestima.

**CONTATO AUTOR:** RAQUEL AGUIRRA DE MORAES | raquelaguirra@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104622 – Perfil dos pacientes com Doença Inflamatória Intestinal acompanhados no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas

**AUTORES:** Gabriela Breitenbach dos Santos (Universidade Federal de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Elza Cristina Miranda da Cunha (Universidade Federal de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Daniela Muñoz Nogueira Zambrano (Universidade Federal de Pelotas - pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Luis Antonio Benvegno (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Santa Rosa - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A doença inflamatória intestinal (DII) representa um grupo de afecções intestinais crônicas idiopáticas, representadas pela doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU). Vários estudos mostram aumento da incidência da doença mundialmente, no entanto, em nosso país ainda temos poucos dados epidemiológicos sobre o assunto.

**OBJETIVO:** Estabelecer o perfil dos pacientes com doença inflamatória intestinal atendidos no ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE – UFPEL).

**MÉTODO:** Estudo transversal no qual os pacientes foram selecionados a partir de uma amostra de conveniência. Foram incluídos pacientes atendidos no ambulatório no período de janeiro de 2018 a julho de 2019. A coleta dos dados foi realizada através da revisão dos prontuários.

**RESULTADOS:** Foram avaliados 68 pacientes, sendo 63% mulheres, com idade média de 43 anos. 56% dos pacientes apresentavam Doença de Crohn e 44% Retocolite Ulcerativa. Na Doença de Crohn o acometimento mais comum foi ileocolônico 46% e na Retocolite Ulcerativa foi colite extensa 56%. Pacientes com Doença de Crohn foram os que mais internaram 64% e realizaram procedimentos cirúrgicos 5,8 vezes mais que Retocolite Ulcerativa. Observado prevalência aumentada de doenças psiquiátricas, acometendo cerca de um terço dos pacientes com Retocolite Ulcerativa e em torno de um quinto entre os pacientes com Doença de Crohn. No tratamento houve predominância do uso de salicilatos na Retocolite Ulcerativa e de imunossupressores e imunobiológicos na Doença de Crohn.

**CONCLUSÃO:** O perfil dos pacientes com doenças inflamatórias intestinais do ambulatório da Universidade Federal de Pelotas é semelhante ao encontrado na literatura.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA BREITENBACH DOS SANTOS | gabibreitenbach@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104624 – Análise dos agentes estressores na Doença Inflamatória Intestinal

**AUTORES:** Giedre Soares Prates Herrerias (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Jaqueline Ribeiro Barros (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Medeiros Dutra (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Giedre Saad-Hossne (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é doença imunomediada crônica que pode evoluir para complicações comprometendo a qualidade de vida de seus portadores. Dessa forma, o estresse (físico e psicológico) precisa ser gerenciado por estratégias de enfrentamento, que são importantes para o convívio com a doença, podendo reduzir o impacto negativo da DII na vida dos pacientes.

**OBJETIVO:** O objetivo do estudo foi avaliar quais estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos pacientes com DII.

**MÉTODO:** Metodologia: Estudo transversal e descritivo com inclusão de 114 portadores de DII. Para a análise da atividade clínica utilizamos o CDAI para Doença de Crohn (DC) e Escore de Mayo para (RCU). Para Qualidade de Vida (QV) o IBDQ, e para adesão ao tratamento e conhecimento da doença foram utilizados os questionários de Morisky e CCKNOOW, respectivamente. Para avaliação das estratégias de enfrentamento foi utilizado a Escala Brief COPE, composta por 28 itens, dividido em 14 subescalas: coping ativo, planejamento, uso de suporte instrumental, uso de suporte emocional, religião, resignificação positiva, auto culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor.

**RESULTADOS:** Resultados: Foram incluídos 69 pacientes com DC e 45 com RCU, 58,77% mulheres, 52,63% com comorbidades, 51,75% em atividade clínica da doença. Internação prévia foi relatado por 56,14%; e 34,21% foram submetidos à cirurgia. QV foi Boa/Excelente em 66,67%; e 58,88% apresentaram baixa adesão ao tratamento. Conhecimento sobre a doença foi médio (6,21±3,99), sendo maior dentre os pacientes com DC ( $p=0,0148$ ). As estratégias de enfrentamento adaptativas, nos quais o indivíduo se empenha em cooperar para que o agente estressor seja eliminado, mantiveram-se na média, sem diferença entre DC e RCU, porém com maiores pontuações nos pacientes com DC nos fatores relacionados a aceitação e religião. As estratégias desadaptativas também se mantiveram na média, sem diferença entre DC e RCU.

**CONCLUSÃO:** Conclusão: Pacientes com DII utilizam mais as estratégias de enfrentamento adaptativas que estão associadas a resultados desejáveis, tornando o desafio de lidar com a situação como meta de superação. Pacientes com DC utilizam as escalas de religião e aceitação de maneira mais favorável comparado aos pacientes com RCU, sendo também o grupo com maior conhecimento da doença e maiores taxas de cirurgia e hospitalização.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104626 – A equipe multidisciplinar sob o olhar do paciente portador de Doença Inflamatória Intestinal

**AUTORES:** Giedre Soares Prates Herrerias (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Jaqueline Ribeiro Barros (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Medeiros Dutra (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad-Hossne (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Introdução: As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) incluem Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) que comprometem a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes e necessitam de acompanhamento integral e multidisciplinar.

**OBJETIVO:** O estudo tem como objetivo avaliar a importância da equipe multidisciplinar sob o olhar do paciente.

**MÉTODO:** Métodos: Estudo transversal com inclusão de 114 pacientes. A importância da equipe multidisciplinar foi avaliada através de questionário desenvolvido para a pesquisa.

**RESULTADOS:** Resultados: Avaliados 69 portadores de DC (60,53%) e 45 com RCU (39,47%), 58,77% mulheres, idade média  $39,16 \pm 13,50$  anos, tempo de doença  $9,88 \pm 7,35$  anos. Atividade clínica foi observada em 36,23% na DC e 75,56% na RCU, hospitalização previa em 63,77% na DC e 44,44% na RCU e cirurgia em 47,83% na DC e 13,33% na RCU. Terapia biológica foi mais frequente na DC (DC:82,61% vs RCU:37,78%). Todos os pacientes relataram atendimento médico com o gastroenterologista, seguido do coloproctologista (42,98%), enfermeiro (43,86%), nutricionista (47,37%) e psicólogo (48,25%). Quando questionados quais os profissionais mais importantes no atendimento, os médicos foram os mais citados (DC:98,51%; RCU:97,62%), seguidos dos enfermeiros (DC:36,23%; RCU:35,56%), nutricionistas (DC:27,54%; RCU:31,11%) e psicólogos (DC:26,09%; RCU:28,89%). Sobre a importância de cada categoria, gastroenterologista foi considerado muito importante por 91,23%, enfermeiro 66,29%, coloproctologista 62,07%, nutricionista 50% e psicólogo 47,25%. Na questão “Este profissional leva em conta minha opinião”, as respostas foram médico 49,12%, enfermeiro 18,42%, nutricionista 11,40%, psicólogo 31,58%, nenhum 29,82%. Na questão “Eu acho desnecessário passar em atendimento com este profissional”, as respostas foram: médico 6,14%, enfermeiro 5,26%, nutricionista 9,65%, psicólogo 16,67%.

**CONCLUSÃO:** Conclusão: A maioria dos pacientes refere o médico como o mais importante da equipe, desconhecendo a atuação dos outros profissionais. Quase um terço dos pacientes refere que nenhum dos profissionais leva em conta sua opinião no tratamento, fator que pode impactar na adesão e na qualidade do atendimento. Uma parcela dos pacientes acha desnecessário passar com alguns profissionais da equipe, incluindo o médico. É importante que o médico descentralize o atendimento para os outros membros da equipe, tornando a rotina dos atendimentos dinâmica e integralizada, fornecendo aos pacientes atendimento holístico, humanizado e compartilhado.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com

**1104467 – USO DE PROBIÓTICOS PARA CONSTIPAÇÃO EM PACIENTES COM PARKINSON: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**

**AUTORES:** LARISSA MERCADANTE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARIA JULIA CALHEIROS SANTOS DINIZ (CENTRO UNIVERSITARIO SAO CAMILO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARIA FERNANDA ALMEIDA CAVALCANTE ARANHA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARA - BELEM - Pará - Brasil), AMANDA MARTINELLI OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITARIO SAO CAMILO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA CLARA ABREU LIMA PAULA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil), ISABELA ROVERATTI SPAGNOL (HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS ``DR.RUBES SAVASTANO`` - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A constipação é um dos sintomas não motores mais comuns em indivíduos com doença de Parkinson (DP), afligindo de 80 a 90% dessa população. Para a tratar, os laxativos são a intervenção farmacológica mais indicada. Quanto às intervenções não farmacológicas, há estudos promissores relacionados ao uso de probióticos, tanto isolados quanto associados aos probióticos.

**OBJETIVO:** Compilar, de forma sistemática, as evidências relacionadas ao uso de probióticos como terapia para a constipação em pessoas com DP.

**MÉTODO:** O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura, na qual foram analisados estudos publicados nos últimos cinco anos na base de dados PubMed. Os descritores utilizados foram constipation, probiotics, Parkinson e o filtro full text. Foram incluídos nesta pesquisa ensaios clínicos randomizados na língua inglesa e excluídos aqueles que não se encaixavam no escopo desta revisão.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 26 estudos, dos quais quatro cumpriam os critérios de inclusão. Em um ensaio clínico randomizado duplo-cego controlado por placebo, comprovou-se que a administração de leite fermentado contendo probióticos em pacientes com DP e constipação causa um aumento da frequência dos movimentos intestinais completos e das evacuações completas. Outro ensaio clínico duplo-cego, o qual utilizou cápsulas de probióticos com múltiplas cepas, constatou que a consistência das fezes e a constipação melhoraram, havendo um aumento do número médio de evacuações espontâneas. Já no terceiro estudo foram utilizados probióticos com múltiplas cepas bacterianas e fruto-oligossacarídeo, demonstrando melhora na frequência evacuatória e redução do tempo de trânsito intestinal. Por fim, um último ensaio clínico comparou grupos que foram submetidos ao aumento do consumo de água e fibras, sendo um deles associado à trimebutina e outro aos probióticos. Demonstrou-se que ambos apresentaram melhora nos sintomas de dor e distensão abdominal, porém, quanto à constipação com defecação incompleta, o primeiro grupo apresentou melhora com significância estatística, enquanto o segundo, uma melhora discreta e não estatisticamente significativa, contrastando com os resultados obtidos nos estudos anteriores.

**CONCLUSÃO:** Sendo assim, conclui-se que múltiplos ensaios clínicos são favoráveis ao uso de probióticos para o tratamento da constipação em pacientes com DP. Porém, devido ao baixo número de achados, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos na área.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MERCADANTE DE ASSIS | [larissa.mercadante@hotmail.com](mailto:larissa.mercadante@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Microbiota/Probióticos

### 1104560 – Desafios do Transplante de Microbiota Fecal no Brasil

**AUTORES:** Ana Luiza Lima Gonçalves (Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Geraldo Sousa Nóbrega Júnior (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FACISA) - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Ilane Louise Araújo Gonçalves (Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Uruguaiana - Rio Grande do Sul - Brasil), Lahyse de Oliveira Oliveira (Universidade Salvador (UNIFACS) - Salvador - Bahia - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O manuseio da microbiota intestinal através do transplante de microbiota fecal (TMF) tem sido utilizado como manejo terapêutico e caracteriza-se como a administração de material fecal, contendo microbiota intestinal distal de um indivíduo saudável a um paciente com alguma patologia, restabelecendo a microbiota local e, assim, restaurando o estado de microbioma saudável. Considerando os desafios que envolvem a realização do TMF, são necessários avanços em técnicas microbiológicas para solidificar o conhecimento da microbiota gastrointestinal.

**OBJETIVO:** Reconhecer a aplicabilidade do transplante da microbiota fecal e discutir perspectivas futuras do procedimento no Brasil.

**MÉTODO:** Realizou-se um estudo descritivo acerca da temática descrita, baseado em uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados utilizadas foram Scielo, Google Acadêmico e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os idiomas dos artigos foram português e inglês. Foram encontrados, ao todo, 296 artigos entre 2014 a 2021, dos quais as informações foram coletadas e analisadas para a produção desse estudo.

**RESULTADOS:** O transplante de microbiota fecal é uma alternativa inovadora e segura para o tratamento de doenças do trato gastrointestinal, indicado para casos graves e/ou refratários. Observa-se redução da diversidade da microbiota intestinal um ano após o TMF em comparação à microbiota do doador saudável e aumento da mesma em relação à microbiota pré-TMF. Há aumento da microbiota após o tratamento, permanecendo estável durante o primeiro ano. Para obter bons resultados do TMF, é necessário um doador saudável. A maioria dos selecionados está entre 18 e 60 anos de idade. O doador pode ser um parceiro íntimo, amigo ou voluntário. A via colonoscópica e a nasogástrica são prejudiciais a pacientes debilitados pela necessidade de sedação, além do risco de perfuração da mucosa. São raras as reações adversas ao TMF, como sensação de desconforto gastrointestinal, mas que apresenta resolução em até 12 horas. Apesar da comprovada eficácia do TMF, ainda existe pouca recomendação clínica pelos médicos por desconhecer sua indicação e acreditarem na repugnância do paciente.

**CONCLUSÃO:** Com base no que foi exposto, conclui-se que o transplante de microbiota fecal é de fato uma boa opção terapêutica, visto que já tem diversos resultados positivos que comprovam tal fato. Porém, tal procedimento ainda é pouco difundido na classe médica, tornando menos frequente a sua realização.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUIZA LIMA GONÇALVES | [analuzag@live.com](mailto:analuzag@live.com)

**101691 – SEGURANÇA DO INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS: UMA REVISÃO HORIZONTAL**

**AUTORES:** Tatiana Yumi Bando (Faculdade de Medicina do ABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Luiza Suplicy di Pace (Faculdade de Medicina do ABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo Tanaka (Faculdade de Medicina do ABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Monica Lapa (Faculdade de Medicina do ABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ethel Zimberg Chehter (Faculdade de Medicina do ABC - são paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O número de usuários de Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) vem crescendo a partir da última década, acompanhado desse maior uso do medicamento, há também a prescrição inadequada do mesmo. Isso ocorre devido a sua eficácia e boa tolerância, dessa forma, há superutilização e uso inadequado com dose e duração excessivas. A literatura, porém, revela que há efeitos colaterais do uso de IBP a longo prazo tais como pneumonia, câncer do trato gastrointestinal, demência. Esses efeitos colaterais, no entanto, necessitam ter sua comprovação demonstrada e possuem baixa associação, necessitando mais estudos para melhor elucidá-las.

**OBJETIVO:** Averiguar a relação entre o uso dos Inibidores de bombas de prótons e seus efeitos colaterais a longo prazo relatados em revisões da literatura

**MÉTODO:** Este estudo buscará, a partir de bancos de dados indexados (PubMed, Scielo e Lilacs) nos últimos 5 anos, pelo método PRISMA, revisões que abordem o uso a longo prazo de IBPs e seus possíveis efeitos colaterais. Critérios de inclusão: artigos de revisão e metanálises; títulos que incluem efeitos colaterais a longo prazo do IBP; artigos que incluem esse assunto na íntegra; artigos que estudaram os efeitos colaterais a longo prazo. Critérios de exclusão: artigos que não discutem o tema na íntegra; artigos que discutem os efeitos em crianças/adolescentes; artigos em outros idiomas que não português, inglês ou espanhol; artigos sobre toxicidade ou efeito agudo do IBP; duplicatas.

**RESULTADOS:** Foram analisados 14 artigos e 21 efeitos colaterais.

**CONCLUSÃO:** A associação do IBP com a maior parte dos efeitos colaterais relatados foram negadas, dentre eles: câncer, doença renal crônica, demência e pneumonia adquirida da comunidade. Houve associação positiva para pólipos de fundo gástrico, deficiência de magnésio e nefrite intersticial aguda. Apesar de os efeitos colaterais serem amplamente divulgados, não há comprovação de que o risco é maior que o benefício para uso do fármaco, dessa forma o uso de IBPs é seguro.

**CONTATO AUTOR:** TATIANA YUMI BANDO | tati.bando@gmail.com

**102197 – ESTUDO DO COMPARATIVO DO COMPORTAMENTO DE AUTOMEDICAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE DIFERENTES ÁREAS**

**AUTORES:** Larissa Pregnolato La Gamba (Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos - FACISB - Barretos - São Paulo - Brasil), Laís Figueira Bandoli (Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Ricardo Filipe Alves da Costa (Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos - FACISB - Barretos - São Paulo - Brasil), Joao Luiz Brisotti (Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos - FACISB - Barretos - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A prática de automedicação se tornou comportamento extremamente frequente na sociedade brasileira, inclusive com uso até indiscriminado. Esta atitude inadequada pode ter como consequência efeitos imprevisíveis e indesejáveis, podendo ser origem de outras enfermidades, mascarar doenças evolutivas, ou possibilitar resistência contra patógenos quando do uso de antimicrobianos demandando medidas preventivas desta prática.

**OBJETIVO:** Avaliar a incidência de automedicação entre acadêmicos das áreas da saúde e humanidades de instituições de nível superior, e analisar a correlação entre a automedicação e seus efeitos colaterais.

**MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, com amostra populacional definida por conveniência, correspondendo a alunos de instituições de ensino superior das áreas de ciências biológicas (medicina e enfermagem) e humanas (direito e administração) em fases inicial e final dos cursos, utilizando-se de questionários estruturados.

**RESULTADOS:** Foram aplicados questionários presenciais aos alunos do primeiro e último anos dos cursos de medicina, enfermagem, direito e administração, correspondendo a 74,21% e 76,66% dos matriculados na áreas de humanas da saúde, respectivamente. Dos 321 participantes, 209 (65,1%) do sexo feminino. Automedicação foi observada em 311 (96,3%). A comparação entre os cursos observou que Medicina e Enfermagem tiveram maior índice de automedicação no início do curso (98,8% e 95,8%). Nos cursos de Direito e Administração os índices foram pouco menores, porem elevados (95,2% e 93,9%). Ao final dos cursos a totalidade da amostra se automedicava exceto os alunos de Direito (87,8%). Os anti-inflamatórios corresponderam a 74,3%, com efeito colateral em 12,9% (dentre eles: náusea - 43,3%, queimação - 40%). Para controle desses efeitos foi observada automedicação em 56,7% dos alunos, utilizando inibidor da bomba de prótons (76,4%), Bloqueador dos receptores H2 (23,5%), Antiemético (17,6%), Antiespasmódico (17,6%), Antiácido (11,7%) e Analgésico (11,7%), podendo haver respostas múltiplas.

**CONCLUSÃO:** O controle de prescrições legalmente adotado tem efetividade limitada. É o que se observa à luz destes dados. Este problema social e comportamental tem reflexos na população de nível superior que, mesmo tendo acesso a informação adequada, utiliza-se de instrumentos terapêuticos de forma arriscada e indevida, em larga escala, independentemente de sua formação acadêmica.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO LUIZ BRISOTTI | jlbrisotti@gmail.com

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104265 – Non-celiac gluten intolerance in patients with scleroderma

**AUTORES:** Maitê Mateus (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Renato Nisihara (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Mariana Aguiar Koubik (Complexo Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil), Lorete Silva Kotze (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Thelma Larocca Skare (Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - Curitiba - Paraná - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Gastrointestinal tract is affected in almost 90% of the patients with systemic sclerosis (SSc), and a great proportion of these patients suffers from symptoms that affect their quality of life. Treatment usually offers limited improvement. Some studies have looked for associated celiac diseases (CD) in SSc, as this co-occurrence would aggravate gastrointestinal complaints. There are few studies on this context and they have yielded conflicting results. Non-coeliac gluten sensitivity (NCGS) is a newly defined condition described as adverse gastrointestinal and extra-intestinal symptoms related to gluten or wheat-containing food consumption in individuals without CD or wheat allergy. NCGS is a non-autoimmune and non-allergic process, although its pathophysiology is not fully understood. The symptoms are relieved by gluten withdrawal, and re-appear upon re-introduction to gluten.

**OBJETIVO:** Analyze the prevalence of gastrointestinal symptoms in a sample of SSc patients trying to verify the possible association with NCGS.

**MÉTODO:** 60 SSc patients on a regular diet were included. None had IgA deficiency. IgA anti-endomysium and IgG and IgA anti-gliadin antibodies were tested. All sample was negative. Patients filled the questionnaire of Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) to verify the presence and intensity of gastrointestinal symptoms. GSRS ranges from 15 (no symptoms) to 105 (worst scenario) points. Some patients agreed to go on GFD (gluten free diet) and were re-evaluated after one month. We provided guidelines to GFD and the patients received an informative booklet. Reduction of 30% of their initial symptoms was considered a good response.

**RESULTADOS:** Only 2/60 (3.3%) patients had no gastrointestinal symptoms. The mean GSRS score was  $48.1 \pm 20.2$ . The present data shows that almost the entire sample (96.6%) had gastrointestinal symptoms, the most common being flatulence, heartburn, abdominal pain and gastric fullness. Heartburn was the most severe. We also found that all but one of our SSc patients that tried GFD had improvement of gastrointestinal symptoms.

**CONCLUSÃO:** Taking into account the lack of good options for the treatment of SSc gastrointestinal involvement, this approach should be considered. This is a small study with several limitations: we did not re-challenge the patients reintroducing the gluten in the diet; we cannot exclude a placebo effect, and the number of participants was very small. However, it does point to a new treatment possibility that should be better studied.

**CONTATO AUTOR:** MAITE MATEUS | maitemateusmm@gmail.com

**1104388 – MANIFESTAÇÕES DISPÉPTICAS EM DISCENTES DO CURSO DE MEDICINA**

**AUTORES:** Ana Paula Santos Oliveira Brito (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Hamilton Cesar Rocha Garcia (Hospital Jean Bittar - Belém - Pará - Brasil), JHESSICA MOUSINHO JORGE E JORGE (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Juliane Tayse Ribeiro Maia (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Lucas Ernesto Bueno Fontana (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Maria Jéssica Alves Pinheiro (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Lorena Luciano Sá (UNIFAMAZ - BELÉM - Pará - Brasil), Marcus Vinicius Henriques Brito (UNIFAMAZ - Belém - Pará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A dispepsia como manifestação gastrointestinal é uma das queixas mais frequentes na prática clínica diária. É considerada uma síndrome que reúne vários sintomas, os quais são localizados na região central e superior do abdome. Por ter um caráter multifatorial, ela se apresenta com grande frequência em estudantes universitários, visto que a vida acadêmica é reconhecida por gerar estresse, podendo afetar a saúde e a qualidade de vida dos estudantes. Neste contexto, os discentes do curso de Medicina compõem um dos grupos mais suscetíveis a desenvolver doenças gástricas, devido a qualidade de vida afetada face às exigências que o curso requer.

**OBJETIVO:** Analisar as manifestações dispépticas em discentes do curso de Medicina.

**MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal, observacional, em sujeitos, estatístico descritivo, multicêntrico local e sem financiamento. Após cálculo do N amostral, 500 discentes, maiores de 18 anos, de três Universidades situadas em Belém-Pará, foram incluídos no estudo o qual foi realizado no período de Agosto à Novembro de 2020. Após assinarem o Termo de Consentimento livre e esclarecido, os discentes responderam ao questionário contendo perguntas como: presença e duração de sintomas dispépticos (pirose, dor abdominal, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, saciedade precoce, distensão abdominal); hábitos alimentares; hábitos de vida; sintomas psicológicos (depressão, ansiedade e estresse). Foi realizada a análise estatística utilizando os testes Qui-Quadrado e ANOVA sendo adotado o índice de rejeição da hipótese de nulidade como 0,005.

**RESULTADOS:** Com relação aos sintomas, a distensão abdominal e saciedade precoce foram presentes de 47,5% dos discentes, pirose em 45,8%, dor abdominal em 44,2% e náuseas e Vômitos em 24,4 %. Quanto aos hábitos de vida: 44,8% são etilistas, 12% são tabagistas, 12% utilizam alguma droga ilícita. Hábitos alimentares: 48,5% dos discentes fazem ao menos três refeições fora de casa na maioria dos dias. Sintomas psicológicos: 30,2% dos discentes sentiram-se pouco animados com vida; 8,8% referiram forte sensação de medo; 47,6% relataram muitas vezes se sentirem tensos ou nervosos e 25,2% tiveram sensações de pânico muito frequentes.

**CONCLUSÃO:** Os discentes de Medicina possuem um perfil muito suscetível ao surgimento de manifestações dispépticas, evidenciado por fatores relacionados tais como: Padrão alimentar, aspecto emocional, fumo, álcool e drogas ilícitas.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA SANTOS OLIVEIRA BRITO | [apsobel@globol.com](mailto:apsobel@globol.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104569 – Aspectos epidemiológicos dos óbitos por tuberculose do intestino, peritônio e glândulas mesentéricas no Brasil nos últimos 10 anos

**AUTORES:** Arthur Ribeiro Coutinho Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Iasmin Pordeus Coura Urtiga (Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba FCM - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ilane Louisse Araújo Gonçalves (Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA - Uruguaiana - Rio Grande do Sul - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdades de Ciências Médicas de Campina Grande - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Pedro Palitot Pereira Pedrosa (Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Lívia Maria Pordeus Coura Urtiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose (TB) ocorre através do *Mycobacterium tuberculosis* e sua contaminação se dá pela dispersão de aerossóis por um indivíduo infectado. Após o primeiro contato com o bacilo, a doença evolui para a fase primária, que se manifesta de forma assintomática. Depois, o paciente passa a conviver com o bacilo, infecção latente. Por fim, sucede-se a fase secundária, em que a disseminação do bacilo pode ocorrer. A TB do aparelho digestivo é mais rara e pode surgir, de forma isolada, pela ingestão de leite ou escarro contaminado, disseminação hematogênica, implante de bacilos de focos contíguos e por reativação de foco de TB miliar ou pulmonar. No caso do trato gastrointestinal, as regiões de válvula ileocecal, íleo terminal e ceco constituem os locais de maior acometimento.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise retrospectiva dos óbitos por tuberculose do intestino, peritônio e glândulas mesentéricas no Brasil nos últimos 10 anos.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de junho de 2011 a junho de 2021, utilizando as variáveis faixa etária, região, sexo, taxa de mortalidade e óbitos.

**RESULTADOS:** Conforme o DATASUS, no período analisado, foram registradas 760 internações por tuberculose do intestino, peritônio e glândulas mesentéricas no Brasil, divididas pelas regiões Sudeste com maiores números (333; 43.8%), seguida pelo Nordeste (211; 27.8%), Sul (109; 14.3%), Norte (57; 7.5%), e com os menores o Centro-Oeste (50; 6.6%). Ocorreram no país 33 óbitos, com predominância no Sudeste (17; 51.5%) e no Nordeste (7; 21.2%), quanto ao sexo, pela ocorrência de mortes, lidera o masculino (25; 75.7%), e com um menor número, o feminino (8; 24.2%). As faixas etárias mais acometidas segundo óbito são de 30 a 39 anos (10), e de 50 a 59 anos (8), representando 54.5% do total. A taxa de mortalidade geral no país é de 4,34%, tendo maior índice as regiões Sudeste e Sul, e menor Nordeste e Norte.

**CONCLUSÃO:** Concluiu-se que o Sudeste destaca-se pelo alto índice de internações por tuberculose do intestino, peritônio e glândulas mesentéricas nesse período. Acerca do número de óbitos e taxa de mortalidade, foi baixo em relação ao número de internações, ainda com prevalência no Sudeste. Ademais, o sexo mais acometido em número de óbitos é o masculino, em porcentagem bastante significativa e a faixa etária predominante é a de indivíduos com 30 a 39 anos.

**CONTATO AUTOR:** ARTHUR RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA | arthurfranca8@gmail.com



## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104572 – Cenário da Neoplasia Maligna dos Órgãos Digestivos no Brasil: Estudo Epidemiológico dos Últimos 5 anos

**AUTORES:** Ana Luiza Lima Gonçalves (Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Eduardo Antonio Montenegro Cabral (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ilane Louise Araújo Gonçalves (Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Uruguaiana - Rio Grande do Sul - Brasil), Livia Maria Pordeus Coura Urtiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaela Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Victória Carneiro de Almeida Formiga (Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** As neoplasias malignas de órgãos gástricos lideram o cenário dos cânceres. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), entre os 10 cânceres prevalentes em homens 4 são de órgãos gástricos; nas mulheres, a incidência cai para 2 entre 10. Vários fatores parecem estar envolvidos como o envelhecimento precoce da população, o sedentarismo e os hábitos alimentares pouco saudáveis. Portanto, a incidência desta neoplasia deve ser discutida no cenário brasileiro.

**OBJETIVO:** Realizar uma análise retrospectiva dos casos de neoplasia maligna dos órgãos digestivos dos últimos 5 anos.

**MÉTODO:** Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com coleta de dados obtidos no Sistema de informações Hospitalares (SIH/ SUS) durante o período de junho de 2016 a junho de 2021, utilizando as variáveis faixa etária, região, sexo, taxa de mortalidade e óbitos.

**RESULTADOS:** Conforme o DATASUS, no período analisado, foram registradas 814.068 internações por neoplasias malignas dos órgãos digestivos no Brasil, divididas pelas regiões Sudeste com maiores números (368.887; 45.3%), seguida pelo Sul (226.924; 27.9%), Nordeste (141.093; 17.3%), Centro-Oeste (52.632; 6.5%), e o Norte (24.532; 3%). Quanto ao sexo, pela ocorrência de casos, lidera o masculino (455.410; 55.9%) e em seguida, com um menor número, o feminino (358.658; 44%). As faixas etárias mais acometidas são de 60 a 69 anos (247.770) e de 70 a 79 anos (201.216), representando 55.1% do total. Ocorreram no país 107.992 óbitos, com predominância no Sudeste (54.121; 50.1%) e no Sul (23.487; 21.7%). A taxa de mortalidade geral no país é de 13,27%, tendo maior índice as regiões Norte e Sudeste, e menor, Centro-Oeste e Sul.

**CONCLUSÃO:** Com base no que foi explanado, conclui-se que o Sudeste se apresenta com a maior quantidade de casos, sendo 45.3% do total, assim como o mesmo apresenta a maior quantidade de mortes, a qual se apresenta no país, uma taxa de mortalidade de 13,27%. Nota-se, ainda, que o sexo masculino é o mais afetado, representando 55,9% do total de casos. Da mesma forma, os indivíduos entre 60 e 69 anos apresentam um maior número internações por neoplasia maligna de órgãos digestivos em comparação a outras faixas etárias.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUIZA LIMA GONÇALVES | [analuzag@live.com](mailto:analuzag@live.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104608 – Direct and indirect gastrointestinal manifestations caused by COVID-19 infection – Systematic Review

**AUTORES:** Dulcyane Ferreira De Oliveira, Marcello Facundo do Valle Filho (Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Denis Alves Pinho (Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Giovanna Piva (fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Ana Catarina Dutra Rebelo (Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil), Thalita Giovanna Diniz Silva (Fametro - Manaus - Amazonas - Brasil)

#### **INTRODUÇÃO:**

Introduction – In December 2019 the new coronavirus appeared in Wuhan, province of Hubei, China, presenting as an international concern of public health emergencies. It was noticed that this disease has multisystemic impact affecting several organs of the human body.

**OBJETIVO:** Objective – The purpose of this paper is to raise on the emerging literature about both direct and indirect consequences through SARS coronavirus by-2- (o-COVID 19) into the gastrointestinal system, through an integrative review on the published studies

**MÉTODO:** Methods – Literature review published between December 2019 and January 2021 on electronic bases, where articles were selected based on levels of evidence and correlated with the objectives of the study.

**RESULTADOS:** Results – Articles that link COVID-19 and the gastrointestinal system were identified, explaining pathophysiology, possible prognosis, approaches reviewed in case reports in patients.

**CONCLUSÃO:** Conclusion – Direct and indirect impact of COVID-19 infection caused a review and change in clinical and surgical conditions during a pandemic, impacting the approach to opportunistic procedures, pancreatitis, nutritional issues, acute mesenteric ischemia and other surgical surgeries in the gastrointestinal system.

**CONTATO AUTOR:** DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA | dradulcyaneoliveira@gmail.com

**100731 – COLECISTITE AGUDA ALITIÁSICA EM PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**AUTORES:** SCARLAT MARJORY DE OLIVEIRA MOURA (Centro Universitário Ftc - SALVADOR - Bahia - Brasil), ROSELINI MARIA SAMPAIO SANTIAGO OLIVEIRA (Centro Universitário Ftc - SALVADOR - Bahia - Brasil), LUCIANA SANTOS RIBEIRO DA CRUZ (Centro Universitário Ftc - SALVADOR - Bahia - Brasil), NILTON RIBEIRO DA CRUZ (Centro Universitário Ftc - SALVADOR - Bahia - Brasil), NOELIA GONÇALVES DOS SANTOS (Centro Universitário Ftc - SALVADOR - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colecistite aguda acalculosa (CAA) é uma doença rara, relacionada à condição inflamatória na vesícula biliar, sem cálculos biliares. Possui relação com a gravidade da enfermidade que a antecede, uso de ventilação mecânica, nutrição parenteral total prolongada, sepse e infecções. Nesse sentido, a COVID-19 trouxe novos desafios para a medicina, principalmente associada aos cuidados terapêuticos nos pacientes em estado crítico e na fisiopatologia do vírus, que ainda está em constante descoberta.

**OBJETIVO:** Analisar a presença da colecistite aguda acalculosa em pacientes infectados com a COVID-19, concomitante às suas características clínicas, laboratoriais e tratamento, a ponto de reunir as evidências científicas mais atuais e disponíveis até o momento.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática, a partir das bases de dados PubMed, Google Acadêmico, EMBASE, MedRxiv e BioRxiv, seguindo o guia do PRISMA, sem limitação de idioma, localização e período. O protocolo do estudo foi registrado previamente no PROSPERO sob o número de registro CRD42021240016.

**RESULTADOS:** Dados de 11 estudos foram encontrados, com 2 de caráter transversal e 9 relatos de casos. Nos relatos de casos continham um total de 10 pacientes com colecistite aguda e Covid-19. Em relação ao gênero, 80% eram masculinos, com idade mediana de 65 anos. Nove pacientes (90%) tiveram os primeiros sintomas da inflamação vesícula após longos períodos de internação seguidos por intubação, após a extubação ou durante uso de cânula nasal. O tempo de internamento teve mediana de 44 dias. A dor abdominal foi o sintoma mais prevalente em 8 pacientes (80%), porém 20% dos pacientes não apresentaram sintomas por estarem no momento sedados em ventilação mecânica. O exame laboratorial mais presente nos pacientes foram leucocitose e enzimas hepáticas elevadas com 80%. Nenhum dos casos relataram a presença de RNA viral na bile. E não houveram óbitos registrados nos pacientes descritos.

**CONCLUSÃO:** A maioria dos artigos relacionaram a clínica biliar dos pacientes após o longo período de internação, porém ainda não está claro se a CAA pode ocorrer por uma patologia direta com o vírus ou apenas como consequência do tratamento de enfermos em estado crítico. Entretanto, é importante ressaltar que mínimas alterações laboratoriais merecem atenção em pacientes internados pela COVID-19. Nesse sentido, mais estudos são necessários para investigar a associação entre essas duas doenças.

**CONTATO AUTOR:** SCARLAT MARJORY DE OLIVEIRA MOURA | [scarlat.moura@ftc.edu.br](mailto:scarlat.moura@ftc.edu.br)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 101826 – Relação das características epidemiológicas de pacientes com complicações associadas a litíase biliar e o tempo de internação em um hospital terciário.

**AUTORES:** Ridson Guilherme Parente de Aguiar (Centro Universitario Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Emanuel Albuquerque de Souza Júnior (Centro Universitario Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), José Leonardo Gomes Rocha Júnior (Centro Universitario Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Sérgio Rangel de Paula Pessoa (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Leidiane Pinho da Silva (Centro Universitario Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gardênia Costa do Carmo (Centro Universitario Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Litíase biliar pode ser definida como a presença de concreções, sejam elas cálculo (> 3 mm) ou barro biliar (< 3 mm) na vesícula (colelitíase), nos ductos biliares ou em ambos. Ademais, as principais complicações associadas a litíase biliar são colecistite aguda, coledocolitíase, pancreatite aguda e colangite.

**OBJETIVO:** Avaliar clínica e epidemiologicamente os pacientes internados em enfermaria de gastroenterologia de um hospital terciário com complicações relacionadas a litíase biliar.

**MÉTODO:** Foram avaliados 158 pacientes internados no período de 01 de janeiro de 2013 a 24 de fevereiro de 2021, por meio da análise de relatórios de alta e prontuários.

**RESULTADOS:** Observou-se que 121 (76,6%) eram do sexo feminino e 37 (23,4%) do sexo masculino. A média de idade no momento da internação foi de  $51,6 \pm 21$  anos e mediana de 52 anos. Os pacientes do sexo masculino internados eram significativamente mais velhos, com média de idade de 60 anos, enquanto a média de idade entre os pacientes de sexo feminino foi de 49 anos ( $p = 0,005$ ). A maioria dos pacientes avaliados apresentava pelo menos uma comorbidade, sendo que 24,7% apresentava uma e 32,9% duas ou mais comorbidades. Sendo as mais prevalentes: hipertensão arterial sistêmica (36,7%), diabetes mellitus (15,1%) e obesidade (13,9%). Bem como, histórico atual ou prévio de etilismo significativo foi identificado em 24,6%, já histórico de tabagismo atual ou prévio significativo foi identificado em 29,7%, dos indivíduos estudados. Foi observado que o tempo médio de internação foi de  $24,4 \pm 21,3$  dias e mediana de 19,5 dias. Os pacientes do sexo masculino apresentaram um tempo de internação médio ( $30,5 \pm 31,1$  dias) maior que os pacientes do sexo feminino ( $22,6 \pm 16,9$  dias),  $p = 0,046$ . O tempo de internação não teve relação direta com a idade dos pacientes da amostra total estudada ( $p = 0,414$ ). Não houve diferença significativa quando se comparou o tempo médio de internação dos pacientes com e sem comorbidades ( $p = 0,761$ ) ou com e sem histórico de colecistectomia prévia ( $p = 0,196$ ).

**CONCLUSÃO:** No presente estudo, observou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, com idade média de 51,6 anos. Os homens eram significativamente mais velhos que as mulheres. Uma minoria apresentava histórico de tabagismo e etilismo significativo. A maioria dos avaliados apresentava pelo menos uma comorbidade, sendo as três mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade.

**CONTATO AUTOR:** RIDSON GUILHERME PARENTE DE AGUIAR | [ridsong@gmail.com](mailto:ridsong@gmail.com)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 101954 – Relação entre a pancreatite aguda medicamentosa em pacientes HIV-positivos com uso de Terapia Antirretroviral

**AUTORES:** Ana Beatriz Alvarenga Cansancao (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Ketleen Koga (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Laura Romanholi (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Maria Luisa Araujo Souza (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Matheus Borri Marroni (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Rafael Lopes de Oliveira (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Ethel Zimberg Chehter (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A incidência de pancreatite aguda em indivíduos HIV positivos pode chegar até 40% ao ano, enquanto na população geral é de 2%. A taxa de pancreatite na população HIV/AIDS pode decorrer de outras condições como uso de medicamentos não TARV, infecções oportunistas, abuso de substâncias e outros fatores de risco. Além disso, antirretrovirais são citados na literatura como indutores de pancreatite aguda medicamentosa.

**OBJETIVO:** O objetivo desse estudo é analisar a incidência de pancreatite aguda em pacientes HIV positivos em uso da nova era de antirretrovirais.

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão horizontal realizada a partir do método de PRISMA, por 6 pesquisadores independentes entre maio e dezembro do ano de 2020. A revisão final foi feita pelo orientador e pesquisador senior.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 14 artigos. Destes, 8 não respondem se o uso de TARV em pacientes HIV positivos pode ter como efeito adverso a pancreatite aguda; 5 respondem a pergunta afirmando que TARV não é um agente causador da pancreatite medicamentosa; 1 artigo demonstrou que TARV é um agente causador de pancreatite medicamentosa. Não foi encontrada diferença significativa entre a prevalência dos sexos ou variações do IMC em pacientes HIV positivos com pancreatite aguda medicamentosa induzida por antirretrovirais. Foi encontrada maior prevalência de pancreatite medicamentosa induzida por TARVs na raça negra, em pacientes com baixa contagem de CD4 e em coinfeções do HIV com hepatite B e C. O consumo de álcool foi encontrado como um fator independente, não sendo associado a etiologia medicamentosa.

**CONCLUSÃO:** A partir da análise e interpretação dos resultados obtidos nesse estudo, observa-se que há um número maior de artigos que não se aplicam e que negam a relação dos novos TARVs com a pancreatite aguda. Apesar de ser conhecida na prática clínica, os estudos que analisaram essa causalidade não conseguiram comprová-la. Essa preocupação se deve aos primeiros antirretrovirais que possuíam um número elevado de efeitos colaterais. Além disso, a associação de fatores de risco gera um efeito confusional quanto a real etiologia da pancreatite.

Este estudo não encontrou nenhuma relação entre pancreatite aguda medicamentosa e uso da terapia antirretroviral em pacientes com HIV. Assim, conclui-se que a nova era TARV atualmente utilizada é segura em relação à pancreatite aguda.

**CONTATO AUTOR:** KETLEEN KOGA | ketleen-koga@hotmail.com

**102386 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA PANCREÁTICA NA ÚLTIMA DÉCADA NO BRASIL.**

**AUTORES:** Enzo Studart de Lucena FEITOSA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), BARBARA MATOS DE CARVALHO BORGES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), DANIEL KEVIN DE ALENCAR FORTE FEIJÓ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), GEORGE CAJAZEIRAS SILVEIRA FILHO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), BARBARA BEZERRA RICCIARDI (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), VITTORIO SANTOS TOMAZ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), GUSTAVO NEVES PINTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARIA STELLA VASCONCELOS SALES VALENTE (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), JOÃO PEDRO ANDRADE AUGUSTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), FABIO AUGUSTO XEREZ MOTA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), ARTHUR ANTUNES COIMBRA PINHEIRO PACÍFICO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), VITOR SAUWEN PAIVA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), IANA VITORIA ARAUJO MARQUES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), PEDRO AMORIM VIDAL (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), FRANCISCO JULIMAR CORREIA MENEZES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pâncreas é uma das neoplasias de mais difícil diagnóstico, além de apresentar comportamento extremamente agressivo, com prognósticos não favoráveis aos pacientes. Devido a essas características, a neoplasia maligna de pâncreas apresenta elevada taxa de mortalidade, sendo responsável por cerca de 2% dos casos de câncer no país e 4% dos casos de morte.

**OBJETIVO:** Realizar estudo epidemiológico da taxa de mortalidade por neoplasia maligna pancreática no Brasil na última década.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, com amostra de 93.174 indivíduos internados por neoplasia maligna de pâncreas (2011-2020) notificadas por meio do Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do SUS do DATASUS. Avaliaram-se as variáveis por local de residência, taxa de mortalidade, sexo e faixa etária.

**RESULTADOS:** A mortalidade geral foi de 25,37% (25,63% homens e 25,1% mulheres). A faixa etária acima de 80 anos mostrou maior taxa (41,7%), sendo a abaixo de 19 anos a menor (6,11%). No período estudado, houve redução, indo de 28,8% em 2011 para 22% em 2020. A região norte apresentou a maior taxa (28,7%), seguida da sudeste (25,91%), centro-oeste (24,87%), sul (24,85%) e nordeste (24,03%).

**CONCLUSÃO:** Perante o exposto, este estudo verificou taxa semelhante entre os sexos, com ligeiro predomínio masculino, além da faixa etária acima de 80 anos apresentar a maior porcentagem, e a abaixo de 19 anos, a menor. É necessário destacar que o câncer pancreático apresentou, no Brasil, na última década, um padrão de distribuição que evidencia tendência de diminuição da taxa de modo geral, reduzindo 6,8%. Tal dado sugere que a incorporação de políticas públicas de saúde ao acesso precoce aos meios de diagnósticos e de tratamento são determinantes na redução da mortalidade. Ademais, intervenções voltadas à prevenção primária é imprescindível para que haja redução das taxas de incidência e, conseqüentemente, de mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | enzostudart@gmail.com

**102390 – ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE CANCER DE PANCREAS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

**AUTORES:** Bárbara Matos de Carvalho Borges (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pedro Amorim Vidal (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Maria Stella Vasconcelos Sales Valente (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Daniel Kevin de Alencar Forte Feijó (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Bárbara Bezerra Ricciardi (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), George Cajazeiras Silveira Filho (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Gustavo Neves Pinto (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), João Pedro Andrade Augusto (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fábio Augusto Xerez Mota (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Antunes Coimbra Pinheiro Pacífico (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Enzo Studart de Lucena Feitosa (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vitor Sauwen Paiva (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Iana Vitória Araújo Tomaz (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Vittorio Santos Tomaz (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Julimar Correia de Menezes (Hospital Geral Waldemar de Alcântara - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pâncreas atualmente é uma das neoplasias que, quando diagnosticada, já se encontra em estágios mais avançados, sendo bastante agressivo e com péssimo prognóstico para o paciente. Além disso, possui difícil diagnóstico, devido aos seus achados clínicos inespecíficos.

**OBJETIVO:** Realizar estudo epidemiológico dos casos de câncer de pâncreas no Brasil nos últimos 10 anos.

**MÉTODO:** Estudo transversal, documental e quantitativo, com amostra de 93.174 indivíduos internados por neoplasia maligna de pâncreas no Brasil (2011 - 2020) notificadas no Sistema de Declaração de Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) disponível no Departamento de Estatística do SUS. As variáveis foram avaliadas por região demográfica, sexo, faixa etária e número de óbitos.

**RESULTADOS:** Amostra composta por 93.174 indivíduos (47.067 homens), sendo a faixa etária entre 40 e 69 anos a mais acometida, representando 65,57% da amostra. Entre 2011 e 2020, houve um aumento no número de casos por ano, indo de 5.418 em 2011 para 13.986 em 2020 (Aumento de 258,13%). A região sul apresentou a maior incidência (83,28/100.000hab), seguida da região sudeste (51,96/100.000hab), região centro-oeste, região nordeste e região norte. Foram registrados em 2011, 7726 óbitos (região sudeste com 3899 casos), enquanto, em 2019, aumentou para 11801 casos, ainda com prevalência no sudeste.

**CONCLUSÃO:** Percebe-se maior número de casos entre os homens e na região Sul, que indica possível relação com o tabaco, pois de acordo com a literatura há maior propensão desses grupos ao hábito de fumar. Dados apontam o raro acometimento antes dos 30 anos, o presente estudo encontra-se em acordo com pico de prevalência (60 a 69 anos) na literatura científica. A alta mortalidade comprova o comportamento agressivo e diagnóstico tardio da doença.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | [enzostudart@gmail.com](mailto:enzostudart@gmail.com)

**1104375 – COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA REALIZADA POR RESIDENTES DE CIRURGIA GERAL. É SEGURO? QUAL O CUSTO?**

**AUTORES:** Rafael Benjamim Rosa da Silva (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jorge Henrique Bento de Sousa (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Milton Steinman (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Oscar Fernando Pavão dos Santos (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ian Torres de Lima (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Sabe-se que a participação dos residentes na sala de cirurgia é etapa fundamental do treinamento do cirurgião, com intuito de desenvolvimento de habilidades laparoscópicas, sendo a colecistectomia uma das primeiras e mais frequentes experiências laparoscópicas do residente de cirurgia. Na literatura, há dados conflitantes tanto em relação à morbimortalidade quanto em relação aos custos associados.

**OBJETIVO:** Avaliar a eficácia e segurança das colecistectomias laparoscópicas realizadas por residentes do primeiro e segundo ano de um programa de residência em cirurgia geral. Estudamos o custo total primário do tratamento, as taxas de complicações bem como os des

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo de pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica realizada em hospital de treinamento de grande volume cirúrgico no Brasil, no período de 1º de junho de 2018 a 31 de maio de 2019. A população do estudo foi composta por pacientes submetidos à colecistectomia eletiva por colecistectomia não complicada, colecistite calculosa crônica, ou pela presença de pólipos vesicais com indicação cirúrgica. Dividimos os casos em três grupos, de acordo com a graduação do cirurgião principal no momento do procedimento: residentes do primeiro ano (R1), residentes do segundo ano (R2) e cirurgiões treinados (GS).<sup>[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]</sup>

**RESULTADOS:** Durante o período do estudo, foram realizadas 1.052 colecistectomias laparoscópicas, das quais 1.035 procedimentos atenderam aos critérios de inclusão, sendo 78 (7,5%) pacientes operados com a participação de residentes do primeiro ano (R1), 500 (48,3%) pacientes com a participação de residentes do segundo ano (R2) e 457 (44,2%) com a participação apenas de cirurgiões seniores. Não houve diferença nas taxas de conversão, complicações e relatórios de eventos adversos entre os grupos. Observamos diferença significativa em relação aos custos de internação ( $p = 0,003$ ), com média maior para os pacientes operados com a participação de R1, de US \$ 2.671,13, contra US \$ 2.414,60 e US \$ 2.396,24 para os procedimentos realizados por cirurgiões seniores e R2, respectivamente.

**CONCLUSÃO:** A colecistectomia laparoscópica com participação de residentes é segura, mesmo nos primeiros anos de treinamento. Há um custo adicional de cerca de 10% no tratamento do paciente operado com a participação de residentes do primeiro ano. Não houve diferença significativa no custo do grupo operado por residentes do segundo ano.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com



## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104430 – Prevalência e mortalidade das doenças pancreáticas internadas no sistema público brasileiro

**AUTORES:** Carla Almeida Rodolfo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Paulo Vitor Sant'Anna da Cruz (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria Penha Zago-Gomes (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** Pancreatite aguda é uma das doenças gastrointestinais mais frequentes nas internações hospitalares no Brasil. O risco e etiologia da pancreatite variam com a idade, sexo e raça.

**OBJETIVO:** Analisar prevalência de internação, número de óbitos e taxa de mortalidade relacionada às doenças do pâncreas, nas regiões brasileiras, através de dados do Sistema Único de Saúde.

**MÉTODO:** Avaliar os dados de internação de doenças pancreáticas no Brasil através de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do TABNET, e da Estimativa Populacional anual do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram avaliados número de internações, média de permanência hospitalar, número de óbitos e taxa de mortalidade entre 2008 e 2020. Para avaliação de prevalência utilizou-se a Estimativa Populacional anual do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para os cálculos estatísticos, foi utilizado o Microsoft Excel e SPSS 21.0.

**RESULTADOS:** Foram registradas 376.168 internações de doenças do pâncreas entre 2008 e 2020 no Brasil. A média anual foi de 28.804 internações e um crescimento anual médio de 3%. A maior parte ocorreu em indivíduos na idade adulta, entre 20 e 64 anos, com 284.222 (75%) casos, e em homens, com 209.605 (55,7%) casos. O maior número ocorreu na região Sudeste com 197.125, seguida pela região Sul com 70.864. Com uma média de 1561 óbitos por ano por doenças pancreáticas, o maior número de óbitos foi entre as pessoas com mais de 65 anos e maior em homens (5,8 óbitos a cada 100 internações de homens e 4,9 óbitos a cada 100 internações nas mulheres). A porcentagem de óbitos dos internados, em todas as regiões brasileiras é muito próximo da média nacional (5%), com exceção da Região Norte (6%) que é discretamente maior. A prevalência das internações das doenças pancreáticas na região Sul, no ano de 2020, foi de 24,1 novos casos a cada 100 mil habitantes, a maior do Brasil. No Sudeste a prevalência foi de 18,9 casos a cada 100 mil habitantes, similar a da região Centro-Oeste, com 17,3 casos por 100 mil habitantes. Tanto a região Norte e Nordeste tiveram 10,8 e 10,9 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

**CONCLUSÃO:** Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas são doenças negligenciadas, com alta frequência nas urgências e nas internações hospitalares, com mortalidade hospitalar atual de cerca de 5%, que pode ser modificada se houver reconhecimento precoce e estabelecimento de conduta adequada.

**CONTATO AUTOR:** CARLA ALMEIDA RODOLFO | calmeidarodolfo@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104433 – Efeito do Ácido Ursodesoxicólico no desenvolvimento de Colangiocarcinoma em pacientes portadores de Colangite Esclerosante Primária: Uma Revisão Sistemática de Literatura

**AUTORES:** Vaner Paulo Silva Fonseca Pinheiro (UFBA - Salvador - Bahia - Brasil), Antonio Ricardo Cardia Ferraz Andrade (UFBA - Salvador - Bahia - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A Colangite Esclerosante Primária é uma doença colestática crônica que resulta no estreitamento do lúmen ductal. Sua fisiopatologia e os mecanismos de sua progressão ainda não estão claros, mas as complicações decorrentes dessa progressão são de grande relevância para a clínica médica. Atualmente, a complicação mais ameaçadora da Colangite Esclerosante Primária é o desenvolvimento de Colangiocarcinoma, uma neoplasia altamente maligna com mortalidade em torno de 90%. Apesar de ser uma doença incurável e de ter apenas o transplante de fígado como única forma de sobrevivência desses pacientes, o tratamento da colestase crônica, uma das principais complicações da Colangite Esclerosante Primária, já é bastante difundido. Dentre os principais medicamentos utilizados, o Ácido Ursodeoxicólico, também chamado de Ursodiol, está presente nos planos terapêuticos por retardar a progressão da estenose do ducto biliar, aumentar as chances de sobrevida e ser bem tolerado pelos pacientes.

**OBJETIVO:** O objetivo do estudo é avaliar se o uso de Ursodiol em pacientes com Colangite Esclerosante Primária interfere no desenvolvimento de Colangiocarcinoma

**MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática de estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados realizada em diferentes bancos de dados virtuais, de acordo com protocolo PRISMA

**RESULTADOS:** Foram encontrados 925 estudos e apenas 13 foram incluídos na revisão sistemática, atendendo aos critérios de qualidade do protocolo. Destes, 6 (46%) estudos foram ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo, enquanto 7 (54%) eram estudos observacionais na forma de coortes retrospectivas e prospectivas. Nenhum estudo demonstrou efeito protetor do Ursodiol no desenvolvimento de Colangiocarcinoma entre os grupos avaliados.

**CONCLUSÃO:** Colangite Esclerosante Primária se configura uma doença com características variadas, com curso imprevisível, apresentando complicações ameaçadoras como o Colangiocarcinoma. Este, por sua vez, apresenta-se como um desafio para a medicina devido ao seu diagnóstico ser extremamente difícil e poucas drogas influenciarem em seu prognóstico. Na literatura ainda não há consenso sobre a existência ou não de algum tratamento que seja eficaz em atrasar o desenvolvimento e progressão do Colangiocarcinoma, tornando imprescindível a realização de estudos com amostras maiores e tempo de observação mais longos, com desenhos e protocolos bem definidos para elucidar esses questionamentos e poder oferecer uma maior sobrevida a esses pacientes.

**CONTATO AUTOR:** VANER PAULO DA SILVA FONSECA PINHEIRO | vaner-p@hotmail.com

**1104502 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES POR COLECISTITE E COLELITÍASE NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS**

**AUTORES:** Bárbara Francesca Brandalise Bassani (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Andrei Leonardo Schuster (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Roberto Cardoso Consoni (Universidade Luterana do Brasil - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** A colecistite é uma inflamação da vesícula biliar, decorrente, na maior parte dos casos, da obstrução do duto cístico provocada por um cálculo. Já a colelitíase é a presença de cálculos no interior da vesícula biliar.

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por colecistite e colelitíase no Brasil de 2015 a 2020 considerando sexo, região, faixa etária e cor/raça.

**MÉTODO:** Realizou-se estudo epidemiológico retrospectivo utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), durante o mês de maio de 2021, filtrando por sexo, faixa etária, região brasileira e cor/raça no período de 2015 a 2020.

**RESULTADOS:** No período estudado, registrou-se 1.522.175 internações por colecistite e colelitíase no Brasil. Dessas, por região, a Sudeste (SE) registrou 597.938 (39%) internações, a Nordeste (NE) 377.395 (24%), Sul (S) 292.287 (19%), a Centro-Oeste (CO) 132.186 (9%) e a Norte (N) com 122.369 (9%). Já por faixa etária, de 0 a 9 anos ocorreram 5.055 (0,03%) internações, de 10 a 19 anos 44.418 (4%), de 20 a 29 anos 193.275 (12%), de 30 a 39 anos 302.217 (20%) , de 40 a 49 anos 303.582 (20%), de 50 a 59 anos 294.049 (20%), de 60 a 69 anos 223.512 (14%), de 70 a 79 anos 113.577 (7%) e com 80 anos ou mais 42.490 (3%). Quanto ao sexo, 355.828 (23%) foram masculinas e 1.166.348 (77%) femininas. Por cor/raça, 548.106 (36%) internações foram por pardos, 552.770 (36%) brancos, 49.747 (4%) pretos, 33.715 (1,5%) amarelos, 2.610 (0,5%) indígenas, 335.227 (22%) ignorados.

**CONCLUSÃO:** O sexo feminino apresentou prevalência em relação ao masculino. A região SE apresentou maiores internações no período em questão, o que pode ser justificado por apresentar maior densidade demográfica. Quanto à faixa etária, adultos jovens predominaram nas internações em relação às outras. Por fim, pardos e brancos internaram mais que outros.

**CONTATO AUTOR:** BÁRBARA FRANCCESCA BRANDALISE BASSANI | barbarafbassani@gmail.com

**1104587 – NEOPLASIAS PANCREÁTICAS: AS PRINCIPAIS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DESCRITAS NA LITERATURA**

**AUTORES:** Gabriel Lucena de Carvalho Soares (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Anna Julie Medeiros Cabral (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Andrei Rannieri D'Ávila Pedrosa Ferreira (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Bruna Furtado Gambarra ( Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Gabriel Moura Régis (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rebeca Medeiros de Oliveira (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Paulo Francisco Lucena de Araújo Espínola (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pâncreas apresenta um difícil prognóstico, apresentando sobrevida inferior a 10% em 5 anos e nos casos metastáticos diminui para 3%. Dessa forma, o desenvolvimento de terapias sistêmicas mais eficazes são necessárias, a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

**OBJETIVO:** Analisar as principais abordagens terapêuticas para o tratamento das neoplasias pancreáticas.

**MÉTODO:** Revisão do tipo integrativa, descritiva de estudos nacionais e internacionais das bases de dados: BVS, Scielo e PubMed, realizada em setembro de 2021. A fórmula de busca foi composta pelos descritores advindos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “Carcinoma Ductal Pancreático”, “Neoplasias Pancreáticas” e “Conduta do Tratamento Medicamentoso”, juntamente com o operador booleano “OR”. Posteriormente à aplicação da fórmula de pesquisa, 37 artigos foram encontrados nos últimos 5 anos. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 12 artigos foram selecionados por melhor se relacionarem com a temática do trabalho.

**RESULTADOS:** Os artigos selecionados reiteraram de forma geral a ressecção cirúrgica como a principal modalidade terapêutica curativa, com sobrevida de cinco anos em 10 a 15% dos pacientes com neoplasias pancreáticas. A terapia alvo, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia foram outras modalidades terapêuticas abordadas na literatura. A terapia alvo apresenta-se como promissora, através do uso de genes supressores de tumor de anticorpos monoclonais, que tem como alvo o ponto de verificação imunológico PD-1 / PD-L1. Dessa forma, há a ativação da resposta imune endógena e o uso de fatores antiangiogênese para bloquear a nutrição e o crescimento dos tumores. Contudo, essa técnica apresenta-se com caráter predominantemente paliativo. Apesar dos avanços nas abordagens cirúrgicas e o surgimento de novas opções de manejo terapêutico, o prognóstico do câncer de pâncreas não obteve um progresso satisfatório nas últimas décadas.

**CONCLUSÃO:** O presente estudo aponta as principais modalidades terapêuticas utilizadas no manejo terapêutico das neoplasias pancreáticas, ressaltando a importância do desenvolvimento de novas opções de tratamento mais eficazes, objetivando um melhor prognóstico da doença.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL LUCENA DE CARVALHO SOARES | [gabriellucenacs3@gmail.com](mailto:gabriellucenacs3@gmail.com)

# RELATOS DE CASO

## Cirurgia - Miscelânea

**101846 – Torção de Ovario direito por cisto aos 15 anos, associado a agenesia ovario-tubárica esquerda: relato de caso.**

**AUTORES:** Samuel Rabello (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Regis Vilela Leal (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Larissa Figueiredo Costa (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Wemerson Jose Correa Oliveira (Hospital Universitário Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Yasmin Abou Rahal (Unilago - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Rafaela Laís Silva Pesenti Sandrin (Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Juliano Rabello (Hospital e Maternidade Municipal Cyro Silveira - Iporã - Paraná - Brasil), Ygor Laurindo Albues Santos (Hospital Geral Universitário - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Karoline Aparecida Janones (Universidade Federal do Mato Grosso - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Carolina Morbeck Christoni (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** E.C.B., feminino 15 anos, virgem, da entrada pelo Pronto Atendimento do Hospital Santa Rosa encaminhada de outra unidade de saúde com queixa de dor iniciada há um dia em região abdominal continua predominantemente em hipogastrio. Tomografia de abdome total 23/07/2021: "Lesão anexial direita medindo 6,8x8,5x4,8cm". Realizado laparoscopia exploradora, evidenciado agenesia de tuba e ovário esquerdo, realizado Ooforoplastia videolaparoscópica associado a Pexia de ovário direito ao ligamento redondo. Paciente com boa evolução no primeiro pós-operatório recebendo alta e acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Apresentação clínica de torção ovariana em adolescentes pode diferir de outros pacientes devido a maior probabilidade algica abdominal difusa que a localizada em pelve. Para pacientes adolescentes com torção ovariana e um ovário normal, sugerimos ooforopexia em adição à detorsão, em vez de apenas detorsão ( Grau 2C ). Pacientes com ovários normais podem ter maior risco de torção recorrente do que aquelas com massa ovariana. A detorsão sem ooforopexia (mas com drenagem do cisto ou cistectomia) é realizada quando uma massa está presente. Considera-se, portanto, neste relato o realizar de recomendações o qual melhor no perfil do paciente avaliado

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Torsão ovariana em adolescentes é evento raro e quando associado a agenesia ovariana contralateral (malformação Mulleriana) pode acarretar consequências hormonais e psicológicas futuras, sendo a correção cirúrgica laparoscópica imediata o tratamento de escolha com preservação ovariana.

**CONTATO AUTOR:** SAMUEL RABELLO | samuel\_rabello@yahoo.com.br

## Cirurgia - Miscelânea

### 101879 – Relato De Caso: Hérnia Diafragmática De Morgani No Adulto

**AUTORES:** paula braga nunes (hospital regional sao sebastiao - santo antonio do amparo - Minas Gerais - Brasil), carla cintia ferreira (hospital regional sao sebastiao - santo antonio do amparo - Minas Gerais - Brasil), erly fernando ferreira dantas (hospital regional sao sebastiao - santo antonio do amparo - Minas Gerais - Brasil), tiago cunha de castro (hospital regional sao sebastiao - santo antonio do amparo - Minas Gerais - Brasil), henrique drumond braga (UFMG - belo horizonte - Minas Gerais - Brasil), elkin ebret charris silva (hospital regional sao sabastiao - santo antonio do amparo - Minas Gerais - Brasil), paulo de tarso vaz de oliveira (hospital regional sao sebastiao - belo horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** ECG, 50 anos, homem, etilista, procurou atendimento com cólica abdominal difusa há 5 dias, epigastralgia, vômitos, dispneia leve e constipação intestinal. Manteve-se estável, distensão abdominal, RHA aumentados, dor a palpação abdominal difusa e em ombro esquerdo (E), sem alterações em exames laboratoriais, eupnéico, sat O2 96% em ar ambiente, sonda nasogástrica com estase < 100ml 24horas. Radiografia de tórax (RXT) mostrou níveis hidroaéreos em cúpula diafragmática E. Tomografia computadorizada de abdome (TC) volumosa hérnia diafragmática á E com conteúdo de gordura mesentérica e flexura esplênica do colón, redução abrupta de seu calibre a jusante e dilatação a montante, com possibilidade de obstrução; além de atelectasia restritiva do parênquima pulmonar com finas faixas atelectasicas no lobo inferior visibilizado. Optado pela correção cirúrgica por laparotomia de urgência, com achados de hidrotórax e herniação de omento e fundo gástrico em região anterior do diafragma E.

**DISCUSSÃO:** A Hérnia de Morgani (HM) é uma hérnia diafragmática devido defeito congênito em região anterior, resultando no deslocamento de vísceras abdominais para o tórax por meio do triângulo esternocostal ou forame de Morgani. Rara no adulto, com incidência de 5%, predomina em mulheres, é mais prevalente à direita, pois o lado E é reforçado pelo coração e pericárdio. Normalmente são assintomáticos ou causam sintomas inespecíficos como náusea, vômitos, distensão abdominal pós-prandial, dor lombar, torácica ventilatório-dependente e referida em ombros. Comumente são descobertas ao acaso e podem complicar com encarceramento, estrangulamento, sofrimento e perfuração das vísceras abdominais configurando abdome agudo. Omento maior e estômago são os conteúdos mais comuns. Diagnóstico pode ser pelo RXT, com apagamento do seio costofrênico, elevação da cúpula diafragmática e imagens aéreas ou hidroaéreas no tórax. Porém, pela baixa especificidade, TC abdome ainda é o padrão ouro. O tratamento na urgência é a cirurgia aberta, com abordagem inicialmente abdominal, optando-se pela torácica em casos de dificuldade técnica. Nas eletivas, o tipo de cirurgia fica a critério do cirurgião e pode ser convertida a aberta devido risco de perfurações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** HM apesar de rara deve ser usada como diagnóstico diferencial no adulto para dor abdominal inespecífica. A maioria é diagnosticada com apenas exame clínico e RXT. Casos sintomáticos ou com herniações volumosas devem ser abordadas com urgência evitando graves complicações.

**CONTATO AUTOR:** PAULA BRAGA NUNES | paulinhabraga@hotmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### 101899 – Relato de caso: colecistectomia em paciente com sinistroposição verdadeira da vesícula biliar

**AUTORES:** João Ebram Neto (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Matteo Celano Ebram (Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Vitor Barros Calil (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Lucas Silva (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Rosa Maria Gaudioso Celano (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 75 anos, hipertenso, IMC (Índice de Massa Corpórea) de 29 (sobrepeso), sem cirurgias abdominais prévias. Realizou ultrassonografia de abdômen como exame de rotina, na qual foi detectada colelitíase (cálculos móveis medindo em média 0.4cm). Não apresentava sintomas. Foi encaminhado para o cirurgião geral e optou pela realização de colecistectomia videolaparoscópica profilática.

Durante a realização da colecistectomia, foi observado posicionamento da vesícula à esquerda do ligamento falciforme, condição rara denominada sinistroposição da vesícula biliar (SPVB). Adiante, foi identificado o triângulo de Calot, e então, foi realizada ligadura do ducto cístico e artéria cística. O tempo cirúrgico foi de 50 minutos. Não houve intercorrências durante o procedimento. O paciente recebeu alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** Uma série de variações anatômicas do posicionamento da vesícula biliar já foram descritas, entre elas: sinistroposição, medioposição, vesícula transversa e vesícula intra-hepática. Em relação à sinistroposição da mesma, há três tipos: associada à situs inversus visceralis; em casos nos quais o ligamento falciforme está posicionado à direita; e a sinistroposição verdadeira, quando não ocorrem as duas condições anteriormente citadas.

A variação de posicionamento da vesícula biliar pode dificultar o trabalho do cirurgião na exposição e identificação do triângulo de Calot, e desse modo, pacientes com SPVB são mais susceptíveis a iatrogenias. Diante disso, podem ser realizados, durante o procedimento, adequações técnicas como colocação extra de trocartes, falciform lift e ressecção do ligamento redondo.

Além disso, é importante a realização da colangiografia intra-operatória para melhor visualizar a disposição da árvore biliar, a fim de diminuir riscos de lesão da mesma.

Destaca-se que a SPVB é dificilmente diagnosticada na ultrassonografia de abdômen, sendo reconhecida na grande maioria das vezes durante o procedimento cirúrgico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A sinistroposição verdadeira da vesícula biliar é uma variação anatômica muito rara, normalmente identificada no próprio ato cirúrgico. A identificação adequada do posicionamento da vesícula e da anatomia da árvore biliar é de suma importância para que não haja iatrogenias. Adequações técnicas, conhecimento anatômico e uma equipe cirúrgica experiente são pré-requisitos para evitar maiores riscos cirúrgicos em casos como esse.

**CONTATO AUTOR:** MATTEO CELANO EBRAM | [matteocelano@usp.br](mailto:matteocelano@usp.br)

**Cirurgia - Miscelânea**

**101943 – HERNIAÇÃO DE RIM ESQUERDO EM ADULTO POR DEFEITO DE BOCHDALEK: CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA**

**AUTORES:** Henrique Cunha Mateus (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Henrique Nunes Hirata (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcos Henrique de Andrade Zaroni (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Chiaramelli (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caio Nasser Mancini (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Moreto Betini (Hospital Samaritano Higienópolis - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de um raro caso de uma Hérnia de Bochdalek em adulto, com herniação de rim esquerdo e baço acessório para tórax e seu tratamento cirúrgico por meio da videolaparoscopia. Seu diagnóstico foi realizado pela tomografia computadorizada. O paciente recebeu alta no quarto dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** A Hérnia de Bochdalek é considerada uma doença congênita resultante da falha do fechamento da membrana pleuroperitoneal no período intrauterino, promovendo uma falha de formação do forame diafragmático posterolateral. Este defeito acarreta na protrusão transdiafragmática do conteúdo abdominal para a cavidade torácica, configurando-se, então, em uma hérnia diafragmática congênita (HDC).

Entre as HDCs, cerca de 85% são do tipo Bochdalek. As HDCs possuem uma incidência de um a cada 2500 nascidos e são rotineiramente diagnosticadas entre o período neonatal e a idade pré-escolar, quando o paciente apresenta sintomas decorrentes de uma compressão do conteúdo herniado com o pulmão ipsilateral, encarceramento intestinal ou disfunção orgânica. A manifestação dos sintomas e sua morbidade são proporcionais ao tamanho da hérnia transdiafragmática da víscera ou do omento. As maiores Hérnias de Bochdalek, que normalmente se apresentam de forma sintomática logo após o nascimento, 80% dos casos são do lado esquerdo e os pacientes podem ter complicações graves, geralmente causadas por hipoplasia pulmonar. Ademais, estruturas retroperitoneais também podem passar pela falha, como gordura retroperitoneal ou rim.

Pequenas hérnias de Bochdalek podem permanecer assintomáticas e serem descobertas incidentalmente em exames de imagem. A incidência em adultos corresponde a apenas 0,17% a 6% dos casos, com predominância do lado esquerdo. Nestes, os sintomas podem se desenvolver tardiamente: dados da literatura descrevem intercorrências cardiovasculares, respiratórios e quadros obstrutivos abdominais em adultos e idosos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em suma, a Hérnia de Bochdalek é formada a partir de uma má formação do segmento posterolateral do diafragma. Ela deve ser corrigida independentemente da presença de sintomas por meio da cirurgia. Uma avaliação pré-operatória adequada do tamanho da falha é fundamental para o manejo correto da Hérnia de Bochdalek e exames de imagem são ferramentas úteis no diagnóstico.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO HENRIQUE NUNES HIRATA | [b.hirata@hotmail.com](mailto:b.hirata@hotmail.com)



**Cirurgia - Miscelânea**

**102054 – HÉRNIA INGUINAL URETERAL: RELATO DE CASO DE UM RARO COMPONENTE HERNIÁRIO TRATADO POR LAPAROSCOPIA**

**AUTORES:** Alan Junior de Aguiar (Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil), Thaísa Sami Nakadomari (Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil), Silvano Sadowski (Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil), Hector Sbaraini Fontes (Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil), Iwan Augusto Collaço (Hospital do Trabalhador - Curitiba - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de um paciente masculino, 70 anos, obeso e sem outras comorbidades, que vem à consulta com quadro de dor em fossa ilíaca a esquerda e abaulamento deste lado com poucos meses de evolução. Não há queixas de sintomas urinários, nem alterações na função renal. O estudo do caso foi complementado com um exame axial de tomografia computadorizada, onde se evidenciou que o ureter a esquerda se herniava por um anel inguinal dilatado deste lado. O paciente foi submetido a uma herniorrafia inguinal a esquerda pela técnica Transabdominal pré-peritoneal (TAPP) com prótese de tela de polipropileno. Após 30 dias do procedimento o paciente se encontrava completamente assintomático, com melhora dos sintomas que o trouxeram a consulta e com exame de tomografia para controle evidenciando o adequado tratamento da hérnia inguinal, com o ureter reduzido do conteúdo herniário e sem sinais de complicações.

**DISCUSSÃO:** A insinuação do ureter por uma hérniainguinoescrotal é uma condição rara, sendo que atualmente, são reportados cerca de 140 casos na literatura. As complicações deste tipo de hérnia costumam ser incomuns, e a maioria dos casos podem permanecer assintomáticos por muitos anos. Uma complicação possível corresponde a lesão inadvertida do ureter durante o reparo cirúrgico da hérnia.

Os principais sintomas são o abaulamento da virilha associado a falência renal inexplicada. Sintomas urinários como disúria, polaciúria, infecções de repetição e urgência são sintomas inespecíficos que podem estar presentes. O principal fator de risco isolado associado a essa condição é a obesidade, entretanto, um histórico de transplante renal também pode ser visto nesses pacientes. Exames complementares como tomografia computadorizada, ressonância magnética ou urografia são importantes armas para o diagnóstico.

Via de regra, o tratamento é cirúrgico e costuma ser feito por via convencional. O reparo por laparoscopia é descrito para o tratamento da hérnia inguinal ureteral com envolvimento da bexiga como componente herniário. Há na literatura, um relato de caso onde a hérnia inguinal ureteral foi tratada por com uso de tela inabsorvível assistida por robô.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Procedimentos minimamente invasivos são pouco relatados, mas podem ser feitos com sucesso, seja pela via laparoscópica como relatamos, ou até mesmo por via robótica. Demonstramos com isso a possibilidade de um tratamento pouco invasivo para uma condição que até então é tratada por via convencional.

**CONTATO AUTOR:** ALAN JUNIOR DE AGUIAR | alan.aja@hotmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**102104 – HÉRNIA DO ORIFÍCIO OBTURADOR ASSOCIADA A SUBOCLUSÃO INTESTINAL.**

**AUTORES:** EMMANUEL CONRADO SOUSA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS - Bahia - Brasil), FABRÍCIO BARBOSA MATOS (HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO - ITABUNA - Bahia - Brasil), ELEN VERUSKA FERNANDES COSTA (HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO - ITABUNA - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 86 anos, sexo feminino, emagrecida, com queixa de dor linguina esquerda com irradiação para face anteromedial da coxa esquerda. Procurou emergência com este quadro, sendo tratada com sintomáticos. Apresentou vômitos que foi imputado ao uso de analgésicos (tramadol). Recebeu alta e retornou no outro dia com mesma dor e quadros esporádicos e vômitos. Foi realizado TC abdômen sem contraste que visualizou distensão moderada de delgado devido a encarceramento de jejuno em orifício obturador a esquerda. Foi submetida a video laparoscopia que constatou alça de jejuno estrangulada pelo orifício obturador a esquerda, confirmando o diagnóstico da tomografia. Redução da alça mostrou pinçamento da borda antimesentérica sem sinais de perfuração ou necrose. Foi realizado dissecação do peritônio superiormente ao orifício obturador, redução do saco herniário, colocação de segmento de tela de polipropileno ocluindo orifício herniário e fechamento do peritônio parietal. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório recebendo alta no 3 dia.

**DISCUSSÃO:** A hérnia obturadora corresponde a menos de 1% das hérnias da parede abdominal. Ocorre principalmente em mulheres idosas e magras, entre 70 e 90 anos de idade. O forame obturador está localizado na face ântero-lateral da parede pélvica, formado pelos ramos do ísquio e púbis. Tem formato oval e é quase totalmente coberto por uma membrana fibrosa, a membrana obturadora. A única abertura é uma pequena área antero-superior por onde atravessam o nervo, a artéria e veia obturadora, atravessando o canal obturador a caminho de inervar a região obturadora ou adutora da coxa. Clinicamente o paciente pode apresentar a neuralgia do obturador: dor na virilha com irradiação medial para o joelho. Em fase mais tardia pode se apresentar como uma massa em região proximal da coxa, entre os músculos pectíneo e adutor longo, com equimoses em coxa, podendo sugerir necrose intestinal. O diagnóstico diferencial é principalmente com as hérnia femorais, podendo estar associadas. Quando houver suspeita clínica a investigação com exame de imagem (ultrassom, tomografia ou ressonância) podem esclarecer o diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com diagnóstico de hérnia do orifício obturador com sinais de suboclusão devem ser submetidos imediatamente a cirurgia, evitando necrose e perfuração intestinal. O acesso laparotômico ou laparoscópico podem ser utilizados, dependendo da condição clínica do paciente e a experiência do cirurgião.

**CONTATO AUTOR:** EMMANUEL CONRADO SOUSA | econrado@hotmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**102159 – PNEUMOPERITÔNIO IDIOPÁTICO, RELATO DE CASO**

**AUTORES:** PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), AMANDA MARTINS CHARNECA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), OTACÍLIO MARIANO NETO (SANTA CASA DE OURINHOS - OURINHOS - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MS, mulher, 69 anos, encaminhada ao pronto-socorro por dor abdominal aguda há 2 dias em região de mesogástrio, com leve melhora após analgesia. Apresentou leucocitose de 17000 (6% bast), sem mais alterações, em RX de abdome verificou-se pneumoperitônio. Paciente negou uso de medicações, referiu prática diária de exercícios físicos e negou trauma recente. Realizado laparotomia com saída de ar após abertura de aponeurose; a inspeção de cavidade por 4 vezes e manobra do borracheiro, sem visualização de perfuração em vísceras ocas,. Avaliado fígado e baço com anatomia preservada; não visto perfuração em diafragma. Após cirurgia, permaneceu internada por mais 4 dias para investigação, não sendo visualizado extravasamento de contraste de trato gastrointestinal em TC. Paciente recebeu alta ambulatorial após 30 dias assintomática.

**DISCUSSÃO:** O pneumoperitônio pode ser causado por condições cirúrgicas e não cirúrgicas (abdominais, torácicas e ginecológicas). No maior estudo uni-institucional pública do tema, avaliou-se nove pacientes em nove anos; em 66,6% dos casos a origem do pneumoperitônio foi abdominal: pneumatose cística intestinal, abscesso hepático, micro traumas da transição esofagogástrica por vômitos, trauma da parede gástrica após hiper insuflação gástrica durante ressuscitação cardiopulmonar e colite. Os achados intra operatórios e de exames complementares realizados não encontraram causa torácica e abdominal para o pneumoperitônio neste caso. Deve-se destacar que não houve ressuscitação cardiorrespiratória. Quanto as causas abdominais de pneumoperitônio não cirúrgico, não havia história de procedimentos endoscópicos, enemas ou punções percutâneas, assim como durante a exploração cirúrgica não evidenciou presença de cistos em parede do cólon. Pouco mais de 20 casos de pneumoperitônio sem causa comprovada foram descritos na literatura, no entanto, na maioria dos casos algumas suspeitas puderam ser feitas em virtude de condições clínicas associadas ao aparecimento do pneumoperitônio: pseudo obstrução do cólon, uso de drogas, efeito de radioterapia, além de outras. No presente caso, concluiu-se que o pneumoperitônio de fato, é idiopático, sem repercussões de outros sistemas também.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pneumoperitônio idiopático é condição rara (pouco mais de 20 casos descritos nos últimos 30 anos). A conduta cirúrgica é adequada visando excluir qualquer possível causa. Por ser pouco estudado, não há avaliação sobre o tratamento conservador nos casos descritos.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA MARTINS CHARNECA | amanda\_charneca@hotmail.com

Relato de caso

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102215 – HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA - RELATO DE CASO**

**AUTORES:** AULO V. JUDICE JR. (unimar - marília - São Paulo - Brasil), LUCAS M. JUDICE (UNIMAR - marília - São Paulo - Brasil), OTAVIO S. GIROTTO (UNIMAR - marília - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 62 anos, sexo feminino, do lar, queixa de desconforto respiratório aos esforços e dor torácica a esquerda em altura de transição de coluna tóraco lombar a aproximadamente 1 ano. Informa piora dos sintomas a 6 meses.

Em sua história prévia, informa ter realizado quadrantectomia de mama à direita a 4 anos, colecistectomia laparoscópica a 8 anos e que a 20 anos sofreu acidente automobilístico com traumatismo abdominal.

**DISCUSSÃO:** tipos de hérnia diafragmática

métodos de diagnóstico para hérnia diafragmática

tratamento cirúrgico da hérnia diafragmática

abordagem laparoscópica

utilização de tela no tratamento da hérnia diafragmática

tipos de tela

**COMENTÁRIOS FINAIS:** vantagens e desvantagens da cirurgia laparoscópica na hérnia diafragmática

**CONTATO AUTOR:** AULO V. JUDICE JR. | [ajudicejr@gmail.com](mailto:ajudicejr@gmail.com)

## Cirurgia - Miscelânea

### 102287 – Condiloma latum perianal: um relato de caso

**AUTORES:** Ana Paula Fernandes Braga (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Pedro Brum da Silveira Ferraz (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Emerson Abdulmassih Wood da Silva (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Luciano Ricardo Pelegrinelli (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Carlos Eduardo Oliveira Sodero (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Gustavo Roberto Carvalho Tiveron (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Aurélio Fabiano Ribeiro Zago (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, GMS, masculino, 43 anos, portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), diagnosticado em maio de 2018 e em tratamento desde novembro 2019 com TARV (Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir). Foi avaliado pela coloproctologia em março de 2020 devido lesão condilomatosa plana, envolvendo a região perianal em toda sua circunferência, estendendo-se lateralmente por cerca de 4 cm da borda anal. Na ocasião, apresentava-se com carga viral de 225, CD4 de 24,19% e sorologia para sífilis reagente, VDRL 1:256.

Foi optado por biopsia incisional da lesão em bloco cirúrgico sobre raquianestesia e sedação para melhor conduta. O anatomopatológico confirmou condiloma latum e foi indicado tratamento para sífilis secundária. Evoluiu com queda do VDRL e resolução completa da lesão perianal.

**DISCUSSÃO:** Lesões perianais são um grupo de condições inflamatórias, infecciosas e neoplásicas, por vezes de difícil diagnóstico e de manejo desafiador. A característica morfológica da lesão é o ponto inicial para o diagnóstico, mas pode não ser específica. Além disso, algumas doenças apresentam-se de diferentes formas.

Lesões ou outros sintomas envolvendo o ânus podem ser facilmente confundidos com outras condições, como fissura ou hemorroida, atrasando o tratamento. Pacientes e, às vezes, alguns médicos geralmente assumem que qualquer desconforto anal pode ser atribuído a doença hemorroidária e iniciam tratamento empírico.

Deve-se sempre suspeitar de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) para evitar erros diagnósticos. Os fatores de risco incluem: múltiplos parceiros sexuais, HIV positivo ou presença de outra DST, prática sexual anal desprotegida e homens que fazem sexo com homens.

Sífilis e herpes são as mais comuns responsáveis por lesões genitais em pacientes jovens sexualmente ativos. Desta forma, diante de lesões perianais, os pacientes devem ser submetidos a testes sorológicos e biopsia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As lesões perianais possuem amplo espectro de diagnósticos diferenciais, devendo, portanto, serem avaliadas por um especialista. Por meio do exame proctológico completo (incluindo anoscopia / retossigmoidoscopia), associado a análise clínica e laboratorial, o coloproctologista é capaz de indicar a necessidade de outros exames diagnósticos, o melhor tratamento e seguimento do paciente.

Destaca-se também a importância de o médico generalista sempre manter suspeição para DSTs e realizar o exame físico proctológico para adequado manejo e encaminhamento do paciente.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA FERNANDES BRAGA | anapaulavibra@gmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### 102324 – Colangite secundária a síndrome de Lemmel: relato de caso

**AUTORES:** JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUÍNO (HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), JOÃO ANTONIO AYRES DA MOTTA TEODORO (HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), GIOVANNA DE FÁTIMA SILVA CAVALCANTI DE ANDRADE (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), DIEGO FABRÍCIO RIBEIRO (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), ÍTALO DE MOURA SOUSA (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), VINÍCIUS JOSÉ NASCIMENTO (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), MARCELA FERNANDA DE SALES TAVARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), RODRIGO CARTAXO ELOY DE SOUZA (HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), JOÃO PEDRO DE MORAES FERREIRA (HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.A.P., sexo feminino, 84 anos, Performance Status de 50% por múltiplas comorbidades, admitida com dor abdominal, icterícia há dois meses, evoluindo com febre, calafrios e vômitos. Laboratório com leucocitose e Bilirrubina de 5,2. Tomografia computadorizada e colangiorressonância sugeriram obstrução de via biliar por divertículo duodenal de 4cm, que impossibilitou acesso endoscópico à papila duodenal. Realizada abordagem cirúrgica, com achado de: vesícula biliar perfurada e com abscesso bloqueado, associada a dilatação de via biliar. Como o abscesso poderia mimetizar a imagem de divertículo duodenal, foi realizada colangiografia intraoperatória mantendo-se o padrão obstrutivo. Procedeu-se à coledocoduodenoanastomose, em virtude de idade avançada, com boa evolução e sem complicações abdominais.

**DISCUSSÃO:** A colangite aguda é diagnosticada seguindo os critérios de Tokyo (2018), a partir de: a) inflamação, comprovada pela febre e leucocitose; b) alteração de enzimas hepáticas, como hiperbilirrubinemia; e c) dilatação de vias biliares ou fator obstrutivo à imagem. O fator obstrutivo mais comum descrito é a coledocolitíase, existindo ainda outras causas como neoplasias e estenoses benignas (congenitas, iatrogênicas ou inflamatórias). A obstrução de vias biliares secundária a divertículos duodenais é causa rara e recebe o nome de Síndrome de Lemmel, descrita originalmente em 1934. Os divertículos duodenais são encontrados em 10-20% dos exames endoscópicos de rotina e são geralmente assintomáticos. Sintomas são raros e geralmente decorrente de complicações, como hemorragia, pancreatite ou perfuração. A compressão extrínseca da via biliar pelo divertículo é rara e pode evoluir com infecção e colangite. O diagnóstico pode ser feito por métodos de imagem e endoscópicos e necessita da exclusão de outros fatores obstrutivos. Por ser condição rara, não há consenso sobre o tratamento. O manejo endoscópico com diverticulectomia ou esfínterectomia, bem como o manejo cirúrgico com desvio do trânsito biliar podem ser considerados de acordo com o risco.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Síndrome de Lemmel é causa rara de icterícia obstrutiva, que deve ser incluída no diagnóstico diferencial de obstrução biliar quando um divertículo duodenal periampular é demonstrado nos exames de imagem. O caso relata a condução de paciente que evoluiu com colangite e perfuração de vesícula biliar, tendo como tratamento definitivo a coledocoduodenoanastomose, com boa evolução.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**102341 – Dedifferentiated liposarcoma of the gallbladder: First reported case**

**AUTORES:** Adriano Carneiro da Costa (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Fernando de Santa Cruz Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Luís Henrique de Albuquerque Leão (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Lucas Ribeiro Coutinho (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Daniel Tenorio Camelo Soares (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), José Luiz Figueiredo (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil), Alvaro Antonio Bandeira Ferraz (Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A 71-year-old woman was referred to the Surgical Oncology Division due to a solid mass at the right side of the abdomen and fever, with no signs of jaundice. Abdominal ultrasonography and computed tomography (CT) evidenced an extensive gallbladder lobular formation adhered to the inferior border of the right hepatic lobe and cholelithiasis. The CT report suggested gallbladder liposarcoma. A cholecystectomy associated with resection of segments IV-B and V of the liver were performed. Intraoperative frozen sections were compatible with gallbladder sarcoma. Anatomopathological examination and immunohistochemistry confirmed dedifferentiated liposarcoma with foci of heterologous leiomyosarcomatous differentiation and undifferentiated fusocellular areas of high histological grade.

**DISCUSSÃO:** Liposarcoma (LPS) of the gallbladder is one of the least common sarcomas, with only five cases reported in the literature according to our knowledge. The mean age at diagnosis of LPS among the five cases reported in the literature and ours is  $67.17 \pm 10.11$  years, and there is a prevalence of 83.33% of female patients.

Regarding the localized disease, surgical resection with clear margins remains to be the mainstay of treatment for LPS. The use of systemic therapy does not improve the course of the disease, except in cases of myxoid liposarcoma, which is more chemosensitive and radiosensitive than the others subtypes. Similarly to the pleomorphic liposarcoma, the dedifferentiated liposarcoma is a high grade and aggressive tumor, typically chemoinensitive and radioinsensitive, in which cases the benefit of systemic therapy has been reported to be minimal.

The prognosis of patients with gallbladder liposarcoma is poor, because these are tumors with an aggressive behavior and, generally, present high rates of recurrence and metastasis. Taking this scenario into consideration, it is expected that, in the future, the patient of our case may require further surgical procedures in order to resect possible sites of metastasis, such as happened in the cases described by Hamada et al. and Bader et al.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** To sum up, among the five cases of gallbladder liposarcoma ever reported in the literature to date, only two histological types were identified (1 pleomorphic liposarcoma and 4 myxoid liposarcoma). Our case stands as the first case of subtype dedifferentiated liposarcoma of the gallbladder to be reported.

**CONTATO AUTOR:** LUIS HENRIQUE DE ALBUQUERQUE LEAO | luishenriqueleao.ufpe@gmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### 102350 – Achado incidental de GIST durante laparotomia em paciente com abdome agudo - Relato de Caso

**AUTORES:** LUÍSA ZANATELLI BRASIL BASTOS (HOSPITAL DO ROCIO - Campo Largo - Paraná - Brasil), MARINA Luísa Zanatelli BOFF (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Victoria Langer CECHIN (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), EMANUELY Luísa Zanatelli FREYHARDT (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Fernando Roberto Schmidt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Diego Carvalho Duarte Mari (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Brenno Giovanni Hernando Vidotti (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Maikele Ertel (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), John Carlos Claros Terrazas (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.I.C.F., feminino, 72 anos, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito (HCD) associada a náuseas e vômitos 3 dias antes da admissão. Na admissão paciente com dor difusa em todo o andar superior do abdome. Inicialmente suspeitou-se de colecistite, sendo descartada após ecografia. Optou-se por realizar tomografia computadorizada de abdome total que mostrou uma massa em fundo gástrico, borramento peri-apendicular sugestivo de apendicite, e massa anexial a direita com característica heterogênea. Devido às alterações encontradas optou-se pela realização de laparotomia exploradora. No intra-operatório confirmou-se o diagnóstico de apendicite, e foram realizadas apendicectomia e as excisões de ambas as massas com encaminhamento para anatomopatológico (AP). O resultado do AP associado a imuno-histoquímica da lesão ovariana apresentou-se compatível com tumor de Brenner, sem critérios para malignidade. Enquanto a lesão em fundo gástrico veio compatível com Tumor estromal gastrointestinal (GIST). Na sequência a paciente foi encaminhada para o ambulatório da cirurgia oncológica, aonde foi realizado estadiamento, sem indicação de complementação de tratamento. Seguindo em acompanhamento ambulatorial atualmente.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico de apendicite é mais comum em pacientes adultos jovens, porém esse fator não é suficiente para descartar a hipótese diagnóstica. Já o diagnóstico de GIST é prevalente em pacientes com idade média acima de 50 anos – compatível com a idade da paciente. Alguns trabalhos mostram o diagnóstico incidental de casos de GIST, que muitas vezes é assintomático. Podendo se apresentar como um quadro de dor abdominal associada a náuseas, vômitos e leucocitose, mimetizando um caso de apendicite. Os casos de GIST estão associados à complicações pelo diagnóstico tardio, a identificação precoce é essencial para o melhor desfecho. No caso em questão, a apendicite proporcionou o diagnóstico tumoral, sua ressecção precoce, bem como a não-necessidade de complementação do tratamento – baseado em margens livres com ressecção R0, ausência de lesões adjacentes e a distância no estadiamento - usualmente realizada com imatinibe.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A limitação de manifestações clínicas associadas ao GIST dificulta o reconhecimento e tratamento precoces. O presente trabalho tem a intenção de recordar da importância de se aventar essa possibilidade diagnóstica, bem como de realizar a ressecção cirúrgica sempre que possível.

**CONTATO AUTOR:** LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS | luh.telli@gmail.com



## Cirurgia - Miscelânea

### 102379 – Colecistite aguda causada por perfuração de cólon transverso por corpo estranho - Relato de Caso

**AUTORES:** Luísa Zanatelli Brasil Bastos (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Marina Boff (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Victoria Langer Cechin (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Alexandre Coltro (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.S., 51 anos, masculino, encaminhado ao hospital por quadro de dor em hipocôndrio direito com início há 5 anos, associado a febre e hiporexia. Sem alterações em fezes ou urina. No momento da admissão paciente apresentava abdome globoso, com dor à palpação superficial em hipocôndrio direito e com presença do sinal de Murphy, internado devido a suspeita de colecistite. Optado em realizar Tomografia Computadorizada de Abdome Total devido a maior disponibilidade no serviço, evidenciando borramento de gordura perivesicular e coleção em região subhepática. Devido às alterações encontradas optou-se pela realização de laparotomia com incisão subcostal direita. Durante ato operatório visualizado bloqueio em vesícula biliar, com presença de corpo estranho (palito de dente) perfurando vesícula biliar, segmento hepático V e cólon transverso em ângulo hepático. Realizada colecistectomia, retirada de corpo estranho do fígado e rafia do cólon no local de orifício de saída do corpo estranho seguido de encaminhamento da peça para anatomopatológico (AP) que evidenciou colecistite aguda gangrenada. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico no 1º pós operatório, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A ingestão de corpo estranho (CE) em adultos é considerada rara quando em comparação com a população pediátrica, sendo que em 95% dos casos a ingestão é considerada acidental e geralmente está relacionada com a alimentação. Em adultos, quando ocorre, é também relacionada com alcoolismo e doenças psiquiátricas. A maioria dos casos de ingestão de CE (80% - 90%) resolve-se sem a necessidade de intervenção. Endoscopia digestiva é necessária em 10 a 20% dos casos, enquanto o tratamento cirúrgico em apenas 1%. A presença de corpo estranho perfurando o trato gastrointestinal e a vesícula biliar causando um quadro de colecistite é raro e pouco descrito na literatura e, quando ocorre, a perfuração costuma ser no estômago ou duodeno.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Enquanto que a maioria dos casos de ingestão de CE resolve-se espontaneamente, os casos que apresentam complicações demonstram-se um desafio diagnóstico devido a dificuldade em identificar o objeto através dos exames de imagem. O presente trabalho auxilia em recordar a importância de considerar este diagnóstico diferencial em casos de dor abdominal mesmo que exames de imagem não sejam capazes de detectá-los dependendo de sua composição, além de reportar uma apresentação de perfuração em sítio atípico

**CONTATO AUTOR:** LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS | luh.telli@gmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**102428 – ASCITE QUILOSA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

**AUTORES:** MARIANA FRANCO BARBOSA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), BRUNA LUSTOSA FERREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente H.B.S., 44 anos, em investigação ambulatorial por quadro de ascite volumosa, hidrocele esquerda, edema bilateral de membros inferiores, hérnia inguinal esquerda e umbilical no decorrer de 2 anos de sintomatologia. Na tentativa de traçar um fator causal foram feitos testes para filariose, rastreio laboratorial e radiológico de função hepática, varredura de lesões neoplásicas e análise de amostras teciduais, porém até o presente momento sem uma evidencia concreta de patologia de base. Optou-se por procedimento cirúrgico de correção de hérnia umbilical recidivada, hidrocele e drenagem de cavidade com retirada de 7,5 litros de líquido quiloso esbranquiçado e novas biópsias teciduais.

**DISCUSSÃO:** A ascite quilosa é um achado presente em um leque de patologias distintas, que de maneira geral tem o manejo terapêutico difícil e alta morbidade. Pode ser decorrente pós trauma abdominal, cirurgias anteriores ou até mesmo de doenças infecciosas como a filariose. A ascite quilosa tem incidência estimada em 1 para 20.000 admissões em um grande hospital universitário<sup>1</sup>, com 3 mecanismos básicos para seu desenvolvimento: obstrução linfática, patologias oncológicas que causam extravasamento de linfa para a cavidade peritoneal;

e obstrução do ducto torácico por trauma ou iatrogênico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar do seguimento do paciente e esforços investigatórios a definição das causas de ascite quilosa se mantêm uma dificuldade para o tratamento definitivo desse quadro. Podendo ser optado o tratamento cirúrgico após tentativas de controle terapêutico com medidas clínicas e comportamentais.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA FRANCO BARBOSA | mfrancobarbosa@gmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**102433 – LESÃO DA VESÍCULA BILIAR NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO.**

**AUTORES:** EDUARDO PATRICIO CANO HUACHIN (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), RAFAEL PEDROZA CORTES MARQUES (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), MARIANA FRANCO BARBOSA (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), LAIS SOARES FERRARI (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), CRISTAL GEOVANA BARUFF BRITTO CUNHA (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), BRUNA LUSTOSA FERREIRA (HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** G.V.F, 56 anos, homem, sem outras comorbidades conhecidas ou antecedentes cirúrgicos prévios.

Da entrada após colisão frontal auto x auto em alta velocidade, usando cinto de segurança. Referindo dor abdominal difusa, ao exame físico apresentava dor abdominal a predomínio do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames iniciais evidenciaram queda discreta da hemoglobina, aumento de transaminases. A TC de abdome apresentou sinais de líquido livre perihepático, esplênico e nas goteiras parietocólicas, contendo material denso, sugestivo de hemoperitônio e presença de alguns rastilhos metálicos na topografia do hipocôndrio direito, sem outras alterações nos órgãos intra-abdominais. Após 48 horas estabilizaram-se os níveis de hemoglobina e transaminases, porém com persistência da dor, assim como aumentou o líquido livre com maior evidência dos rastilhos metálicos. Indicamos a laparotomia que evidenciou saída de abundante quantidade de líquido bilio-hemático, com perfuração da vesícula biliar no fundo, com saída de cálculos no hipocôndrio direito e laceração hepática menor de 1 cm, adjacente ao leito vesicular. Sendo realizada a cauterização da lesão hepática, extração dos cálculos da cavidade abdominal, seguido de colecistectomia com drenagem da cavidade. Não se evidenciaram outro tipo de lesões de outros órgãos, nem das vias biliares extra-hepáticas. Paciente permaneceu sem intercorrências pós-operatórias.

**DISCUSSÃO:** A lesão traumática da vesícula biliar é rara. Sua incidência geral varia de 0,8 a 2,1% em pacientes com algum tipo de traumatismo abdominal. Quando por causa de trauma abdominal fechado o quadro clínico é insidioso. A presença de bile estéril na cavidade peritoneal causa irritação discreta. Um alto índice de suspeita é necessário para fazer o diagnóstico na fase inicial. Por isso o diagnóstico é geralmente feito somente no intraoperatório. A presença de lesões associadas é comum nesses tipos de trauma, sendo a hepática a mais comum.

A tomografia de abdome com contraste foi uma ferramenta fundamental para o diagnóstico deste caso, já que mostrou evidências de hemoperitônio, sem outras alterações, que juntamente com o fato do paciente não ter ciência que era portador de litíase vesicular foi um desafio no diagnóstico deste quadro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A avaliação conjunta e seriada do mecanismo de trauma, apresentação clínica, exames laboratoriais e exames de imagem foram fundamentais para à indicação cirúrgica precoce deste caso. Assim como à alta suspeita clínica

**CONTATO AUTOR:** EDUARDO CANO HUACHIN | edurule@gmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### 102439 – Duplicidade de vesícula biliar como achado perioperatório

**AUTORES:** Gustavo Costa Marques Lucena (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Guilherme Seronni (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Sergio Henrique Navarro Junior (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Thiago Henrique Sigoli Pereira (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Jorge Carnesecca (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Víctor Antônio Peres Alves Ferreira Avezum (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rafael Kemp (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Ajith Kumar Sankarankutty (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), José Sebastião dos Santos (USP-RP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 34 anos de idade, com dor biliar, sem complicações prévias. Na ultrassonografia foi visualizada a vesícula biliar com cálculos, sem dilatação de vias biliares; a tomografia realizada, previamente, em contexto de dor abdominal não demonstrava alterações.

Foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica e diante da suspeita peroperatória de vesícula biliar duplicada optou-se pela realização de colangiografia que demonstrou dois ductos císticos que se fundiam antes de sua junção com o colédoco e que compartilhavam uma artéria cística. A paciente evoluiu sem intercorrências, com alta no primeiro dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** A duplicidade de vesícula biliar faz parte de um grupo de variações anatômicas relacionadas à organogênese anormal dos ductos biliares. A classificação mais utilizada é a de Harlaftis modificada, que divide esta condição em 4 tipos.

O presente caso é o tipo 2 de Harlaftis com formato em Y (Y-shaped) com duas vesículas biliares e dois ductos císticos que se fundem antes da junção com a via biliar principal.

Entre 24% a 50% dos pacientes não têm o diagnóstico de duplicidade de vesícula biliar no pré-operatório, à semelhança do presente caso, o que melhoraria a programação cirúrgica e minimizaria a probabilidade de lesões iatrogênicas. Em casos sem diagnóstico pré-operatório, a dissecação cuidadosa, seguindo os passos para colecistectomia segura, a suspeição para a variação anatômica e a realização de colangiografia intra-operatória permitem o diagnóstico na maioria das vezes. Mesmo assim, o diagnóstico pode passar despercebido e o paciente pode vir a necessitar de reoperação no futuro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico pré-operatório de duplicidade de vesícula biliar é examinador dependente. Em casos suspeitos deve-se realizar a colangiorrressonância para melhor definição anatômica e identificação do número de vesículas biliares e do trajeto do(s) ducto(s) cístico(s). Estas medidas reduzem o risco de complicações intra-operatórias e reoperação. O cirurgião e o radiologista devem estar atentos a este diagnóstico pois o alto índice de suspeição favorece melhores resultados.

**CONTATO AUTOR:** GUSTAVO COSTA MARQUES DE LUCENA | [gustavocmlucena@gmail.com](mailto:gustavocmlucena@gmail.com)

## Cirurgia - Miscelânea

### 102482 – Cisto esplênico: relato de caso

**AUTORES:** Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Décio Luiz da Silva Mazzini (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Ciro Carneiro Medeiros (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Christian Bornia Mattavelli (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Antonio Henrique Rebolho Batista da Silva (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Igor Arantes Góes (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Juliana Yassmin Alves da Costa (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 20 anos, dor abdominal de moderada intensidade em hipocôndrio esquerdo há 1 ano com piora há 3 meses associada ao aumento do volume abdominal de forma assimétrica, mais acentuada à esquerda. Realizou USG de abdome total evidenciando baço de dimensões aumentadas, ocupado por nódulo cístico isoecogênico com finos debris em suspensão, aspecto espesso, medindo cerca de 21,9 x 20,2 x 18,2cm (Volume subestimado: 4216cm<sup>3</sup>), ultrapassando a linha média e estendendo-se para a fossa ilíaca esquerda, comprimindo órgãos adjacentes. Paciente submetida à laparotomia exploradora, que revelou volumoso cisto esplênico, submetida a esplenectomia. Sem demais achados intraoperatórios. Não houve complicações no período pós-operatório, e a alta hospitalar ocorreu no terceiro dia. Na avaliação macroscópica peça medindo 20x11x7cm pesando 415g. No corte presença de cavidade cística medindo 17cm parede espessada e esbranquiçada. No estudo microscópico, parênquima esplênico com leve expansão da polpa vermelha com áreas de fibrose e presença de formação cística revestida de epitélio escamoso estratificado sem atipia não foram observados parasitas. A cultura do líquido do cisto negativa. Anatomopatológico cisto epitelial esplênico.

**DISCUSSÃO:** A paciente apresentada referiu conhecimento prévio do cisto devido a exame de imagem realizado na adolescência, porém assintomática até então. Cisto evoluiu com aumento progressivo, quando iniciaram os sintomas de dor e náuseas provavelmente relacionados a distensão da cápsula esplênica.

Cistos esplênicos são raros e em sua maioria os cistos são assintomáticos e diagnosticados de forma incidental em exames de imagem, acometem mulheres entre 2ª e 3ª década de vida sendo em sua maioria benignos sem componente sólido, podendo acometer a faixa etária pediátrica. O diagnóstico é feito através de exames de imagem, sendo que a forma definitiva apenas com anatomopatológico. Podem causar náusea, vômito e dor abdominal por compressão local. O tratamento é a esplenectomia principalmente para cistos grandes com mais de 5cm, pois esses têm maior chance de complicações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se tratar de acometimento incomum, os cistos esplênicos são diagnósticos diferenciais de visceromegalias abdominais em pacientes jovens. Faz-se necessário o exame de imagem para elucidação diagnóstica. A terapêutica envolve abordagem cirúrgica, minimamente invasiva ou conservadora, sendo a melhor conduta aplicada baseada na particularidade de cada caso

**CONTATO AUTOR:** MONIQUE RAQUEL BARBOSA DE QUEIROZ FONSECA | monique\_rbfonseca@hotmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104236 – TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST): UM RELATO DE CASO**

**AUTORES:** Herlon Lucena Figueiredo (Hospital Otávio de Freitas - Recife - Pernambuco - Brasil), Lucas Freitas França (Hospital Agamenon Magalhães - Recife - Pernambuco - Brasil), Rodrigo Lapenda Moraes Barbosa (Hospital Agamenon Magalhães - Recife - Pernambuco - Brasil), Pedro Luna Souto Quidute (Hospital Agamenon Magalhães - Recife - Pernambuco - Brasil), Juliana Maria Farias Costa (Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Bárbara Coelho Melo Alves (Universidade Maurício de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Maria Carolina Carrazzoni Galindo Firmo (Faculdade de Medicina de Olinda - Recife - Pernambuco - Brasil), Maria Fernanda Dias Correia Araujo (Faculdade de Medicina de Olinda - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 65 anos, com quadro de dor abdominal de início súbito em hipocôndrio esquerdo há 15 dias, associada a abaulamento na mesma topografia, nega constipação, náuseas, perda de peso e febre. Diagnosticada com tumor de cólon esquerdo perfurado com metástase hepática. Paciente submetida a laparotomia exploratória com esplenectomia, colectomia esquerda à Hartmann por tumor avançado de cólon esquerdo e colostomia em cólon transverso. Entre os achados cirúrgicos, presença de bloqueio intenso em hipocôndrio esquerdo envolvendo cólon esquerdo, baço e grande curvatura do estômago, por lesão sólida, perfurada e com necrose, além de lesão sólida em segmento hepático IVB. Paciente evolui hemodinamicamente estável em pós operatório, permanecendo em acompanhamento ambulatorial. Resultado de exame histopatológico da peça operatória com conclusão de Tumor Estromal Gastro-Intestinal (GIST) em cólon, de baixo grau histológico, margens livres e presença de necrose em 40% da amostra.

**DISCUSSÃO:** Os GISTs, apesar de serem raros, são considerados as lesões subepiteliais malignas mais comuns do TGI, sendo mais frequentes no estômago, intestino delgado, cólon, reto e esôfago. Geralmente quando aparecem no cólon seu principal quadro clínico consiste em dor, presença de massa abdominal, constipação e sangramento retal, podendo apresentar maior potencial de malignidade. O estudo demonstrou uma variante no caso relatado, o GIST de colón, que se portou como um adenocarcinoma gerando obstrução e invadindo estruturas adjacentes. Porém, 15 a 30% dos pacientes podem ser assintomáticos, tendo o diagnóstico incidentalmente. Os GISTs são frequentemente encontrados na endoscopia, sendo esse o melhor exame para o diagnóstico. Em relação ao manejo terapêutico, em sua maioria, a base do tratamento é a ressecção cirúrgica. Naqueles irresssecáveis, recorrentes ou metastáticos, é possível utilizar os inibidores da tirosina quinase como tratamento. A taxa de recidiva em 5 anos varia de 10 a 40% em pacientes submetidos a ressecção cirúrgica, sendo o prognóstico influenciado pelo tamanho e índice mitótico do tumor.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como relatado, os GIST's, mesmo que raros, apresentam alta tendência à malignidade. Desse modo, diagnóstico precoce, tratamento correto e acompanhamento rigoroso são essenciais. Logo, o caso relatado traz luz à importância da compressão da patologia na formação médica pois o conhecimento de tais variantes se torna primordial para um melhor prognóstico.

**CONTATO AUTOR:** JULIANA MARIA DE FARIAS COSTA | julianamfcosta@yahoo.com.br

## Cirurgia - Miscelânea

### 1104255 – Proctite e lesão perianal por linfogranuloma venéreo: um relato de caso

**AUTORES:** Ana Paula Fernandes Braga (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Carlos Eduardo Oliveira Sodero (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Pedro Brum da Silveira Ferraz (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Emerson Abdulmassih Wood da Silva (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Luciano Ricardo Pelegrinelli (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Gustavo Roberto Carvalho Tiveron (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Aurélio Fabiano Ribeiro Zago (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Anyta Laura Silva Cardoso (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 25 anos, soropositivo por transmissão vertical. Iniciou uso de terapia antirretroviral (TARV) ao diagnóstico até os 17 anos, quando passou ao uso irregular. Refere uso de drogas ilícitas aos 18 anos e relação sexual anal receptiva. Retornou acompanhamento ambulatorial e uso de TARV em 2019.

Foi encaminhado ao ambulatório de coloproctologia devido à dor e queimação anal e à presença de lesão perianal. Refere febre não aferida e 3 evacuações diárias líquidas com sangue e pus. No exame proctológico, presença de placa verrucosa com bordas elevadas, com ulceração central extensa, de cerca de 4 cm, às 9 horas. Sem alterações à manobra de Valsalva. À palpação, nota-se placa de consistência endurecida ao redor da úlcera. Toque retal: esfíncter normotônico, sem sangue em dedo de luva. Anuscopia: mucosa retal com edema e enantema com saída de pequena quantidade de sangue e pus.

Colonoscopia em julho/19: Preparo intestinal bom, até o íleo terminal. Retite moderada com múltiplas lesões aftosas, algumas recobertas de fibrina. Realizadas biópsias. Demais segmentos com mucosa colorretal macroscopicamente sem alterações.

Anatomopatológico julho/19: Reto: mucosa do tipo colônica com ulceração e inflamação crônica produtiva intensa (criptite). Sem inclusões virais na amostra.

Biopsia excisional de lesão perianal: hiperplasia pseudoepiteliomatosa suprajacente a intensa inflamação crônica exsudativa com formação de granulomas supurativos.

Foi levantada hipótese de linfogranuloma venéreo e então iniciado tratamento com Doxiciclina 100 mg de 12/12 horas durante 21 dias. Paciente evoluiu com melhora total da proctite e boa cicatrização da ferida operatória, sem complicações.

**DISCUSSÃO:** Linfogranuloma venéreo é uma doença sexualmente transmissível, causada pela *Chlamydia Trachomatis* dos sorotipos L1-3. Pode causar linfadenopatia, úlcera genital, proctite, fístula anorretal e estenose. O teste diagnóstico é a reação em cadeia de polimerase, cuja disponibilidade é limitada. Neste caso, o tratamento deve ser iniciado de forma empírica e é realizado com Doxiciclina 100 mg duas vezes ao dia por 3 semanas ou até persistirem os sintomas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Destacamos a importância dos diagnósticos diferenciais de proctite e lesões perianais em pacientes HIV positivos.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA FERNANDES BRAGA | anapaulavibra@gmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### **1104273 – COBERTURA TEMPORÁRIA DA CAVIDADE ABDOMINAL COM CURATIVO À VÁCUO. O DESAFIO NO MANEJO DAS PERITONEOSTOMIAS. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

**AUTORES:** CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ADRIANA BASSANI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI (UNIMAR - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), LETÍCIA FIRMINO SATO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ANTONIO BUENO MORAES NETO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), FELIPE NARCISO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), JAMES FERNANDO MACHADO MUNIZ DE SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), JULIA AIRES MARANGONI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), AMANDA CAROLINE DÒNOFRE GARCIA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), LUCAS MARINS BENEDETI (UNISALESIANO - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** S.A.S, 52 anos, masculino, etilista de longa data. Foi internado com quadro de pancreatite crônica agudizada e necrose pancreática difusa. Inicialmente apresentou evolução satisfatória apesar da manutenção de níveis elevados de amilase, porém a partir do décimo quinto dia de internação, apresentou sinais de necrose infectada peri-pancreática, que iniciou uma série de intervenções cirúrgicas para necrosectomia e sequestrectomias, conduzindo o caso ao difícil manejo das peritoneostomias e curativos diários. O objetivo desse trabalho é o de revisar sistematicamente a literatura e propor uma técnica simples e barata para realização de curativos à vácuo factíveis em hospitais de menor complexidade e sem investimentos de grande monta.

**DISCUSSÃO:** Os métodos utilizados para a cobertura temporária da cavidade abdominal devem apresentar características simples como material de fácil disponibilidade, fácil acesso à cavidade, reduzir a perda de líquidos, possibilitar a quantificação da perda de secreções no caso de fístulas, proteção das vísceras, baixo custo e facilitar o fechamento definitivo. Diversas técnicas têm sido descritas, mas em regra utilizam-se telas absorvíveis ou não e/ou uma folha de material impermeável com objetivo de diminuir as perdas hídricas e calóricas. As telas inabsorvíveis podem ser constituídas de nylon, polipropileno ou Dácron e as de material absorvíveis como a poligalactina e o PTFE de consistência mais mole, parecerem reduzir a incidência de fistulização, por uma resposta inflamatória local menos intensa.

Nossa opção foi a utilização da chamada “bolsa sanduíche” com drenagem à vácuo em aspirador com pressão de 100 mm Hg, que associou bolsa de Bogotá (bolsa estéril coletora de urina), esponjas estéreis destacadas manualmente da escova de antisepsia cirúrgica e campo cirúrgico auto aderente de 50 cm x 30 cm.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As peritoneostomias ou laparostomias, são estratégias cirúrgicas usadas em várias situações. Foram desenvolvidas diversas técnicas para cobrir temporariamente a cavidade peritoneal. A mais conhecida e mais difundida em nosso meio é a bolsa de Borráz, mais conhecida como bolsa de Bogotá. Observamos que a contenção das vísceras, o controle das secreções e a tolerabilidade do paciente foi alcançada com a pressão descrita. Concluímos que a cobertura temporária pelo método descrito, com curativo à vácuo é opção segura, de baixo custo e fácil execução pelo cirurgião muitas vezes afastado dos grandes centros.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com



## Cirurgia - Miscelânea

### 1104291 – Pancreatite aguda por áscaris lumbricoides: relato do caso

**AUTORES:** Luiza Seganfredo Mainardi (Hospital Santo Antônio - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Nathalia Beck Corrêa (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernanda Carlotto (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Alessandra Morassutti (Instituto de Patologia de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 65 anos, obeso mórbido, dá entrada na emergência em função de dor abdominal, febre e vômito. Apresentava amilase 1286 U/L, lipase 1147 U/L e tomografia computadorizada (TC) do abdome confirmava pancreatite aguda sem complicações. Ultrassonografia (USG) do abdome identifica áscaris em vesícula biliar. Após tratamento clínico, submetido a videocolecistectomia, que transcorreu sem intercorrências. Retornou após uma semana com quadro de anemia e piora clínica. TC abdome controle evidenciou líquido pararenal à esquerda e lesão em lobo esquerdo do fígado. Solicitada colangioressonância magnética, que paciente não realizou em função de incompatibilidade de seu peso com a máquina. Após alguns dias, e mantendo tratamento conservador, realizou nova TC abdome, que evidenciou aumento da lesão hepática, surgimento de coleções peripancreáticas, esplenomegalia e líquido livre. Após tentativa de passagem de Sonda Nasoentérica via endoscópica, paciente broncoaspirou, necessitando de intubação orotraqueal, sendo transferido para Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu por 4 dias, evoluindo a óbito por provável insuficiência renal e choque séptico de foco pulmonar.

**DISCUSSÃO:** ASCARIS LUMBRICOIDES é muito comum em países subdesenvolvidos. A transmissão dá-se por via fecal-oral, com o parasita comumente visto no intestino delgado, sendo a invasão das vias biliares como uma tendência desses organismos em penetrar redes murais e pequenos orifícios. A ocorrência em vesícula biliar é rara, presente em apenas 2,1% dos casos. O envolvimento hepatobiliar pode causar obstrução de ducto cístico, colangite e até simular quadro de colecistite aguda. Também podem ocasionar quadro de pancreatite aguda, devido a obstrução a nível de papila de Vater e/ou ducto pancreático. O diagnóstico tem foco na USG, podendo também utilizar-se da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, pois, além de diagnóstica, pode ser terapêutica; ou da colangiografia transoperatória. O tratamento pode ser conservador/anti-helmíntico, ou cirúrgico, para tratamento de complicações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ascariíase envolvendo o sistema hepatobiliar é uma entidade clínica rara e seu diagnóstico é difícil. Deve ser considerada em pacientes com fator de risco de exposição ao patógeno e sem causa elucidada. Embora seja condição relativamente benigna com resolução espontânea, existem casos complicados e que podem vir a ser fatais, e por isso é imperativo que seja suspeitada, reconhecida e tratada precocemente.

**CONTATO AUTOR:** LUIZA SEGANFREDO MAINARDI | luizamainardi@gmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104404 – ESPLENECTOMIA COMO TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR HIPERTENSÃO PORTAL SEGMENTAR REFRACTÁRIA A INTERVENÇÃO ENDOSCÓPICA E PERCUTÂNEA**

**AUTORES:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), DUNIA VERONA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), IGOR RAPHAEL MATIAS VALEJO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JOÃO OTAVIO VARASCHIN ZENI (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), CARLOS HUMBERTO GUILMAN TANIZAWA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), ISADORA BOEING (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), ALAN JUNIOR DE AGUIAR (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIO CEZAR UILI COELHO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 37 anos, portador de HCV desde período neonatal, atualmente CHILD A/ MELD 9, em tratamento de linfoma difuso de células B, deu entrada em PS com queixa de astenia associada a 2 episódios de hematêmese de moderada quantidade e melena. Ao exame físico se apresentava estável hemodinamicamente, hipocorado 3+/4, com abdome flácido, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal, e exames laboratoriais mostravam anemia importante com HB 4,9 /VG 15,4. Em relação a história pregressa, durante o período de tratamento da neoplasia o paciente desenvolveu varizes de esôfago e fundo gástrico por hipertensão portal segmentar com HDA recorrente por trombose veia esplênica, sendo submetido a 10 sessões de EDA com tentativas de resolução do quadro, com ligaduras elásticas e aplicações de cianoacrilato. Também foi realizado previamente tentativa de embolização das varizes, sem sucesso devido ao fluxo hepatopetal de grande velocidade, sem refluxo/ estase de contraste venoso ou enchimento adequado das varizes na topografia do fundo gástrico. Na atual internação, EDA mostrou presença de cordões varicosos de médio calibre em terço médio esofágico, tortuosos e azulados, que se estendiam até terço distal, com sinais de sangramento recente, além de grande quantidade coágulo e restos alimentares na cavidade gástrica. A TC de abdome evidenciou veia esplênica com sinais de trombose, esplenomegalia, presença de circulação colateral peri-portal, perigástrica e peri-esplênica, além de shunts esplenorrenais e lesão hipodensa com tênues calcificações de permeio no retroperitônio, junto ao hilo esplênico, de aspecto infiltrativo, com extensão para o baço e cauda do pâncreas, medindo cerca de 15,8x6,7x14,5cm, com lesões semelhantes visualizadas no parênquima esplênico. Após discussão do caso em reunião geral do serviço, foi optado por esplenectomia por via aberta. A cirurgia se deu sem intercorrências e o paciente recebeu alta hospitalar após o 7ºPO. O AP mostrou quadro histológico e perfil imunohistoquímico condizentes com linfoma, imunofenótipo B de células grandes, com extrema necrose, sem expressão de CD30. Atualmente se encontra sem novos episódios de HDA, com melhora dos parâmetros hematológicos e melhora da função hepática, em vigência de quimioterapia.

**DISCUSSÃO:** Apesar dos avanços na área de procedimentos minimamente invasivos, a hipertensão portal segmentar pode ser de difícil controle.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A esplenectomia nestes casos segue como boa opção em pacientes selecionados.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE | lari.gomide@gmail.com

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104452 – INFARTO DE OMENTO APÓS INFECÇÃO POR SARS-COV-2: ABORDAGEM VIDEOLAPAROSCÓPICA**

**AUTORES:** FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAIS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo masculino, M.M.C.R., 33 anos, no segundo mês após tratamento para SARS-COV-2 não complicado, iniciou quadro de dor abdominal não migratória, predominante em fossa ilíaca direita, sem febre, com náuseas e inapetência. Trazia consigo exames laboratoriais que revelavam leucocitose de 15.200 com desvio à esquerda (7% de bastões). Ao exame físico: paciente consciente, orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, normocorado, com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios, bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular em dois tempos, sem sopros, abdômen plano, flácido, doloroso à palpação superficial e profunda principalmente em fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg e de Cullen presentes. Aventada hipótese diagnóstica de apendicite aguda pois pontuava 8 no Score de Alvarado, porém, com a presença do sinal de Cullen, a hipótese de apendicite aguda não foi dada como diagnóstico final. Optou-se por complementar investigação com tomografia de abdômen, que apresentou imagem sugestiva de infarto de omento. Foi indicada abordagem videolaparoscópica, com retirada da peça isquêmica. Paciente evoluiu com significativa melhora clínica e alta hospitalar após 72 horas.

**DISCUSSÃO:** O infarto de omento maior, caracteriza-se pelo comprometimento vascular do órgão, que resulte em complicações como isquemia, necrose, peritonite e sepse. No entanto, visto que a apresentação clínica dessa condição simule outras situações mais frequentes de abdômen agudo, o presente trabalho busca descrever o diagnóstico e manejo desta rara enfermidade por meio da abordagem videolaparoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O infarto de omental trata-se de um quadro de diagnóstico raro, com clínica inespecífica, podendo simular outras causas de abdômen agudo inflamatório, como a apendicite. Dessa forma, faz-se necessário análise detalhada da clínica e métodos de imagem, na busca por este diagnóstico diferencial e um melhor direcionamento numa possível abordagem cirúrgica. Tendo em vista a característica pró-coagulante do SARS-COV-2, não descarta-se a possibilidade de ser uma complicação tardia desta doença.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104455 – PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO, TRANSFIXANTE, EM ABDOME ANTERIOR, COM TRAJETO RESTRITO AO TECIDO SUBCUTÂNEO**

**AUTORES:** FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAIS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** F.A.S sexo feminino, 30 anos. Deu entrada no pronto socorro 10h após episódio de violência sofrida por arma de fogo em região abdominal. Apresentava-se no atendimento inicial em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, com estabilidade clínica e hemodinâmica. Sinais Vitais: frequência cardíaca 87 bpm, pressão arterial 120x70mmHg, Saturação periférica de oxigênio ao ambiente 99% e frequência respiratória 20 irpm. Ao exame físico: abdômen plano, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinal de irritação peritoneal. Tórax com boa expansibilidade bilateral, sem sinais de esforço respiratório. Ausculta pulmonar sem alterações, murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Foi submetida a Tomografia Computadorizada que evidenciou trajeto do projétil tangenciando aponeurose abdominal anterior com orifício de entrada em flanco direito e orifício de saída em flanco esquerdo. não identificado nas imagens presença de projétil ou de seus fragmentos, de líquido livre ou de pneumoperitônio. Paciente foi mantida em observação por 12h, com administração de medicações sintomáticas, bem como realização de exames laboratoriais com reavaliações à cada 2h. Paciente evoluiu bem, sem queixas abdominais ou torácicas e com parâmetros vitais dentro da normalidade. Ao fim do período de observação, foi realizada nova tomografia juntamente com novo eritrograma que mantiveram-se inalterados, comparados aos resultados iniciais. Procedida alta médica da paciente com medicação sintomática e devidas orientações.

**DISCUSSÃO:** Com a crescente violência, o atendimento de perfurações por arma de fogo são corriqueiros nos pronto atendimentos. Esses tipos de trauma são, em sua maioria, de grande dano à vítima, quando não finda em óbito. Nas perfurações da cavidade abdominal, os órgãos mais acometidos são: intestinos, fígado e estruturas vasculares. Isto mostra a necessidade do atendimento imediato como também condutas acertadas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As perfurações por arma de fogo são traumas que normalmente necessitam de grande capacidade resolutiva da equipe e de adequado aparato de suporte. O caso supracitado coloca-se como prova disto. Um episódio raro, evidenciando que a condução de cada paciente necessita ser avaliada de perto, individualizando e pormenorizando cada detalhe, afim do melhor desfecho para o paciente

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104456 – COLECISTITE AGUDA COMPLICADA COM NECROSE DE VESÍCULA BILIAR ASSOCIADA A ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: UM RELATO DE CASO**

**AUTORES:** FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAIS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Idosa, 92 anos, hipertensa, diabética e cardiopata, sabidamente portadora de colelitíase há oito anos, com histórico de 3 episódios de colecistite neste período. Família e médico assistente optaram por tratamento conservador. Durante a última crise de colecistite, enquanto realizava tratamento com Amoxicilina + Clavulonato, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, febre, diarreia com presença de sangue e membranas, cólicas e astenia. Foi internada na UTI e iniciado tratamento para colite pseudomembranosa. A paciente respondeu bem nas primeiras 48h, porém, no terceiro dia, evoluiu com fortes dores em epigastro e insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação. Depois de estabilizada, a paciente foi encaminhada para a tomografia, que evidenciou presença de pneumoperitônio. Uma laparotomia exploradora foi indicada, evidenciando a presença de moderada quantidade de líquido livre em cavidade de aspecto gástrico, com úlcera antral perfurada. Seguindo inventário da cavidade, foi identificada necrose total de vesícula biliar do fundo até o terço superior do ducto cístico. Procedeu-se com aspiração de todo conteúdo livre, biópsia e rafia da úlcera péptica perfurada em dois planos com confecção de patch, colecistectomia, lavagem vigorosa da cavidade e aposição de dreno sentinela.

**DISCUSSÃO:** A necrose da vesícula pode raramente ocorrer, devido a complicações, como colecistite enfisematosa ou gangrenosa, apresentando alta morbimortalidade. Ocorre principalmente devido à lesão epitelial pelo aumento da tensão na sua parede, causada pela insuficiência vascular por obstrução persistente do ducto cístico, sendo mais comum em idosos. A úlcera péptica tem incidência de perfuração muito baixa. Esta condição deve ser aventada em caso de intensa e repentina dor abdominal, com presença de pneumoperitônio em exame de imagem. A úlcera de estresse é mais comum em pacientes críticos e associada a uma maior mortalidade. Podem complicar com hemorragia ou perfuração. Por isso, é importante profilaxia com inibidores de bomba de prótons em pacientes de alto risco.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante do relato supracitado e de análise da literatura, corrobora-se que a colecistite aguda e úlcera péptica, apesar de comuns, podem levar a sérias complicações se não tratadas em tempo hábil. Além disso, uma investigação detalhada e individualizada de cada caso mostra-se importante para diagnóstico e tratamento precoce, visto que complicações raras podem ser encontradas simultaneamente em um mesmo paciente.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

**Cirurgia - Miscelânea**

**1104468 – TRATAMENTO CLÍNICO DE APENDICITE COMPLICADA COM FLEGMÃO CAVITÁRIO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

**AUTORES:** Roberto Marcellus de Barros Sena (Hospital Vivalle Rede D'or São Luiz - São José dos Campos - São Paulo - Brasil), Alexandre Marotta (Hospital Vivalle Rede D'or São Luiz - São José dos Campos - São Paulo - Brasil), Eduardo Fortes de Albuquerque (Hospital Vivalle Rede D'or São Luiz - São José dos Campos - São Paulo - Brasil), Victor Edmond Seid (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), André Gustavo Santos Pereira (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leticia Abreu da Silva (Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas - São Paulo - Brasil), Flavia Gebran Velloso Messias (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Gabriel José Gerpe Garin Borges (Centro Universitário de Volta Redonda - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 44 anos, sem comorbidades, procura a emergência com queixa de dor lombar intermitente há uma semana, sem melhora com uso de analgésicos. Clinicamente estável, exame físico apresenta abdome flácido, com dor e massa palpável no quadrante inferior direito, sem sinais de peritonite. Apresentava leucocitose de  $16.000/\text{mm}^3$  sem desvio e a tomografia computadorizada de abdome evidenciou apêndice retrocecal com espessamento parietal, medindo cerca de 2,0 cm de diâmetro axial, associado à importante densificação circunjacente (flegmão), sem coleções. A conduta de escolha foi tratamento não cirúrgico, sendo implementada antibioticoterapia endovenosa com Ciprofloxacino e Metronidazol e anti-inflamatório não esteroide. Após 5 dias de tratamento, o paciente apresentou melhora clínica e radiológica, tendo alta hospitalar em continuação de antibioticoterapia oral com acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A apendicite aguda apresenta manifestações clínicas variadas, sendo a evolução insidiosa menos frequente, caracterizada pela formação de plastrão que indica que a infecção do apêndice foi bloqueada por intenso processo inflamatório local/regional. Destacamos que a taxa de mortalidade da apendicite decaiu abruptamente por meio do uso de antimicrobianos de amplo espectro desde 1940. Apesar do tratamento cirúrgico universalmente preconizado, o manejo da apendicite complicada com flegmão permanece controverso visto que a apendicectomia imediata pode apresentar taxas de complicações pós-operatórias entre dez a 48% dos casos, como enterectomias segmentares e fístulas digestivas, em decorrência da distorção da anatomia, além da dificuldade em abordar o coto apendicular. Desta forma, o tratamento conservador do plastrão apendicular é uma valiosa alternativa, através de antimicrobianos com cobertura para os principais patógenos intestinais e eventual drenagem de abscesso apendicular, ainda com possibilidade de efetuar-se apendicectomia de intervalo após remissão do quadro infeccioso subagudo. O objetivo do estudo foi avaliar, mediante relato de experiência, o tratamento conservador e comparar com a literatura vigente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Há uma tendência mundial em se conduzir conservadoramente os casos de plastrão/flegmão apendicular, em virtude do aumento da morbidade pós-operatória em pacientes operados na vigência deste tipo de afecção. Os resultados são promissores, não obstante o tema ainda carece de trabalhos com bons níveis de evidência.

**CONTATO AUTOR:** FLAVIA GEBRAN VELLOSO MESSIAS | flaviagebran@hotmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **1104523 – Neoplasias Endócrinas Múltiplas: relato de caso.**

**AUTORES:** Auriane de Sousa Alencar (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Carlos Alberto Rosado da Silva Filho (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Julciele Cicera da Silva (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Raimundo Acássio de Andrade Júnior (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Maria de Fátima de Brito Coutinho Nogueira Lima (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Camila Botelho Campelo Leite (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Ilana de Meneses Silva (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Tarso Buaiz Pereira Martins (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Virgínia Portela Cardoso (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Francisco Karlos Leal Gomes (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 32 anos, história de cefaleia, palpitações, tremores e ansiedade há aproximadamente três anos, com piora há quatro meses. Com relato de hipertensão refratária, realizou ultrassonografia abdominal que evidenciou imagens nodulares hiperecogênicas adjacentes ao pâncreas. Prosseguiu investigação com tomografia abdominal que mostrou duas massas retroperitoneais para aórticas bilaterais, que deslocavam o pâncreas e a veia cava inferior, anteriormente, sem invasão dessas estruturas. Realizou ressonância de abdome com volumosas formações expansivas heterogêneas, de contornos mal definidos, acometendo as glândulas adrenais bilateralmente. As lesões mediram cerca de 5.4 x 2.9 cm à direita e 7.1 x 4.9 cm à esquerda. Exames complementares: paratormônio de 137.9 pg/ml, TSH 2.56, T4 Livre de 1.12, metanefrinas urinárias de 24 h (normetanefrina 5216 e metanefrina 2840). Ultrassom tireoidiana evidenciou nódulo sólido cístico, heterogêneo de 0.7 x 0.2 localizado no terço médio do lobo direito da tireoide e nódulo sólido heterogêneo de 1.5 x 1 x 0.8 no terço superior médio do lobo esquerdo. Classificação Bethesda V. Foi diagnosticada, então, NEM-2. Durante internação o paciente evoluiu com picos hipertensivos e taquicardia mesmo com uso de anti-hipertensivos. No pré-operatório foi utilizado alfa e beta bloqueios por 19 dias. Paciente foi submetido a adrenalectomia bilateral videolaparoscópica, tireoidectomia total e esvaziamento cervical. Evoluiu bem no pós-operatório, com controle da pressão arterial, recebendo alta no quarto dia pós cirurgia. O resultado do histopatológico, confirmado por imunohistoquímica, concluiu tratar-se de feocromocitoma em adrenal bilateralmente e carcinoma medular de tireóide. O esvaziamento cervical veio com ausência de metástases.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias endócrinas múltiplas (NEM) podem ser tumores benignos ou malignos, abrangendo duas ou mais glândulas endócrinas, havendo dois tipos: tipo 1 e 2. Tem características hereditárias e afeta ambos os sexos. A maioria dos pacientes diagnosticados são assintomáticos. A NEM-2 é uma síndrome genética autossômica dominante caracterizada pela presença de carcinoma medular da tireoide, feocromocitoma e hiperparatireoidismo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico de NEM-2 baseia-se na dosagem laboratorial de metanefrinas e catecolaminas urinárias e plasmáticas associada a exame de imagem. O tratamento cirúrgico é de eleição, entretanto, antes de sua remoção é indicado tratamento farmacológico com alfa e beta adrenérgicos

**CONTATO AUTOR:** LUIS GUSTAVO CAVALCANTE REINALDO | lgreinaldo@yahoo.com.br

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **1104536 – Torção Primária de Omento Maior em Paciente Pediátrico**

**AUTORES:** Felipe Costa Vicente (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Flávio Dulon Cutrale (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Marcelo Gonçalves Ferreira (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Marcelo Saconato Demian (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Ricardo Estefani (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), João Ricardo Giroto (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Bruna Gomes Vieira (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Gabriel de Castilho (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), João Victor Batista Balieiro de Oliveira (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Maria Heloisa Gonçalves de Vito (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil), Fabiana Vieira Duarte (Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA - Assis - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MBO, masculino, 7 anos, deu entrada em serviço de urgência com queixa de dor em flanco direito e em fossa ilíaca direita, com piora progressiva, há 5 dias. Ao exame físico apresentava dor a palpação profunda de flanco direito e fossa ilíaca direita, associado a sinais de irritação peritoneal com sinal de Blumberg positivo. Foi submetido a ultrassonografia de abdome que evidenciou imagem de apêndice cecal com calibre aumentado e não compressível, além de pequena quantidade de líquido livre em fossa ilíaca direita e fundo de saco posterior, de aspecto anecóico. Diagnosticado com apendicite aguda, sendo indicado a apendicectomia. Foi realizado incisão de McBurney e visualizado grande quantidade de líquido serohemático e uma apendicite aguda grau I. Como o tempo de história clínica e o grau da apendicite, bem como a quantidade de líquido intracavitário não eram compatíveis, foi realizado, além da apendicectomia, exploração da cavidade abdominal encontrando o omento maior com projeções "tonguelike" com torção, sinais de isquemia e necrose, realizando-se ressecção desse segmento.

**DISCUSSÃO:** A torção de omento maior ocorre pela rotação desse órgão em seu próprio eixo impedindo a perfusão adequada, gerando isquemia e necrose, podendo ser dividida em primária ou secundária. A causa da torção primária de omento não é bem definida, mas há alguns fatores que predisõem a sua ocorrência, como: omento com projeções "tonguelike", omento bífido, omento acessório, suplemento vascular anormal e outras alterações vasculares que alteram o seu peso, combinado com alguns fatores predisponentes, tais quais, trauma de parede abdominal, tosse excessiva, atividade física extenuante e libação alimentar. Já a torção secundária ocorre na presença de outra patologia abdominal como desencadeante, como aderências, cistos, tumores, focos inflamatórios locais ou generalizados ou hérnias.

O infarto de omento é uma causa rara de abdome agudo pediátrico, o que ainda é um dilema. Esse quadro é uma situação sub diagnosticada, pois mimetiza diagnóstico de apendicite aguda e na maioria dos casos o diagnóstico é realizado no ato cirúrgico. Um achado comum intraoperatório é fluido serosanguinolento livre na cavidade peritoneal em quantidade destoante do grau de inflamação do apêndice.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A torção primária de omento é um diagnóstico diferencial que deve ser considerado nos casos de suspeita de apendicite aguda, sobretudo quando o tempo de evolução dos sintomas e os achados intraoperatórios são destoantes.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE COSTA VICENTE | felipe.vicente@fema.edu.br



## Cirurgia - Miscelânea

### 1104544 – Achado incidental de Vesícula Biliar à Esquerda em Colectomia de urgência: Relato de caso

**AUTORES:** JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUÍNO (HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), Marcos André da Silveira Diniz (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ana Livia Dantas Balduino Silva (Hospital de trauma de campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Rodrigo Cartaxo Eloy de Souza (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Pedro de Moraes Ferreira (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Adrian Henrique Linhares Fernandes de Sousa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Gustavo Oliveira Pereira de Melo (UNIFACISA - Campina grande - Paraíba - Brasil), Igor Corrêa Paiva Lopes (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Maria Eduarda Phaelante Brito Fagundes (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Bruno Menezes Costa (Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil), Synara Nunes Medeiros de Souza (Hospital Agamenom Magalhães - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, admitido com diagnóstico de Colecistite Aguda Litiásica e submetido a laparoscopia. Durante o procedimento, foi achado uma vesícula biliar de paredes espessadas, que estava aderida ao leito hepático do segmento III, apresentando implantação normal do ducto cístico, que cruzava anteriormente a via biliar junto ao infundíbulo da vesícula. O procedimento laparoscópico foi realizado sem intercorrências, todavia, o paciente evoluiu com Fístula Biliar de baixo débito que teve resolução espontânea, com retirada do dreno em 10 dias.

**DISCUSSÃO:** A vesícula biliar localizada à esquerda é uma anomalia congênita rara, com incidência de 0,04% a 1,2%. Habitualmente, a mesma se posiciona à direita do ligamento redondo, entre os segmentos IV e V do fígado. Foram descritas na literatura 4 tipos de anomalias de posição da vesícula biliar: Intra-hepática; À esquerda; Retro-hepática; E transversa.

A vesícula esquerda é entidade rara de forma isolada, podendo estar relacionada a situs inversus. Existem duas variantes anatômicas da vesícula à esquerda: a) forma verdadeira, com a vesícula posicionada no lobo esquerdo do fígado, à esquerda dos liamentos redondo e falciforme, diferenciando-se quanto à implantação do cístico, que pode ser à esquerda ou em posição usual; b) a vesícula biliar localiza-se no lado esquerdo do ligamento redondo mas no lobo direito do fígado (quando o ligamento redondo é desviado para a direita).

Exames pré-operatórios usualmente falham no seu diagnóstico, como a ultrassonografia que tem apenas 2,7% de valor preditivo positivo para a detecção de vesícula à esquerda, tornando o encontro desta variação comumente incidental. Outras variações anatômicas vasculares e hepatobiliares podem estar associadas.

O risco de complicações em cirurgias que apresentam a vesícula à esquerda é 4,4% maior do que o de vesículas posicionadas em anatomia convencional. Portanto, é recomendada, quando possível, a realização de colangiografia pré-operatória para a melhor visualização do trajeto vascular diminuindo eventuais riscos e desfechos indesejados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A presença dessas raras variações pode ser desafiadora durante a colectomia laparoscópica e outros procedimentos cirúrgicos. É imprescindível o conhecimento da existência de variações anatômicas da vesícula biliar, assim como das variações de inserção do ducto cístico para evitar danos iatrogênicos ao trato biliar ou de estruturas vasculares.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **1104571 – FÍSTULA LINFÁTICA RETROPERITONIAL PÓS-ESPLENECTOMIA**

**AUTORES:** Lucas Martins Carlos Silva (UFRN - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Thiago Santos Cunha Lima (UNP - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Tainah Bezerra Varela Câmara (UNP - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Roberto Rômulo Medeiros Souza (UFRN - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Rodrigo Azevedo Oliveira (UFRN - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Silvio José Lucena Dantas (UNP - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MC, 50 anos, sexo feminino, DRC estágio V em diálise.

Paciente relata que 4 anos atrás, realizou esplenectomia para tratamento de anemia, como parte do pré operatório de transplante renal. Uma semana após alta hospitalar, chegou ao serviço de urgência, queixando-se de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, febre e calafrios. A tomografia computadorizada evidenciou abscesso retroperitoneal, o qual foi drenado após ser realizada a hipótese diagnóstica de psoíte.

Refere ainda, que o mesmo quadro a levou à internação, aproximadamente, 20x nos últimos 4 anos.

No 17o dia da internação atual, foi realizada linfangiografia a qual evidenciou fístula linfática retroperitoneal à esquerda.

O tratamento foi realizado com drenagem percutânea de abscesso e esclerose com azul de metileno.

**DISCUSSÃO:** Nesse caso, vemos uma paciente em uma sequência de internações e quadro clínicos semelhantes sem esclarecimento da causa base.

Em meio às investigações e discussões, a fístula linfática foi sugerida, apesar de não ser o quadro clínico mais comum. Assim, foi realizada a linfangiografia, a qual confirmou a fístula do mesmo lado dos abscessos repetidos.

As complicações cirúrgicas linfáticas são incomuns, mas a fístula linfática é a forma mais comum.

Na maioria das vezes, surge como quilo retroperitônio, quilotórax, ou quilooperitônio, a depender do local da fístula. Quando no espaço peritoneal, surge com distensão abdominal, dor, náuseas e vômitos. Tende a causar déficits nutricionais e imunes, pelo alto conteúdo de triglicerídeos e na maioria das vezes é estéril.

Já o quilo retroperitônio é mais raro, sendo muitas vezes diagnosticado com tomografia computadorizada e apresentando menor volume, o que restringe a perda de triglicerídeos e os déficits decorrentes, também sendo estéril.

Ainda não se sabe o melhor tratamento para essa condição, porém a associação de drenagem percutânea com o uso de agentes esclerosantes é uma das técnicas usadas e tem mostrado bons resultados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por fim, percebe-se que buscar a causa base de infecções de repetição é essencial. Nesses casos, abrir o leque de diagnósticos diferenciais se torna primordial, fazendo-nos considerar hipóteses menos prováveis.

No caso acima, há um diagnóstico raro e com apresentação atípica. A hipótese de fístula linfática foi aventada apenas após muita discussão, o que retardou a resolução do problema.

Contudo, a paciente foi tratada e não voltou a ter episódios parecidos.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS MARTINS CARLOS DA SILVA | lucas.martins.car@hotmail.com

## Cirurgia - Miscelânea

### **1104602 – Laceração Perineal Grau III/IV em parto vaginal: Episiotomia seria uma violência obstétrica ou protetora do aparelho esfinteriano anal?**

**AUTORES:** Mariana Araújo Santos (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mariza Helena Prado Kobata (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elesario Marques Caetano Junior (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Raina Caterina Coelho Arrais (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sarhan Sydney Saad (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A episiotomia amplia abertura vaginal por incisão no períneo no final do período expulsivo, para o desprendimento fetal. Objetiva proteger o períneo contra lesões, porém, não há evidência científica suficiente sobre sua efetividade e atualmente é seletiva e não mais rotineira. Além disso, episiotomia mediana é fator de risco para lacerações graves, portanto, se indicada, recomenda-se episiotomia lateral, evitando-se o aparelho esfinteriano anal. Assim, durante o parto, fatores que podem prejudicar a gestante e causar consequências para qualidade de vida posterior, são considerados violência obstétrica. No entanto, seria a episiotomia, em primíparas, uma violência obstétrica ou a falta dela poderia causar um dano maior?

**DISCUSSÃO:** Caso 1: Paciente de 25 anos, hígida, primípara, submetida a parto normal de RN a termo, com uso de fórceps e episiotomia mediana, observando-se após o parto uma rotura de IV grau, com comunicação total entre vagina e reto, extensão 9 cm dentro do reto, rotura do septo retovaginal, musculatura perineal, esfíncteres interno e externo do ânus e canal anal. Realizada pela Coloproctologia reconstrução da vagina, musculatura do septo retovaginal e períneo, do esfíncter externo em “jaquetão” e do interno e rafia da parede retal e canal anal. Boa evolução, com alta no 5º PO, controle esfinteriano preservado.

Caso 2: Paciente de 17 anos, hígida, primípara, submetida a parto normal induzido, com 38 semanas, sem realização de episiotomia. Na revisão do canal de parto, identificada laceração parauretral bilateral sendo corrigida. Após 7 horas, evoluiu com dor vulvar, sangramento ativo e hematoma em períneo à direita, com queda de Hb de 12,4 para 8,4, indicado drenagem do hematoma em parede vaginal lateral direita e identificado rotura perineal grau IV. Realizada pela Coloproctologia reconstrução anatômica de parede vaginal, musculatura perineal e esfíncter externo do ânus. Boa evolução, com alta no 4º PO, continência fecal mantida.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A incidência de lacerações perineais no parto vaginal é de 78,2%, sendo 2,5% graves. Fatores como idade materna, primiparidade, uso de fórceps e episiotomia influenciaram na ocorrência. Além disso, mulheres que tiveram laceração grau III/IV são mais propensas (23,0%) a ter incontinência fecal. Assim, é importante proteger períneo e realizar episiotomia lateral (e não mediana), se bem indicada, visando prevenir lacerações graves que, embora raras, causam danos a longo prazo na qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **1104604 – Ingestão de múltiplos corpos estranhos com achado de corpo estranho em vesícula biliar**

**AUTORES:** Dinoel Cavalcante Guimarães FILHO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), CINTHIA YOSHIMURA BRITO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Alan Kagan (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Alef Ribeiro Souza (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Carlos Eduardo Teixeira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Ednelson Junio Lustosa Nascimento (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Naara Matos Barros (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Gustavo Aguilar Alvarenga Amorim (Hospital das Clínicas - UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Thamine Mesquita Vale (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Lorryne Silva Pequeno (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Victoria Reis Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Heloísa Soares Rodrigues Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil), Bianca Alves Siqueira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 26 anos, encaminhado para avaliação da equipe de cirurgia geral após ingestão, em dias diversos, de cerca de 30 pregos. Acompanhante do paciente relatou episódios prévios de ingestão de objetos cortantes - pregos, agulhas, lâminas de barbear. Paciente relatava dor abdominal, vômitos e negou evacuações no período. Antecedentes de esquizofrenia e epilepsia, referindo acompanhamento psiquiátrico e tratamento regular na cidade de origem. História de duas laparotomias exploradoras prévias pelo mesmo motivo. Ao exame paciente estava estável hemodinamicamente, com dor abdominal a palpação mas sem sinais de peritonite. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome e identificados “vários objetos metálicos pontiagudos (pregos?) em alças duodeno-jejunais, sem sinais de perfuração e outras imagens metálicas semelhantes em vias biliares intra-hepáticas no lobo esquerdo do fígado e no interior da vesícula biliar. Indicada laparotomia exploradora. Na laparotomia exploradora, foram identificados corpos estranhos (pregos) a aproximadamente 50 centímetros e a 20 centímetros do ângulo de Treitz, sendo realizada abertura longitudinal e retirados pregos nestas topografias. Durante o procedimento foi realizada escopia e identificado um prego em topografia de segunda porção duodenal, além de corpo estranho na vesícula biliar. Realizada abertura do estômago próximo ao fundo gástrico, com ordenha duodenal e retirada do prego, e colecistectomia, sendo identificada agulha e cálculos após abertura da vesícula biliar. Paciente apresentou boa evolução clínica, com uso de inibidor de bomba de prótons, antibioticoterapia, e de dieta com boa aceitação. Devido ao quadro psiquiátrico, foi encaminhado para internação em clínica psiquiátrica.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico é de suspeição principalmente quando há história positiva para a ingestão de corpo estranho, sendo a clínica apresentada pelo paciente personalizada para cada tipo de objeto ingerido. O exame físico pouco contribui para o diagnóstico, a não ser, em caso de complicações ou quando a eliminação dos objetos não ocorrerá de forma espontânea e com risco de perfuração, como no caso exposto.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O manejo da ingestão de corpos estranhos geralmente não faz com que intervenções sejam necessárias, 80 a 90% das vezes os corpos estranhos progridem pelo tubo digestivo. Em 10 a 20% dos casos, a intervenção endoscópica se faz necessária e em menos de um por cento das vezes é necessário um procedimento cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** DINOEL CAVALCANTE GUIMARAES FILHO | dinoelg@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102032 – Relato de caso de bloqueio eretor da espinha guiado por ultrassonografia para cirurgia bariátrica, paciente com IMC: 64,28**

**AUTORES:** Rafael Victor Moita Minervino (Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Gilvandro Lins Oliveira (Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Paulo Freitas Sucupira (Clínica privada/Baricentro - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Júlio Augusto Almeida Ferreira (Clínica privada/Baricentro - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentação do caso: R.C, 28 anos, sexo masculino, 196 quilos, IMC: 64,28, diabético, hipertenso, realizou procedimento cirúrgico para tratamento de obesidade mórbida conhecido como Bypass Gástrico por Y de Roux, fazendo-se valer de anestesia geral associada a bloqueio anestésico regional guiado por ultrassonografia.

**DISCUSSÃO:** Discussão: Levando em consideração o fato de o paciente obeso apresentar peculiaridades fisiológicas em decorrência do aumento da massa corporal, além do aumento de comorbidades associadas. Essas questões trazem discussões no planejamento do perioperatório. A evolução dos bloqueios guiados por USG, permite realizar bloqueio do músculo eretor da espinha sem dificuldade, ocasionando ao paciente uma recuperação mais rápida e de melhor qualidade no pós-operatório imediato, sendo provável a diminuição de reações adversas, como náusea e vômitos, em face de poupar o uso de opioides, além de diminuição da retenção urinária, o que leva a ser uma estratégia importante na aceleração de alta do paciente. O anestésico local é injetado no plano fascial profundo ao músculo eretor da espinha e se espalha de forma craniocaudal em vários níveis. A técnicas também tem vantagem de poder ser realizada em pacientes anti-coagulados. Os pacientes obesos apresentam hipocoagulabilidade com diminuição dos fatores VII, VIII e fibrinogênio, e necessitam de profilaxia de trombose venosa profunda (TVP), algumas instituições usam heparina poucas horas antes da cirurgia (Lorentz et al, 2007).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Comentários finais: O bloqueio do eretor da espinha pode fomentar analgesia adequada para esse perfil de paciente, sendo este um procedimento menos invasivo e com menos riscos do que o bloqueio neuronal do neuro-eixo. Além disso, este bloqueio pode ser realizado em pacientes com anticoagulação profilática sem aumentar riscos de hematoma no neuro-eixo. Sendo uma possibilidade futura de analgesia, conforto e alta precoce para os pacientes que são submetidos a esse tipo de cirurgia.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL VICTOR MOITA MINERVINO | rafaminervino@gmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 102212 – A CIRURGIA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO

**AUTORES:** Stefanie Sophie Buuck Marques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Teixeira Minussi (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Felipe Emanuel Fuhro (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 73 anos, com queixa de incontinência fecal associado a muco e sangue, sem outros sintomas. Diagnosticada com adenocarcinoma polipóide infiltrativo de reto baixo estágio IIa (cT3N0M0). Concomitante à lesão neoplásica, apresentava obesidade mórbida (IMC 45,9Kg/m<sup>2</sup>) e volumosa hérnia incisional mediana de laparotomia prévia, com perda de domicílio. Proposto tratamento oncológico com quimioterapia e radioterapia neoadjuvante seguida de amputação de reto. Devido a obesidade mórbida e da presença da hérnia, solicitada realização de cirurgia bariátrica para melhora das condições cirúrgicas. Submetida à Gastroplastia Sleeve Laparoscópica, sem intercorrências. Durante os primeiros cinco meses pós-bariátrica, foi submetida a quimioterapia com capecitabina conforme indicação da Oncologia Clínica, enquanto aguardava perda ponderal. Após término de terapia neoadjuvante, encontrava-se com IMC de 38,94 e com regressão completa da lesão neoplásica do reto, biópsia seriadas desta área com ausência de acometimento neoplásico. Atualmente, aproximadamente 12 meses pós-bariátrica, perda de 21,2% do peso inicial, equivalente a perda de 46% do excesso de peso, sem prejuízo no tempo terapêutico oncológico. Devido a resposta completa no tratamento oncológico, optado por Watch and Wait. Paciente será submetida a amputação de reto e correção de hérnia incisional, caso ocorra recorrência da doença.

**DISCUSSÃO:** Aumento do IMC é associado com o aumento do risco de desenvolver câncer, assim como de ter um pior prognóstico. A morbidade cirúrgica é mais elevada em pacientes obesos, parcialmente devido à maior complexidade técnica, nos quais se observam maiores taxas de complicações como sangramento, infecção, deiscência de ferida e fístula/ deiscência de anastomose. Atualmente a cirurgia bariátrica é um método seguro e efetivo a longo prazo na perda ponderal, com melhora de condições associadas à obesidade (diabetes, hipertensão, síndrome metabólica) e aumento da sobrevida global. Inúmeros estudos demonstram a cirurgia bariátrica como fator protetor para mortes relacionadas a câncer, com maior impacto nos subtipos associados à obesidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como observado neste relato de caso, a cirurgia bariátrica é um método seguro para perda ponderal, com impacto importante na possibilidade de tratamento, qualidade de vida da paciente, não havendo em contraponto um prejuízo no tratamento oncológico. Portanto, em pacientes selecionados é uma tática plausível.

**CONTATO AUTOR:** STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES | stefanie14sophie@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 102248 – Hérnia umbilical estrangulada como complicação da longa espera para cirurgia bariátrica: relato de caso

**AUTORES:** Edison Stefen Junior (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Gabriel Resun Gomes Silva (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), José Roberto Alves (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Luis Felipe Mondardo Spengler (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 58 anos, índice de massa corpórea de 53, aguardando cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) há 2 anos e meio, hipertensa, diabética, asmática, com hérnia umbilical há 10 anos. Há 2 dias evoluiu com dor abdominal umbilical, parada da evacuação e vômitos. Ao exame: taquicardia associada a abaulamento umbilical de 6 cm, não redutível, com pele local cianótica e secreção fétida. Indicado cirurgia após diagnóstico de hérnia com encarceramento e necrose de epíplon. Realizou-se a hernioplastia umbilical com colocação de tela de polipropileno microporosa (onlay). No 6º dia pós-operatório (PO), apresentou leucocitose com desvio à esquerda e secreção purulenta em ferida operatória (FO), sendo iniciada antibioticoterapia. No 9º PO, devido à secreção purulenta e persistência da leucocitose, foi indicado desbridamento dos tecidos desvitalizados, retirada da tela, manutenção de FO aberta com curativo à vácuo. Ampliada antibioticoterapia para Meropenem associada à realização de posteriores desbridamentos, curativos à vácuo e progressiva aproximação de pele da FO. Após a 2ª reabordagem cirúrgica, evoluiu com melhora clínica e da FO. Permanece internada no 42º dia PO.

**DISCUSSÃO:** A obesidade é fator de risco para complicações infecciosas em hernioplastias, exigindo reabordagens cirúrgicas com a retirada das telas microporosas, antibioticoterapia de amplo espectro e monitorização intensiva. No caso apresentado, relatou-se espera por cirurgia bariátrica prolongada associada a complicação infecciosa em pós-operatório de hérnia umbilical estrangulada. Estima-se que, no Brasil, o tempo de espera médio para a realização da cirurgia bariátrica pelo SUS seja de 24,7 meses. Poucos estudos se propuseram a mensurar riscos e benefícios sobre a temporalidade ideal para reparação eletiva de hérnias em pacientes com obesidade, ficando, em geral, em período posterior à cirurgia bariátrica. Atualmente não há consenso acerca da melhor decisão sobre realizar o tratamento eletivo dessas hérnias antes, durante, ou após a cirurgia bariátrica. Uma maior investigação sobre o tema poderia guiar melhores decisões para evitar desfechos pós-operatórios com maior morbidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Deve-se começar a ponderar o benefício de se tratar eletivamente as hérnias em pacientes com obesidade mórbida, mesmo antes da realização da cirurgia bariátrica, ou pensar em formas de acelerar o acesso desses pacientes ao tratamento cirúrgico da obesidade. Mais estudos devem ser realizados para construir uma recomendação.

**CONTATO AUTOR:** EDISON STEFEN JUNIOR | edisonsj27@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104244 – Hérnia de sítio de Trocarte de 10 mm Pós Gastroplastia com Derivação Intestinal em Y de Roux Laparoscópica**

**AUTORES:** Marco Felipe Silva Fernandes (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), Everton Pontes Martins (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), Amanda Caroline Donofre Garcia (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), Leticia Firmino Sato (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), James Fernando Machado Muniz de Souza (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), Felipe Narciso (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil), Antônio Bueno de Moraes Neto (Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - Aracatuba - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.D.P., 38 anos, sexo feminino, submetida ao Bypass Gástrico laparoscópico, recebeu alta no primeiro dia pós operatório, clínica e hemodinamicamente estável, deambulando, com alimentação via oral, abdome inocente, com flatos e evacuações presentes.

No quarto pós operatório, retorna ao consultório, relatando parada de eliminação de flatos, náuseas e vômitos, apresentando distensão e dor abdominal difusa, ruídos hidroaéreos de luta e abaulamento palpável em sítio de trocarte de 10 mm, não redutível, com sinais de encarceramento.

Submetida a Ultrassonografia de Parede abdominal que evidenciou: Presença de herniação de alça intestinal em região periumbilical à esquerda, em topografia de cicatriz cirúrgica, medindo cerca de 6,2 x 2,9 x 10,7 cm. Apresentando óstio de cerca de 9,0 mm, sem mobilidade com a manobra de Valsalva. Notam-se alças intestinais de delgado adjacentes, com peristaltismo aumentado e líquido no seu interior.

Submetida a laparotomia de urgência, que evidenciou presença de isquemia de alça de delgado, sendo realizada enterectomia e anastomose mecânica. Recebeu alta com 3 dias de pós operatório, eliminando flatos e com alimentação via oral.

#### **DISCUSSÃO:**

Como já visto, o advento da cirurgia laparoscópica resultou em diminuição da incidência de hérnias, porém não as extinguiu. Os pacientes submetidos a este procedimento dispõem de um aumento importante do panículo adiposo, portanto apresentam complexidade do fechamento do sítio portuário.

Revisões da literatura já demonstraram que o aumento do tempo operatório e a própria manipulação cirúrgica, podem estender as incisões fasciais, aumentando assim o risco de hérnias no local do trocarte.

Alguns estudos, ainda incentivam o fechamento de rotina da fascia do trocarte, independente do seu tamanho, na tentativa de prevenir esta complicação, porém, outros demonstram um resultado controverso, expondo evidencias opostas de estudos semelhantes. Logo, sugere-se que este problema clínico deve, portanto, ser avaliado em um cenário prospectivo randomizado

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A hérnia do sítio do trocarte continua sendo uma complicação fortemente subestimada, e o fechamento da aponeurose pode ser desafiador, ainda assim reduzir morbidade e mortalidade é essencial. Importante salientar, a busca do diagnóstico precoce, através do exame físico e exames de imagem complementares. Visto que, tal adversidade pode levar a complicações graves, portanto, deve-se investir no desenvolvimento de técnicas e estudos a fim de evitar ao máximo que elas ocorram.

**CONTATO AUTOR:** MARCO FELIPE SILVA FERNANDES | marcofelipe.fernandes@hotmail.com



## Cirurgia - Obesidade

### 1104261 – GASTRECTOMIA VERTICAL EM SITUS INVERSUS TOTALIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**AUTORES:** Laura Bergman Sznajder (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcos Ros Zambelli de Almeida (Instituto Bariátrico - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Flavia Gebran Velloso Messias (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Taiana Teixeira Dias (Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Gabriel José Gerpe Garin Borges (Centro Universitário de Volta Redonda - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 37 anos, sexo masculino, foi submetido a gastrectomia vertical laparoscópica ou Sleeve, que possuía diagnóstico pré-operatório conhecido de Situs Inversus Totalis (SIT). Ao exame físico, constatou-se que o paciente apresentava 94kg, 162cm de altura e 35,82 kg/m<sup>2</sup> de Índice de Massa Corporal (IMC). Ademais, suas comorbidades previamente conhecidas eram Apneia Obstrutiva do Sono e Diabetes Mellitus. Não houve intercorrências no procedimento. Houve inversão nas posições usuais da equipe e trocarer, e o tempo operatório foi um pouco maior que o habitual, durando cerca de 1 hora. A cirurgia foi bem tolerada, resultando em alta hospitalar após 2 dias. Até a redação deste artigo, 2 meses desde a cirurgia, o paciente atingiu uma perda ponderal de 20%.

**DISCUSSÃO:** Em uma pesquisa realizada nas bases de dados PubMed, PMC e MedLine, foram encontrados 8 casos distintos de cirurgias bariátricas do tipo Sleeve realizadas em pacientes com SIT entre 2017 e 2021. Os descritores utilizados foram Obesity; Sleeve Gastrectomy; Situs Inversus Totalis. Foi constatada a variação de idades entre 25 e 59 anos, com média de 42,12 anos. Em relação ao sexo, 7 dos 8 pacientes eram mulheres, totalizando 87,5% dos casos. O Índice de Massa Corporal (IMC) variou de 51 kg/m<sup>2</sup> a 36 kg/m<sup>2</sup>, com a média de 43,95 kg/m<sup>2</sup>. Sobre a presença de comorbidades, 2 pacientes não tinham nenhuma, 1 apresentou somente uma, 3 apresentaram 2, 1 possuía 3 e 1 paciente tinha o total de 6 comorbidades. Em apenas 2 das 8 cirurgias foi realizada a inversão da equipe cirúrgica, enquanto o posicionamento usual se manteve em 5, e em 1 artigo essa informação não foi especificada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O SIT é uma anomalia congênita rara, mas sem implicações prejudiciais diretas. Portanto, a Gastrectomia Vertical pode ser realizada com segurança e eficácia em pacientes com obesidade mórbida com SIT por cirurgiões experientes. Diferentemente da maioria dos pacientes observados no estudo, o paciente supracitado possui sexo masculino, idade menor que a média obtida e o IMC abaixo do menor valor descrito. Em relação às comorbidades, o número encontrado foi similar ao apresentado pela maioria dos pacientes do estudo.

**CONTATO AUTOR:** FLAVIA GEBRAN VELLOSO MESSIAS | flaviagebran@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104373 – CONVERSÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA ENDOSCÓPICA A GASTROPLASTIA À BYPASS APÓS FALHA TERAPÊUTICA**

**AUTORES:** Louise Pessoa de Araujo Guedes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Márcio Fellipe Bezerra Neves (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Patrícia Patrícia Kelle Medeiros De Laerda (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Júlio Augusto de Almeida Ferreira Filho (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Deborah Nobrega de Farias (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Michelly Mellinny Queiroga Gomes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Raylanne Marcelino de Soares Medeiros (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - SESP - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente VMS, 38 anos, sexo feminino, casada, procedente do Mato Grosso (MT), comparece a serviço médico de João Pessoa/PB, referindo história de obesidade há mais de dez anos, com múltiplos tratamentos prévios visando o emagrecimento. Afirmava tratamento cirúrgico realizado há cerca de dois anos, após falha de terapêuticas conservadoras. O procedimento realizado constituiu-se em gastroplastia endoscópica, operado por outra equipe. Entretanto, apresentou também falha terapêutica diante do método, com perda de peso insuficiente e manutenção da obesidade. Na ocasião da primeira consulta, negava queixas de disfagia, pirose retroesternal ou sensação de regurgitamento pós prandial. Apresentava-se em bom estado geral, com distribuição adiposa centrípeta e Índice de Massa Corporal (IMC)= 35,2 kg/m<sup>2</sup>.

**DISCUSSÃO:** A gastroplastia endoscópica compõe-se através de sutura endoscópica transmural na parede gástrica, de maneira a reduzir o volume deste compartimento. Este estreitamento das paredes do estômago visa originar um mecanismo predominantemente restritivo no trato gastrointestinal. Todavia, em estudos observacionais de pacientes submetidos à cirurgia endoscópica para o tratamento de obesidade, verificaram-se com frequência resultados insatisfatórios, sendo apresentados níveis expressivos de perda insuficiente ou reganho de peso. Nestas situações, é mister a mudança de estratégia terapêutica, tendo como principal alternativa a cirurgia bariátrica revisional por videolaparoscopia. A cirurgia bariátrica laparoscópica relacionada a maior dificuldade técnica para o paciente com este histórico, posto que a presença de cliques ou linhas de sutura não identificáveis à videolaparoscopia, bem como a presença de aderências na grande curvatura do estômago, podem representar falha no grampeamento dos tecidos e, conseqüentemente, formação de fístulas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Não obstante os percalços presentes na cirurgia revisional, as técnicas videolaparoscópicas à Bypass e à Sleeve gástrico representam maior índice de sucesso em relação ao tratamento da obesidade refratária, em comparação com a técnica endoscópica. A paciente foi, portanto, submetida a cirurgia bariátrica, elegida a técnica de gastroplastia à Bypass, evoluindo sem intercorrências no perioperatório.

**CONTATO AUTOR:** LOUISE PESSOA DE ARAUJO GUEDES | louise.pessoa@hotmail.com

## Cirurgia - Obesidade

### 1104444 – LINFOMA MALT EM ESTÔMAGO EXCLUSO; RELATO DE CASO.

**AUTORES:** AMANDA MARTINS CHARNECA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CÁSSIA CAROLINE EMILIO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JULIANA MEGUMI MACIEL ARIE (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GUILHERME ZUPO TEIXEIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO LUIZ BERTEVELLO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 41 anos, antecedente de gastroplastia redutora Bypass há 3 anos por obesidade, com perda de aproximadamente 40kg após a cirurgia. Realizada EDA previamente ao procedimento, sem alterações. Há 6 meses apresentou diversos episódios de enterorragia, investigados com EDA, colonoscopia e cintilografia, com resultados inconclusivos ou negativos para sangramento.

Em novo episódio de enterorragia foi internado e iniciada investigação. Optada pela realização de enteroscopia para avaliação do estômago excluído e evidenciado área com sangramento ativo em corpo médio-distal; contido sangramento com adrenalina e argônio.

Optado por degastrectomia vlp com retirada do estômago excluído e encaminhado a patologia que identificou proliferação linfóide atípica e diagnóstico de linfoma MALT. Paciente evoluiu bem em pós-operatório e fará seguimento com onco-hematologia.

**DISCUSSÃO:** Embora seja feito no pré-operatório da gastroplastia a EDA para investigação de comorbidades, encontramos raros casos descritos em que uma patologia maligna gástrica possa ter passado despercebida ou ter iniciado após a cirurgia da obesidade. Sintomas iniciais podem ser atribuídos a cirurgia, de modo que retardariam o diagnóstico e tratamento adequado. Os tumores do estômago excluído atribuem ainda o desafio relacionado a dificuldade nos métodos para investigação.

O linfoma MALT é uma patologia rara mesmo em pacientes sem cirurgia gástrica prévia. O presente relato expõe um caso de linfoma MALT em estômago excluído, fazendo-o patologia ainda mais rara. Busca-se neste caso relação do linfoma MALT com presença prévia de *H. pylori* já tratado, porém não se pode afastar como causas o refluxo alcalino para o estômago excluído e também mudanças na angulação do mesmo após o Bypass.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A baixa casuística ainda coloca o Bypass gástrico como um procedimento seguro, entretanto nos faz refletir sobre um potencial dano subscrito e a carência na investigação das patologias do estômago excluído.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA MARTINS CHARNECA | amanda\_charneca@hotmail.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 101821 – FÍSTULA PANCREATOPLEURAL POR PSEUDOCISTO PANCREÁTICO: RELATO DE UM CASO DE EVOLUÇÃO INCOMUM

**AUTORES:** MAURICIO CAMPANELLI COSTAS (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), FELIPE EMANUEL FUHRO (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), JAQUES WAISBERG (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), GABRIELA CAMILO TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), GABRIEL LOPES LIMA (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), ESAU FURINI FERREIRA BASTOS (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), ALINE ALVES CASTELETTI (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), EDGARD PORTO DE OLIVEIRA PONTES (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil), ANDRE MARINI MENINI (CENTRO UNIVERSITARIO DE SAUDE ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Nesse estudo, será relatado um caso de uma paciente de 47 anos, sem comorbidades, que apresentou um pseudocisto pancreático de etiologia traumática. Durante internação, evoluiu com derrame pleural extenso, sendo realizada drenagem pleural em selo d'água. Em exames de imagem, evidenciada fístula pancreatopleural transdiafragmática. Foi então submetida à uma pancreatectomia corpocaudal com esplenectomia e frenorrafia posteromedial esquerda + colecistectomia por pseudocisto pancreático fistulizado para hemitórax esquerdo. Além disso, devido ao espessamento pleural, foi realizada decorticação pulmonar esquerda por videotoroscopia. Paciente recebeu alta sem complicações.

**DISCUSSÃO:** O pseudocisto pancreático pode ocorrer, em geral, por complicações da pancreatite aguda. Em aproximadamente apenas 0,4% dos casos de pancreatite pode ocorrer comunicação com a cavidade pleural, formando uma fístula pancreatopleural, complicação rara e pouco descrita na literatura.

Na grande maioria, está mais associado a casos de pancreatite alcóolica, que corresponde a aproximadamente 84,37%. As demais etiologias podem ser por pancreatite biliar (9,37%), traumática (3,12%) ou idiopática (3,12%).

O diagnóstico muitas vezes é difícil por conta de sua apresentação atípica, sendo a manifestação clínica mais comum o desenvolvimento de sintomas respiratórios, em especial evoluindo com derrame pleural. A dor abdominal não é comum e a investigação diagnóstica pode ser feita com uma ressonância de abdome e uma pancreatografia que evidenciam o trajeto fistuloso.

Em relação ao tratamento, não existe um consenso definido. Em geral, pode-se realizar tratamento clínico com somatostatina, jejum via oral e nutrição parenteral total, além da drenagem torácica por cerca de 2 a 3 semanas; ou a colocação de stents na via pancreática pela CPRE. Aproximadamente 40% dos casos respondem à terapia clínica. Em casos refratários, ou com rotura de pseudocistos, opta-se pela conduta cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Nesse relato, a paciente não possuía histórico prévio de pancreatite, no entanto havia relato de agressão física constante por violência doméstica, motivo pelo qual foi descoberta a existência de um pseudocisto pancreático oito anos antes da formação da fístula pancreatopleural. Assim, sua etiologia traumática e a presença de comunicação através de um trajeto bem delimitado transdiafragmático posterior, com tratamento cirúrgico efetivo, corroboram ainda mais para a peculiaridade do caso.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA CAMILO TEIXEIRA | gabriela.teixeira13@gmail.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 102190 – RELATO DE CASO DE CISTO EPIDÉRMICO PANCREÁTICO COM DIAGNÓSTICO PÓS-CIRÚRGICO

**AUTORES:** Nicolas Pivoto (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bárbara Parente Coelho (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Lana Wilma Rocha Lima (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Claudia Nishida Hasimoto (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Leonardo Pelafsky (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Walmar Kerche de Oliveira (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 60 anos, tabagista, etilista, com hepatite C tratada com quadro de dor abdominal difusa recorrente há 6 meses. Ultrassonografia de abdome evidenciava massa hipocogênica de 5cm adjacente ao corpo do pâncreas. Solicitado colangiressonância que identificou formação nodular heterogênea sólida, com componentes císticos de permeio, em topografia de cabeça e corpo do pâncreas, em contato com antro pilórico e artérias hepática comum e esplênica, sem comunicação com ducto pancreático principal, suspeita para neoplasia. Indicada abordagem cirúrgica. No intra-operatório identificado lesão exofítica ao parênquima pancreático com plano de clivagem com o mesmo, sobre a transição da cabeça e corpo, de aspecto regular, coloração esbranquiçada e consistência fibro-elástica. Realizado exérese da lesão sem intercorrências, paciente evoluiu com fístula benigna tratada de forma conservadora e recebeu alta no 12º pós operatório. Em retorno ambulatorial, checado anatomo-patológico compatível com cisto epidérmico com reação linfoide e focos de calcificação distrófica, sem malignidade.

**DISCUSSÃO:** A incidência de cistos pancreáticos vem aumentando devido a melhor qualidade dos exames de imagem e ampliação de seu acesso. A maioria dos pacientes é assintomática, sendo o achado incidental aos exames forma comum de diagnóstico. Cerca de 75% dos cistos pancreáticos são benignos, e seu potencial de malignidade é dependente do tipo histológico. A tomografia de abdome e a colangiressonância magnética são os exames mais utilizados para auxiliar no diagnóstico, entretanto apresentam limitações no detalhamento desses cistos. A ecoendoscopia poder fornecer mais informações e permite realizar biópsias. As características das lesões são importantes preditores de malignidade, e são utilizadas para orientar a indicação cirúrgica. O caso clínico desse trabalho pode representar um cisto linfoepitelial de pâncreas com diferenciação sebácea, lesão benigna que corresponde a menos de 1% dos cistos pancreáticos, o que motivou seu relato. Outros diagnósticos diferenciais incluem cisto epidermoide com inflamação granulomatosa, cisto epidermoide com aspiração de linfonodo pericístico e cisto linfoepitelial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As lesões císticas de pâncreas constituem um desafio diagnóstico, frequentemente confirmado apenas após a cirurgia. Esse caso representa um diagnóstico diferencial interessante visto suas características suspeitas para malignidade, com resultado benigno de uma condição pouco comum.

**CONTATO AUTOR:** NICOLAS PIVOTO | npivoto@hotmail.com

## **Cirurgia - Pâncreas**

### **102219 – ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO DECORRENTE À SÍNDROME DA DESCONEXÃO DUCTAL.**

**AUTORES:** Fernanda Alves Guimarães (Faculdade Atenas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Rodrigo Vieira Gomes (Santa Casa de Montes Claros - Montes Claros - Minas Gerais - Brasil), Vinicius Avelar Palhares (Hospital Nossa Senhora das Graças - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Amanda Luiza do Espírito Santo Pinheiro (Faculdade Atenas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Luanna Marques de Paula (Faculdade Atenas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Isélia Rodrigues de Souza (Hospital Nossa Senhora das Graças - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), João Paulo Lemos da Silveira Santos (Igcad - Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** VJFJ, sexo masculino, 40 anos, procurou atendimento com quadro de plenitude gástrica pós-prandial associado a náuseas, dorsalgia e perda ponderal de 8 Kg desde o início dos sintomas. Encontra-se em bom estado geral, com massa palpável e abaulamento na região epigástrica esquerda. TC abdome total constatou uma coleção no corpo e cauda pancreática compatível a necrose delimitada (450 cm<sup>3</sup>) adjacente a descontinuidade do ducto na cauda mantendo contato com a coleção, sugestivo da síndrome de desconexão ductal. Há 7 anos foi submetido a gastrocistostomia e colecistectomia aberta decorrente de pancreatite aguda biliar grave. O diagnóstico levantado foi de pseudocisto pancreático com comunicação do ducto pancreático principal, sendo programada a drenagem endoscópica. Uma ressonância com colangiopancreatografia foi realizada demonstrando septações parietais anteriormente no pâncreas, lesão em corpo e antro do estômago além de ter um espessamento parietal associado. Há, também, presença do parênquima remanescente e a descontinuidade entre as porções cefálica e caudal do ducto pancreático, ratificando a Síndrome da Desconexão Ductal. Realizou-se a drenagem endoscópica transgástrica com dreno tipo pigtail e posicionada uma prótese (stent) para correção da descontinuidade do ducto pancreático.

**DISCUSSÃO:** O acúmulo de líquido peripancreático, decorrente da ativação inapropriada das enzimas pancreáticas levando a proteólise, ocorre após episódio de pancreatite aguda, casos de pancreatite crônica ou procedimentos cirúrgicos no pâncreas e trauma. Os Pseudocistos Pancreáticos podem colecionar grandes volumes de líquido e se formam, em média, após 04 semanas do início do processo inflamatório. Recebe esse nome devido ao fato de as lesões inflamatórias no pâncreas resultarem em extravasamento do suco pancreático e do produto resultante da inflamação formarem o pseudocisto.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento endoscópico minimamente invasivo pode ser efetivo em casos de pseudocisto pancreático, principalmente, nos recidivados decorrentes da síndrome de desconexão ductal.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA ALVES GUIMARAES | fernandaguimaraes99@outlook.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 102443 – COLECISTITE AGUDA POR METÁSTASE DE DISGERMINOMA - RELATO DE CASO

**AUTORES:** MARIANA ARAÚJO SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FRANZ ROBERT APODACA TORREZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ALBERTO GOLDENBERG (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ORLANDO RONDAN ZOTTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PARISINA FRAGA DUTRA CABRAL CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON JOSÉ LOBO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 28 anos, hígida, com dor em abdome superior, náuseas, vômitos, calafrios e perda de 10kg em 1 mês. Relata Colecistectomia VLP convertida há 50 dias, por colecistite aguda litiásica e abscesso perivesicular - anatomopatológico da peça cirúrgica: Carcinoma de células claras. IHQ: tumor germinativo maligno do tipo seios endodérmicos. Manteve dor abdominal após cirurgia, realizado CPRE no 14º PO com colédoco 18mm, coledocolítase, esfínterotomia e passagem prótese biliar plástica por impossibilidade extração cálculo. Leucócitos 17040 com desvio à esquerda e PCR 334. TC Abdome: coleção hepática em lobo D, com focos gasosos, 640 mL, componente sólido, provável metástase hepática abscedada e múltiplos nódulos em subcutâneo, peritônio, parede e cavidade abdominal suspeitos. Indicado drenagem de abscesso por RI, evoluiu bem. Marcadores tumorais CEA 0,92 Alfafetoproteína 732 CA 19-9 1,6. Revisão de lâmina de anatomopatológico: metástase de neoplasia primária germinativa do tipo disgerminoma. Imunohistoquímica: CD10 - CK7 - KI-67 + 40% das células neoplásicas PAX-8 + AE1AE3 + BHCg - PLAP + AFP - CA19.9 - CD117 + Vesícula biliar neoplasia primária germinativa de tipo disgerminoma. Iniciado QT com Carboplatina + Etoposídeo 3 ciclos. TC Abdome controle com aumento de metástases hepáticas, a maior de 14,0x12,0x13,0 cm, envolve tronco portal, implantes no subcutâneo, peritônio, mesentério, omento maior, recesso supramesocólico esquerdo, goteira parietocólica direita, parede abdominal e pelve. Ascite moderada. Indicada 2ª linha QT com Paclitaxel + Cisplatina + Ifosfamida por 4 ciclos, boa resposta clínica, diminuição AFP 1,77 e TC com redução das lesões metastáticas e implantes. Atualmente, paciente bem, ECOG 0, gestante 20 semanas, em seguimento ambulatorial com Oncologia e no Pré Natal alto risco.

**DISCUSSÃO:** Neoplasia maligna de vesícula biliar tem prognóstico ruim, sobrevida em 5 anos relatada de 5%, subtipo mais comum adenocarcinoma. Fatores de risco: colelitíase, vesícula em porcelana e adenoma. Segundo a literatura, carcinoma de células claras, diagnóstico no AP inicial, é menos de 1% de todas as doenças malignas da vesícula biliar e revisão de lâmina sugeriu disgerminoma, neoplasia comum em órgão ginecológico, raramente descrita na literatura como sítio primário ou metastático na vesícula biliar.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As neoplasias de vesícula biliar podem ter como apresentação inicial quadro de colecistite aguda e confirmação após anatomopatológico.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 102457 – PANCREATITE AUTOIMUNE MIMETIZANDO NEOPLASIA DE PÂNCREAS

**AUTORES:** MARIANA ARAÚJO SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FRANZ ROBERT APODACA TORREZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PARISINA FRAGA DUTRA CABRAL CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ALBERTO GOLDENBERG (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ORLANDO RONDAN ZOTTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON JOSÉ LOBO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 27 anos, hígida, tabagista, com dor em epigástrio, náuseas, sintomas colestáticos e perda ponderal de 15 kg. Laboratoriais: FALC 554 GGT 1760 BT 5,6 BD 5,3. ColangiRM: aumento volumétrico da cabeça e processo uncinado do pâncreas, de aspecto nodular, com hiposinal difuso em T1, com realce retardado ao meio de contraste e transição abrupta do calibre do colédoco distal a nível da cabeça pancreática, com dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas e vesícula hidrópica. Ducto pancreático principal de calibre preservado. TC Abdome: aumento difuso e heterogêneo do pâncreas, com perda da morfologia lobulada e hiporrealce heterogêneo ao contraste, com compressão do segmento intrapancreático do colédoco e moderada dilatação das vias biliares, envolvendo a veia mesentérica superior, junção esplenomesentérica e veia porta em mais de 180 graus. TC Tórax sem alterações. Realizado CPRE com passagem de prótese plástica para drenagem de via biliar e ECOEDA com biópsia – AP: Pancreatite crônica com plasmócitos, fibrose e focos reagudização. Sem sinais de malignidade. Imunohistoquímica favorece pancreatite crônica. IgG Total 956mg/dL IgG 1 444mg/dL IgG 2:305,7mg/dL IgG 3 26,3mg/dL IgG 4 35,7mg/dL. Realizado tratamento clínico com prednisona por 4 semanas devido etiologia autoimune. Paciente evoluiu bem, assintomática, nega sintomas colestáticos, náuseas, vômitos ou febre. RM Abdome controle com redução do edema pancreático, diminuição do realce heterogêneo prévio e com boa resposta a corticoterapia. Indicada retirada de prótese biliar e seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Pancreatite autoimune é relacionada à doença sistêmica relacionada a IgG4. Diagnosticada por imagem, histopatológico e boa resposta ao tratamento com esteróides. É inflamação crônica do pâncreas, com sintomas biliares e pancreáticos, IgG4 sérico alto e acúmulo de plasmócitos que expressam IgG4 nos órgãos afetados. Segundo a literatura, pode ser dividida em Tipo 1: relacionada a IgG4, infiltração de células plasmáticas portadoras de IgG4 do pâncreas, pode afetar vários órgãos e Tipo 2: pancreatite com lesões epiteliais granulocíticas no ducto pancreático sem células IgG4 ou envolvimento sistêmico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em casos como o relatado, é de suma importância excluir neoplasia pancreática antes de confirmar pancreatite autoimune e também, manter seguimento do paciente após diagnóstico, pois há relatos de desenvolvimento adenocarcinoma em portadores de pancreatite autoimune.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com



## Cirurgia - Pâncreas

### 1104379 – FÍSTULA BILIO-BRÔNQUICA SECUNDÁRIA A OBSTRUÇÃO DE PRÓTESE BILIAR EM PACIENTE COM ADENOCARINOMA DE PÂNCREAS - RELATO DE CASO

**AUTORES:** Walmar Kerche Oliveira (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Kamila Bessa Penteado (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Claudia Nishida Hasimoto (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Leonardo Pelafsky (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Daniel Mendes Shiroma (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Lana Wilma Rocha Lima (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Irio Gonçalves Jr (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Maria Aparecida Coelho Arruda Henry (UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 62 anos, obeso, diabético, hipertenso, em investigação de síndrome colestática, evidenciando dilatação de toda via biliar, sem evidência de fatores obstrutivos na ultrassonografia(US) e tomografia computadorizada(TC), porém ressonância magnética(RM)/colangioRM sugerindo colangiocarcinoma.

Devido hiperbilirrubinemia optado pela realização CPRE, sugestiva de colangiocarcinoma distal e passado prótese biliar. Estabilizado e submetido à cirurgia que evidenciou lesão irrissecável em corpo de pâncreas invadindo artéria gastroduodenal, tronco celíaco e colédoco retraído. Realizado colecistectomia e biópsia (adenocarcinoma origem bilio-pancreática), mantendo a prótese para abreviar recuperação e permitir quimioterapia(QT). Evolui sem intercorrências e alta. No acompanhamento, por dois momentos, apresentou abscesso hepático com necessidade de drenagem, antibioticoterapia de amplo espectro e longa internação. No seguimento, abscesso em regressão nos exames, porém iniciou quadro de tosse intratável, secretiva de aspecto bilioso. Avaliado pela cirurgia torácica, realizado broncoscopia com hipótese de fístula bilio-brônquica (FBB). Nova internação para troca de prótese com melhora da expectoração biliosa de imediato.

Mantém seguimento em QT paliativa e troca periódica da prótese.

**DISCUSSÃO:** FBB é rara, incidência desconhecida, alta mortalidade e decorre da comunicação do sistema biliar com trato respiratório, sendo maioria decorrente de abscesso hepático secundário a causas diversas.

A Fisiopatologia é a combinação de fatores mecânicos/infeciosos que cria contiguidade entre os dois sistemas e leva ao processo inflamatório que resulta no surgimento.

Classificada em congênita, secundária (trauma, doença hepática ou obstrutiva) e iatrogênica.

Clínica variável conforme etiologia, apresentando: tosse, atelectasia, bilioptise (patognomônico), pneumonia, dispnéia, insuficiência respiratória, febre, dor abdominal.

Diagnóstico complexo dependente de suspeita clínica, laboratoriais(bilirrubina no escarro) e imagem(CPRE, broncoscopia, TC, colecintilografia, RM) sendo CPRE ou colangiografia transparieto-hepática percutânea padrão ouro.

Tratamento pode ser cirúrgico ou endoscópico dependente da causa, variando desde abordagem direta com fechamento diafragmático até desobstrução endoscópica da via biliar.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** FBB é rara, pouco relatada e desafia o cirurgião desde o diagnóstico ao tratamento, justificando-se o relato para melhor conhecimento da patologia e auxílio na abordagem desses pacientes.

**CONTATO AUTOR:** WALMAR KERCHE DE OLIVEIRA | walmar.kerche@uol.com.br

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104458 – Síndrome de Lise Tumoral em Paciente com Neoplasia Pouco Diferenciada de Pâncreas

**AUTORES:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIANNA STORACE DE CARVALHO AROUCA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), EMANUELLA ROBERTA INA CIRINO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), DUNIA VERONA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), ISABELLA CORREA DE OLIVEIRA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), LUCAS DA SILVA WOLLF (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), IGOR RAPHAEL MATIAS VALEJO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), ALAN JUNIOR DE AGUIAR (UC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIO CEZAR UILI COELHO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 49 anos, tabagista e ex-etilista, admitido por epigastria e vômitos pós-prandiais associado a perda ponderal de 13Kg em 3 meses. Apresentava-se em regular estado geral, emagrecido, com abdome doloroso à palpação de quadrantes superiores com massa palpável em epigástrico e hipocôndrio direito. A TC de abdome evidenciou importante distensão gástrica e massa infiltrativa em retroperitônio com extenso comprometimento de duodeno resultando em suboclusão, sendo então submetido a endoscopia digestiva alta para passagem de sonda nasoenteral. A complementação radiológica com RNM identificou grande lesão sólida infiltrativa de limites imprecisos, realce heterogêneo pelo contraste e acentuada restrição à difusão, centrada no retroperitônio em face lateral da cabeça do pâncreas, infiltrando a segunda porção do duodeno, determinando obstrução do mesmo com dilatação gástrica, assim como obliteração dos planos anatômicos entre o duodeno, ângulo hepático do cólon e a vesícula biliar, além de compressão e perda dos planos de clivagem com a veia cava inferior e extensão para o hilo hepático. Os marcadores tumorais evidenciaram CA 19.9 14282,8 e CEA 2,26, sendo optado por realizar biópsia guiada por USG, que, porém, mostrou apenas neoplasia maligna pouco diferenciada. Diante do conjunto de achados, foi diagnosticado com TU de cabeça pâncreas avançado e submetido então a jejunostomia paliativa. Em seguimento pós-operatório evoluiu com hiperfosfatemia, hipocalcemia, hiperuricemia, hipercalemia, além de lesão renal aguda, disfunção cardíaca e rebaixamento do nível de consciência, sendo diagnosticado com síndrome de lise tumoral. Após compensação inicial, foi optado por medidas de conforto, evoluindo assim para óbito após dois dias.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de lise tumoral (SLT) configura um quadro emergencial e potencialmente grave, desencadeada por citólise maciça com material intracelular na circulação. Compreende distúrbios hidroeletrolíticos responsáveis por lesões em múltiplos órgãos alvo, sendo mais observada em pacientes com doenças hematológicas malignas, no entanto, pode estar presente em outros tumores sólidos como o de mama ou de pulmão.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso relatado, vimos um paciente com tumor de cabeça de pâncreas, o qual não configura uma neoplasia frequentemente associada com essa síndrome. Desse modo, mesmo diante de neoplasias sem uma clara relação com SLT, é preciso se atentar ao diagnóstico frente a alterações metabólicas pela sua progressão potencialmente fatal.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE | lari.gomide@gmail.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104512 – CIRURGIA DE FREY PARA TRATAMENTO DE DOR REFRACTÁRIA NA PANCREATITE CRÔNICA

**AUTORES:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIANNA STORACE DE CARVALHO AROUCA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), TAIANA NAILA MAZARO ZARELLI (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), IGOR RAPHAEL MATIAS VALEJO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), ALAN JUNIOR DE AGUIAR (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), FELIPE GRION TREVISANE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JOÃO OTAVIO VARASCHIN ZENI (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), CARLOS HUMBERTO GUILMAN TANIZAWA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIO CEZAR UILI COELHO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino de 44 anos, com histórico de etilismo importante por 6 anos com abstinência há 4 anos, foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral por dor em epigástrio com irradiação para dorso, de moderada intensidade, diária, associada a episódios de êmese e náuseas, com piora após alimentação. Realizou exames complementares, sendo diagnosticada com pancreatite crônica de etiologia alcoólica e, durante o seguimento, evoluiu com disfunção endócrina e exócrina pancreática, com necessidade de uso de pancreatina e insulina. Além disso, a paciente manteve queixa de dor abdominal intensa diária, refratária a analgésicos comuns. Em TC de abdome de acompanhamento, foi identificado pâncreas com dimensões reduzidas, apresentando múltiplas calcificações grosseiras por todo seu parênquima e dilatação irregular do ducto pancreático principal, medindo até 8mm, e de alguns ductos secundários, e calcificações no interior do ducto pancreático principal, medindo até 12mm (cálculos). Foi tentado realizar controle álgico através de combinação entre opióides e analgésicos sem melhora significativa, apresentando refratariedade ao tratamento clínico, além de tentativa CPRE para descompressão do ducto pancreático também sem sucesso. Em reunião do serviço, foi então optado pela abordagem cirúrgica pela Técnica de Frey. A paciente foi então submetida a uma pancreatojejunostomia longitudinal com retirada dos cálculos intra-pancreáticos e ressecção local de parênquima cabeça do pâncreas em contiguidade com o ducto pancreático principal e reconstrução em Y de Roux, sem intercorrências. Com boa evolução, a paciente recebeu alta após o 3ºDPO. Em quatro meses de seguimento ambulatorial, a paciente refere melhora completa dos sintomas álgicos, atualmente sem necessidade de qualquer medicação para estes fins.

**DISCUSSÃO:** A intervenção endoscópica ou cirúrgica da pancreatite crônica é recomendada quando o tratamento conservador, incluindo analgesia e enzimas pancreáticas orais e cessação do uso de álcool, não conseguem atingir adequadamente o controle sintomático.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A abordagem cirúrgica ainda é superior à endoscópica, tanto no controle da dor quanto na promoção de qualidade de vida, sendo o procedimento de Frey uma opção viável, uma vez que trata a hipertensão do ducto pancreático e remove tecido doente na cabeça do pâncreas, demonstrando a vantagem de apresentar remissão dolorosa com a equivalente à cirurgia de Beger e a duodenopancreatectomia, mas com baixíssimas taxas de mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE | lari.gomide@gmail.com

## **Cirurgia - Pâncreas**

### **1104517 – Cirurgia de Appleby para tratamento de adenocarcinoma pancreático com invasão de Tronco Celíaco – Relato de Caso**

**AUTORES:** Guilherme Hoverter Callejas (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Fabio Henrique Ribeiro Maldonado (Centro Médico de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Murillo Pimentel Utrini (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Martinho Antônio Gestic (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Francisco Callejas Neto (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 66 anos, encaminhado por tumor de pâncreas considerado irressecável devido à invasão vascular.

Apresentava perda de peso (10 kg/3 meses), dorsalgia e diagnóstico recente de diabetes.

À tomografia, observou-se lesão hipocaptante no corpo e cauda pancreáticos com: íntimo contato com o tronco celíaco, artéria hepática comum, sem sinais claros de invasão; invasão da artéria gástrica esquerda e esplênica; íntimo contato da lesão com a junção esplenomesentérica, com sinais de invasão da v. esplênica. Ainda, a artéria hepática direita aberrante ramo da Artéria Mesentérica Superior.

Devido às boas condições clínicas do paciente, foi optado pelo tratamento cirúrgico.

No intraoperatório, não foram detectadas metástases. Constatada a invasão da artéria hepática comum, foi realizado clampeamento temporário da mesma, sem prejuízo à vascularização hepática em função do fluxo pela Artéria Gastroduodenal para a artéria hepática esquerda e pela artéria hepática direita aberrante. Prosseguiu-se com a pancreatectomia corpocaudal e esplenectomia e linfadenectomia. Foi realizada ressecção e ligadura do Tronco Celíaco, sem necessidade de reconstrução arterial. Havia invasão da junção esplenomesentérica, ressecada em bloco, com reconstrução primária terminoterminal. Foi colocado um dreno tubulolaminar.

Não houve intercorrências. O paciente apresentou evolução favorável e teve alta no 8º pós-operatório.

O anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 8,8x4,7x4,4 cm. Foram ressecados 32 linfonodos, sendo 8 acometidos.

**DISCUSSÃO:** O adenocarcinoma de pâncreas é geralmente diagnosticado em estágios tardios. Apenas cerca de 20% dos pacientes são candidatos ao tratamento cirúrgico. A cirurgia de Appleby foi descrita para tratamento do câncer gástrico avançado e adaptada para os tumores de pâncreas em 1976. Baseia-se no princípio de que o suprimento arterial hepático pode ser mantido através do fluxo da arcada da Artéria Gastroduodenal, proveniente da A. mesentérica superior. Estudos recentes apontam que o procedimento tem morbimortalidade semelhante à pancreatectomia corpocaudal, com melhora da sobrevida em relação aos pacientes não operados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A pancreatectomia corpocaudal com ressecção do Tronco Celíaco pode ser realizada em pacientes cuidadosamente indicados. O caso apresentava ainda invasão venosa, que exigiu uma anastomose vascular, porém que também não contraindica a ressecção. O desfecho em curto prazo foi favorável e o paciente segue em acompanhamento.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME HOVERTER CALLEJAS | [guilherme.callejas@hotmail.com](mailto:guilherme.callejas@hotmail.com)

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104520 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA GASTRODUODENAL: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Renata Barreto Russo (Santa Casa da Misericórdia de Fafe (SCMF) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rodrigo Machado Landim (Santa Casa da Misericórdia de Fafe (SCMF) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sarah Montes Torres (Santa Casa da Misericórdia de Fafe (SCMF) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisca Giordana Vasconcelos de Oliveira (Santa Casa da Misericórdia de Fafe (SCMF) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Matheus Zaian Rodrigues de Fonseca Lira (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Lucas Rodrigues Melo (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Samuel Lima de Souza (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Luiz Matheus Ferreira Brito (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ana Caroline Farias Gomes (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Andressa Souto de Oliveira Baltoré (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil), Leandro Rodrigo Pereira de Matos (Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 44 anos, etilista, tabagista, usuário de drogas ilícitas com queixa de “dor de estômago há cinco meses”. Refere dor abdominal difusa, pior em epigástrio, em cólica, que melhorava com jejum e sintomáticos e piorava com alimentação. Ultrassonografia abdominal revelou pâncreas com processo expansivo misto com predomínio de conteúdo líquido e heterogêneo. Courseu com hematêmese após 1 semana, quando foi feita endoscopia digestiva alta (EDA), sem alterações, e tomografia (TC) de abdome e pelve que mostrou dilatação aneurismática fusiforme em região epigástrica, com cerca de 9,0 x 7,6 x 7,6 cm de aspecto heterogêneo, com material hiperdenso de permeio e áreas de trombose mural. Nota-se luz verdadeira no interior, relacionada à artéria gastroduodenal, com 1,9 x 1,7 cm (plano axial), com dilatação de ducto pancreático principal e vias biliares intra e extrahepáticas. Na internação, houve piora súbita da dor abdominal, hipotensão e taquidispneia, sendo feita expansão volêmica e indicada intervenção pela hipótese de aneurisma roto. Foi feita embolização com molas e gelfoam em artéria gastroduodenal, com boa evolução pós-operatória.

**DISCUSSÃO:** Os pseudoaneurismas (PSAs) de artérias viscerais são raros, com pelo menos uma camada arterial a menos e mais risco de ruptura que os aneurismas verdadeiros. No caso, há indícios de pancreatite crônica, principal causa de PSA da artéria gastroduodenal. Na sua clínica são incomuns sangramentos, que se complicam com instabilidade hemodinâmica, pseudocistos e hemosuccus pancreaticus. EDA e exames de imagem são importantes para o diagnóstico, sobretudo quando há doença pancreática associada à hemorragia digestiva alta (HDA). A TC de abdome foi solicitada por visualizar bem patologias pancreáticas e PSAs. A cirurgia possui altas taxas de mortalidade (5-25%), sendo indicada se há instabilidade do paciente para procedimento angiográfico ou persistência de sangramento. A embolização é alternativa se há alto risco cirúrgico, com maior efetividade, menos risco de complicações e menor tempo de internação, sendo feita cateterização superseletiva da artéria envolvida e a embolização distal e proximal à lesão e do saco endoluminal do PSA a partir do uso de molas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O PSA de artérias peripancreáticas deve ser lembrado em casos de HDA associada à doença pancreática e sem diagnóstico por EDA, sendo importante realizar exames de imagem para visualizá-lo, como TC e arteriografia.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS RODRIGUES MELO | lucasmasts@gmail.com

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104562 – SÍNDROME ZOLLINGER ELLISON POR GASTRINOMA ESPORÁDICO

**AUTORES:** Mariana Araujo Santos (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Parisina Fraga Dutra Cabral Carvalho (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Franz Robert Apodaca Torrez (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alberto Goldenberg (Universidade Federal De São Paulo- EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil), Edson José Lobo (Universidade Federal de São Paulo - EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 52 anos, hígido, refere dor epigástrica há 20 anos, com piora há 1 ano, mesmo em uso de IBP 40mg/dia, já tratou H Pylori previamente. Evoluiu com diarreia aquosa, vômitos, perda de 6kg em 2 meses e dor à palpação epigástrico. EDA: esofagite erosiva grau A de Los Angeles e cicatriz duodenal bulbar (Sakita S2). H. pylori negativo. Amilase sérica 295, Cromogranina A > 700 e Gastrina 789. TC Abdome: nódulo hipervasculoso na terceira porção duodenal, 0,7 cm. Linfonomegalia hipervasculosa na raiz do mesentério, anterior a quarta porção duodenal/ transição duodenojejunal, 1,5 x 1,1 cm. PET/CT: acúmulo anômalo do radiofármaco na terceira porção duodenal e em nódulo na raiz do mesentério à esquerda, 1,5 cm. Expressão anômala dos receptores da somatostatina na terceira porção duodenal e em nódulo na raiz do mesentério. Com o diagnóstico de Gastrinoma esporádico, indicada abordagem cirúrgica e palpado nódulo endurecido na mucosa da terceira porção duodenal após duodenotomia e linfonodo na raiz do mesentério. Ambas lesões ressecadas com anatomopatológico: tumor neuroendócrino bem diferenciado de duodeno infiltrativo até camada muscular própria, 0,8 x 0,5 cm, com infiltração vascular linfática, sem infiltração vascular venosa e perineural. Margens de ressecção livres de neoplasia. Estadiamento pT2 pN1. Metástase de tumor neuroendócrino em linfonodo mesentérico 1,7 cm, sem rotura da capsular. Imunohistoquímica: Cromogranina + Sinaptofisina + Ki67 3% Gastrina +. TNE bem diferenciado produtor de gastrina, grau II. Paciente evoluiu com melhora da epigastralgia e do hábito intestinal no pós-operatório. Recebeu alta no 4ºPO com IBP (Suspensão no 30ºPO) Gastrina 6ºPO: 19. Atualmente paciente assintomático, com gastrina normal.

**DISCUSSÃO:** Síndrome de Zollinger Ellison é a 2ª neoplasia funcionante dos TNE do pâncreas, caracterizada pela secreção ectópica de gastrina. Se localiza no triângulo do gastrinoma (90% dos casos), principalmente no duodeno (60%-80%) e menos frequentemente no pâncreas (10%-40%). A maioria dos gastrinomas são malignos e em 25% está associado a NEM-I. A hiperprodução ácida leva à úlcera péptica refratária, doença de refluxo gastroesofágico grave e menos frequente diarreia. Diagnóstico confirmado por gastrina sérica acima de 1000. Tratamento é ressecção cirúrgica da neoplasia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em pacientes com doença ulcerosa péptica refratária ao tratamento clínico, úlceras gigantes/múltiplas e dispepsia de longa data, Sd Zollinger Ellison deve ser considerada.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 102071 – Adenocarcinoma primário de apêndice: diagnóstico incidental em paciente jovem – relato de caso

**AUTORES:** Renata Castilho Sperli (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Natinielle Martins de Souza (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Octávio Araújo Rodrigues Lima (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Geisa Perez Medina Gomide (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Sílvia Maria Perrone Camilo (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), João Henrique Amaral Silva (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 23 anos, com dor em fossa ilíaca direita há três dias, de forte intensidade, realizou ultrassom na urgência, compatível com apendicite aguda. Submetido a apendicectomia à McBurney e visualizado apêndice perfurado. Anatomopatológico revelou adenocarcinoma invasor do apêndice, tipo não mucinoso, bem diferenciado, com invasão da serosa e margem cirúrgica na extremidade cecal focalmente comprometida. Paciente foi submetido a colectomia direita oncológica e linfadenectomia retroperitoneal. Novo anatomopatológico identificou dois focos de adenocarcinoma no tecido adiposo do mesocólon, linfonodos e margens de ressecção sem evidência de neoplasia. Iniciado tratamento quimioterápico coadjuvante.

**DISCUSSÃO:** A apendicite aguda é a patologia abdominal que mais frequentemente requer cirurgia de emergência. Causas que podem obliterar a cavidade apendicular poderão levar a essa condição. Tumores, embora raros, também podem obliterar seu lúmen.

A incidência de apendicite aguda nos Estados Unidos é de 7,7% e os tumores do apêndice podem ser encontrados incidentalmente em espécimes de apendicectomia, variando de 0,9% a 1,7%. Apesar dos cânceres primários do apêndice serem raros, (1,2 casos por 100.000 pessoas por ano nos Estados Unidos) e assintomáticos, quando há sintomas, o processo da doença pode estar avançado.

O paciente, do caso aqui relatado, apresentou adenocarcinoma do tipo colônico, o qual possui predomínio no sexo masculino e idade média de 62 a 65 anos. Nesse subtipo não há um estadiamento ou diretriz específica, portanto a investigação, o estadiamento e o tratamento se assemelham aos do câncer de cólon.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Destaca-se no caso apresentado a importância do diagnóstico clínico da apendicite, identificando-se fatores predisponentes aos tumores como idade mais avançada, exames de imagem com achados que favoreçam o diagnóstico de neoplasia e o estudo anatomopatológico, através do qual se confirma ou não a etiologia tumoral. O paciente em questão apresentou apendicite complicada na ultrassonografia e o anatomopatológico surpreendeu por se tratar de indivíduo jovem com diagnóstico etiológico de tumor de apêndice como causa da apendicite aguda. Reforçamos a importância do estudo histológico na etiologia da apendicite aguda, objetivando a otimização da abordagem terapêutica e o melhor prognóstico para o paciente.

**CONTATO AUTOR:** RENATA CASTILHO SPERLI | renata.sperli@hotmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 102117 – TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA EM RETOSSIGMOIDE POR RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE SUBMUCOSA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Thiago Souza e Silva (Real Hospital Portugues - Recife - Pernambuco - Brasil), Laryssa Elizabete Valença Arruda (Faculdade Mauricio de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Thamyres Brunielly Cavalcante Cardoso (Faculdade Mauricio de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Renata Ramalho Maciel (Faculdade Mauricio de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Marcela Knauer Da Mota (Faculdade Mauricio de Nassau - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Leticia Soares Pereira (Faculdade Mauricio de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Eduarda Araujo Hinrichsen (Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O câncer colorretal abrange os tumores que se iniciam no cólon, reto e ânus. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos, sendo o adenocarcinoma o tipo mais comum encontrado. Esse tipo de tumor se torna passível de desfecho positivo através de tratamento e diagnóstico precoce, podendo ser instituída como possível conduta a ressecção endoscópica de submucosa. Alguns fatores que podem aumentar o risco de um indivíduo desenvolver câncer colorretal são diabetes tipo 2, histórico pessoal de pólipos adenomatosos ou câncer colorretal, idade, dieta, entre outros. Esse relato de caso trata-se de um paciente de 71 anos, hipertenso, diabético, com 2 revascularizações miocárdicas e 3 stents coronarianos. Encaminhado para avaliação do cirurgião pela identificação de lesão elevada de aspecto neoplásico em transição retossigmoide de aproximadamente 5cm, ocupando 40% da circunferência. Paciente foi submetido a exame de retossigmoidoscopia no qual foi realizada polipectomia em reto distal, e identificada lesão polipóide sem áreas suspeitas de invasão maciça da submucosa na transição retossigmoide. Foi discutido entre a equipe de cirurgia geral e a equipe da endoscopia, e optou-se por realizar ressecção de submucosa. No exame histopatológico foi evidenciado o adenocarcinoma intramucoso, bem diferenciado, com margens cirúrgicas circunferencial e profunda livres de neoplasia.

**DISCUSSÃO:** O principal tratamento curativo do câncer colorretal é cirúrgico, podendo ser associado com quimioterapia, a depender do estadiamento. Dentre as técnicas de ressecção endoscópica, a dissecação endoscópica de submucosa (ESD) permite a ressecção das lesões em um único fragmento na maioria dos casos, sendo superior à ressecção endoscópica de mucosa (EMR). A ESD também apresenta bons resultados na remoção completa com margens livres e taxas de recidiva. A remoção em fragmentos está associada a maior dificuldade de avaliação patológica, e aumento de risco de crescimento posterior da lesão recidiva ou lesão residual.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ESD sendo uma técnica que possibilita ampliação de possibilidades do tratamento endoscópico e apresenta grandes resultados curativos, assume papel relevante na incidência de ressecção curativa.

**CONTATO AUTOR:** THIAGO SOUZA SILVA | thiagosouzasilva@hotmail.com



## Cirurgia - Cólon

### 102127 – LINFOMA PRIMÁRIO DE CÓLON EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**AUTORES:** Jackson Ribeiro Fernandes (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Jamile Rosset Mocellin (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Michel Ribeiro Fernandes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 35 anos, atendida no serviço de emergência por dor em fossa ilíaca direita, hiporexia, constipação e emagrecimento de aproximadamente 6 kg nos últimos 2 meses. Ao exame físico apresentava intensa dor a palpação de fossa ilíaca direita juntamente com uma massa palpável dolorosa e aspecto pétreo. Tomografia (TC) de abdômen total inicial evidenciava espessamento concêntrico de cólon ascendente, com uma imagem de aspecto irregular, heterogênea, hipodensa e presença de gás no seu interior. Submetida a colonoscopia com presença de lesão ulcerada de bordas elevadas em cólon direito e biópsia demonstrando colite ulcerativa inespecífica. Optado pela laparotomia exploradora na qual foi identificada uma massa em cólon ascendente. Realizada ressecção em bloco do transverso proximal, cólon ascendente, ceco e 30 cm do íleo terminal com confecção íleotransversoanastomose. A paciente recebeu alta no 5º de pós operatório. O exame anátomo-patológico demonstrou neoplasia maligna pouco diferenciado e confirmado linfoma difuso de grandes células com imunofenótipo B (CD 20+) pela imunohistoquímica. Iniciada quimioterapia adjuvante R-CHOP e paciente se mantém assintomática.

**DISCUSSÃO:** Os linfomas primários de cólon são raros, representando 0,2 a 0,6 % dos tumores desta localização sendo mais agressivos quando comparados ao adenocarcinoma. Seu pico de incidência varia entre 50 e 70 anos, predominando em homens. As lesões acometem predominantemente o ceco e os fatores de risco são: colite ulcerativa, doença de Chron, radioterapia prévia, HIV, corticoperatia, transplante renal e ureterossigmoidostomia. Os sintomas são inespecíficos dificultando o diagnóstico precoce, predominando a dor abdominal, perda de peso, massa palpável e alteração de hábito intestinal. Inicialmente, os exames de imagem auxiliam no diagnóstico, contudo, a biópsia da peça anatômica por meio da colonoscopia ou na ressecção cirúrgica define o diagnóstico, sendo a maioria provenientes de células B. O tratamento é cirúrgico, apresentado menores taxas de mortalidade e morbidade quando realizado precocemente. O uso de quimioterapia adjuvante permanece controverso, enquanto alguns autores orientam o tratamento em todos os casos, outros a utilizam em apenas naqueles com pior prognóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A diferenciação histológica é fundamental para o diagnóstico de neoplasias de cólon, principalmente nos casos de linfoma, pois direcionando o tratamento proporcionando aumentando nas chances de cura e sobrevida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** MICHEL RIBEIRO FERNANDES | m85848@me.com

## Cirurgia - Cólon

### 102128 – HÉRNIA DE AMYAND A DIREITA COM APENDICITE AGUDA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**AUTORES:** Jackson Ribeiro Fernandes (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Jamile Rosset Mocellin (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Michel Ribeiro Fernandes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 45 anos, com histórico de hérnia inguinal com redução incruenta a direita há 3 anos, em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral e com hernioplastia eletiva programada. Paciente é admitido no serviço de emergência com dor escrotal e dificuldade de redução do saco herniário há 8 horas. Ao exame físico, apresentava abdômen flácido e indolor, sem sinais de peritonismo. Optado por cirurgia de emergência devido ao encarceramento do saco herniário. Durante o transoperatório identificado parte do ceco e apêndice cecal eritematoso com o conteúdo herniário, sendo realizada apendicectomia associado a redução do restante do saco herniário e, posteriormente, hernioplastia pela técnica de Shouldice. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com alta hospitalar no 2º dia.

**DISCUSSÃO:** A hérnia de Amyand caracteriza-se pela presença do apêndice cecal dentro do saco herniário, podendo ser inflamado ou não. Sua incidência é rara, variando entre 0,5 a 1%. Frequentemente, os achados clínicos e semiológicos são inespecíficos e irão depender do comportamento da hérnia (sem alterações agudas, estrangulamento ou encarceramento) e do apêndice (sem sinais inflamatórios, inflamado, perfurado ou gangrenoso). A formação da apendicite aguda na Hérnia de Amyand ocorre pela compressão extrínseca do anel inguinal sob o apêndice cecal. A depender do tempo evolução e da procura do paciente pelo atendimento médico, sintomas típicos da apendicite aguda como anorexia, náuseas e vômitos podem ser variáveis, não ocorrendo neste caso. Não há um consenso quanto ao tratamento da Hérnia de Amyand, principalmente da realização da apendicectomia quando há apêndice com ausência de sinais inflamatórios e se isso contra-indicaria o reparo de hérnia com tela devido ao risco de contaminação. No tratamento deste caso, foi optado pela classificação de proposta de Losanoff e Basson's. Por se tratar de uma hérnia de Amyand tipo 2, na qual o tratamento proposto é apendicectomia seguida de hernioplastia sem colocação de tela, pois a inflamação gerada pode contribuir substancialmente na formação de aderências, fístulas e até mesmo recidiva da hérnia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora seja um quadro raro, a Hérnia de Amyand deve ser um dos diagnósticos diferenciados em pacientes com clínica de dor em fossa ilíaca, aumento do volume escrotal associado a sinais inflamatórios, especialmente naqueles com diagnóstico prévio de hérnia indireta. Ainda há discussões quanto ao uso de tela no reparo do saco herniário e suas complicações.

**CONTATO AUTOR:** MICHEL RIBEIRO FERNANDES | m85848@me.com

## Cirurgia - Cólon

### 102256 – Obstrução Intestinal por volvo de ceco: um Relato de Caso

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Hauy (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nóia (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M. L. S., sexo masculino, 86 anos, hipertenso, ex-etilista e ex-tabagista. Deu entrada com queixa de constipação intestinal, distensão abdominal e vômitos há 8 dias. Foi realizada radiografia de abdome agudo de admissão revelando sinais de volvo de cólon. No mesmo dia, paciente foi submetido a uma videocoloscopia na qual foi visualizada ponto de torção (volvo) em cólon direito e realizada desvolvulação. No sexto dia realizou-se uma cecopexia de cólon direito por via videolaparoscópica. Após um mês, paciente retornou novamente com quadro de constipação intestinal e diminuição de evacuação há 8 dias, sendo internado e realizado tratamento conservador. Onze dias depois, retorna com queixa de parada de eliminação das fezes. Nesse momento optou-se por realizar laparotomia exploradora, retossigmoidectomia e enteroanatomose latero lateral sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Volvo é uma torção de uma víscera oca em torno de seu eixo mesentérico, podendo ocorrer em qualquer segmento do trato digestivo. Entretanto ocorre mais frequentemente no cólon sigmoide e no ceco. É responsável por 1% a 1,5% de todas as obstruções intestinais no adulto e estima-se que a incidência aumenta 5,53% ao ano. Os pacientes acometidos com volvo geralmente estão entre a 6ª e 8ª década de vida e possuem com certa frequência condições médicas crônicas e deficiências neuropsicológicas, sendo que essas causas se apresentam mais prevalentes no volvo de cólon no que do volvo de ceco. Dentre os fatores de riscos temos dietas ricas em fibras, Doença de Chagas e comorbidades neurológicas e psiquiátricas. Em relação a isso, o paciente do caso passou pelo procedimento de desvolvulação colonoscópica. Em termos terapêuticos por conta da baixa probabilidade de sucesso e um provável potencial para causar uma lesão ao cólon volvulizado, essa tentativa de realizar redução endoscópica são reservados para os pacientes com múltiplas comorbidades e alto risco cirúrgico. O objetivo no caso deste paciente foi retirá-lo da emergência, visto que este tratamento não é o definitivo. O tratamento é particularizado para cada caso, sendo que o procedimento de escolha é a colectomia direita e para reconstrução realiza-se ileotransversoanastomose.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** volvo de ceco é uma causa rara de obstrução do cólon. A incidência do volvo de ceco vem aumentando e apresenta uma alta taxa de mortalidade. Dessa forma, torna-se necessário o diagnóstico precoce.

## Cirurgia - Cólon

### 102264 – Diagnóstico e tratamento de volvo sigmoide em paciente jovem

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nória (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente J.R., sexo masculino, 47 anos de idade, deu entrada em pronto socorro com queixa de dor muito intensa há 4 dias em região hipogástrica, do tipo cólica, além de 4 episódios de êmese e constipação há 4 dias. Ao exame físico apresentou abdome distendido, doloroso à palpação e tenesmo intestinal. Foram realizadas radiografia e tomografia de abdome agudo, apresentando distensão e rotação de alças de cólon, com imagem típica em grão de café e sugestivo de volvo de sigmoide. Diagnóstico foi confirmado por meio de uma videocolonoscopia que revelou vólvulo de sigmóide com insuflação e megacólon. Paciente foi submetido a uma desvolvulação colonoscópica. Recebeu alta hospitalar e retornou em 5 dias após alta, para internação e preparação de cólon para cirurgia de retossigmoidectomia abdominal com anastomose primária para tratamento do megacólon. Os achados intraoperatórios foram um retossigmoide distendido e de paredes hipertróficas/espessadas. Paciente evoluiu bem, teve alta hospitalar 8 dias após a cirurgia, sem dor abdominal e sem alteração no exame físico.

**DISCUSSÃO:** A causa benigna mais comum de obstrução colorretal é o volvo, sendo o volvo de sigmóide a etiologia mais comum de obstrução do intestino grosso no mundo, representando 5 a 15%. Para diagnóstico alguns argumentam que a tomografia computadorizada (TC) do abdome deve ser realizada preferencialmente, porém a radiografia simples é mais prontamente disponível universalmente e mais barato do que a TC abdominal. A distorção não operatória com sigmoidoscopia flexível é considerada terapia de primeira linha no tratamento inicial de volvo sigmoide, sendo realizada depois cirurgia para tratamento definido, se não houver contra-indicação. A taxa de sucesso de distorção endoscópica do volvo de sigmóide varia de 55% a 94%.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em pacientes jovens, apesar do volvo de sigmóide ser uma causa incomum de obstrução intestinal, deve ser incluído no diagnóstico diferencial em casos que apresentam dor abdominal e constipação absoluta. O diagnóstico precoce e o tratamento definitivo oportuno podem evitar complicações, particularmente em pacientes mais jovens, nos quais as chances de um diagnóstico incorreto ou tardio são maiores. O paciente descrito se enquadra em faixa de idade atípica, pois essa patologia é mais comum em homens acima de 70 anos. Já a associação de megacólon e volvo de sigmóide é mais comum em pacientes jovens.

## Cirurgia - Cólon

### 102271 – Influência da presença de metástase na sobrevida de paciente com tumor em cólon direito: Relato de caso

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nória (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Hauy (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M.B., sexo masculino, 74 anos de idade, apresentou queixa de dor abdominal em mesogástrio e hipocôndrio direito, de caráter inespecífico e piora após ingestão alimentar de início há 1 ano, além de perda ponderal (5 Kg em 4 meses). Ao exame físico do abdome, apresenta-se distendido, com diminuição dos ruídos hidroaéreos, timpânico e indolor à percussão. Foi realizada ultrassom de abdome superior que evidenciou espessamento irregular da parede de cólon transverso, aventada então a hipótese de câncer colorretal. A biópsia da lesão retirada em videocolonosopia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma mucossecretor ulcerado. Foi realizada cirurgia com intenção paliativa, uma hemicolectomia direita ampliada em oncologia com anastomose primária, foi encontrada presença de implantes metastáticos em peritônio e meso (carcinomatose). Após 5 meses de cirurgia, paciente apresentou obstrução intestinal, para desobstrução foi realizada ileostomia anteriormente a anastomose obstruída.

**DISCUSSÃO:** O tratamento padrão para o câncer de cólon localizado envolve ressecção cirúrgica do tumor primário e linfonodos regionais, apesar de ser o tratamento de primeira linha para câncer de cólon localizado, na presença de metástases avançadas, estimada em 20% dos casos, o manejo torna-se mais complicado e debatido. A presença de metástases está associada negativamente a sobrevida desses pacientes, em média de 12-18 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com metástases peritoneais têm maior risco de morte em comparação com pacientes com metástases não peritoneais, por isso há a necessidade de melhoria na detecção e tratamento de doenças peritoneais carcinomatose em pacientes com câncer colorretal, para aliviar os sintomas e também prolongar a vida do paciente. O paciente em questão tinha como indicativo uma cirurgia paliativa, devido a gravidade do tumor e pela presença de carcinomatose. A cirurgia foi com a intenção de aumentar a sobrevida do paciente. Entretanto, em um período de 5 meses, o paciente evoluiu para uma obstrução sendo necessária uma ileostomia. Cerca de 70% dos casos de obstrução aguda do cólon com desfecho cirúrgico é secundário ao câncer colorretal.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)

## Cirurgia - Cólon

### 102328 – ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR VOLVO DE CECO EM IDOSA ACAMADA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Pernambuco - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE SOUSA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAÍS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 85 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e Alzheimer, acamada, admitida com história de dor abdominal difusa, iniciada em quadrante inferior direito, associada a distensão abdominal progressiva e parada na eliminação de flatos e fezes nos últimos 5 dias. Acompanhante relatou início de quadro febril e vômitos nas últimas 24 horas. Apresentava-se, ao exame físico, em regular estado geral, desorientada, hipocorada (2+/4+), frequência respiratória 22 irpm, frequência cardíaca 110 bpm, pressão arterial 90x60 mmHg, desidratada, abdome globoso, distendido, timpânico à percussão, com sinais de irritação peritoneal e ausência de fezes em ampola retal. Hemograma com leucocitose (17.000/mm<sup>3</sup>) e radiografia abdominal mostrando distensão de alças intestinais e sinal do “grão de café”. Aventada hipótese de volvo, a paciente foi submetida a laparotomia de urgência que identificou torção intestinal em sentido horário envolvendo ceco e parte do cólon direito com isquemia e necrose de ceco. Foi realizada hemicolectomia direita e ileostomia terminal. Paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva com ostomia funcionante, sem sinais de isquemia. Houve progressivo aumento de leucócitos, apesar da antibioticoterapia (cefepime e metronidazol), além de hipotensão, uso de droga vasoativa, e no 5º dia pós operatório evoluiu com choque séptico, parada cardiorrespiratória refratária à ressuscitação cardiopulmonar e óbito.

**DISCUSSÃO:** O volvo de ceco trata-se da torção axial que ocorre envolvendo ceco, íleo terminal e cólon ascendente e evolui com isquemia, necrose, perfuração intestinal e óbito. Alguns fatores predisponentes conhecidos são constipação crônica, sexo feminino, idade avançada e repouso excessivo. O quadro clínico inclui dor abdominal difusa, distensão abdominal, timpanismo, constipação, náuseas e vômitos, e, na vigência de necrose, febre e peritonite. A radiografia abdominal revela sinais sugestivos, como dilatação cecal, ausência de gás no cólon distal e o sinal do “Grão de café” (ceco preenchido por ar e fluido). O tratamento é cirúrgico e individualizado, podendo ser realizada tanto cecopexia quanto hemicolectomia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como é uma patologia rara, o atraso diagnóstico aumenta as chances de complicações, por isso a importância de identificar fatores de risco e apresentação clínica para realizar diagnóstico precoce e melhorar a sobrevida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

## Cirurgia - Cólon

### 102425 – INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCÓLICA POR ADENOCARCINOMA DE CECO EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE SOUSA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAÍS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES BARBOSA FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** H.C.C., sexo feminino, 61 anos, admitida com queixa de dor abdominal há 15 dias, e ausência de flatos e evacuações há 2 dias, associado a anorexia, náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava-se afebril, acianótica, anictérica, normocorada, lúcida e orientada, com frequência respiratória 22 irpm, frequência cardíaca 98 bpm e pressão arterial 140x80 mmHg. Abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos abolidos, hipertimpânico, dor a palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Ampola limpa ao toque retal. Exames laboratoriais evidenciaram hipocalemia ( $K = 2,7$ ), demais laboratórios sem alterações. Tomografia computadorizada de abdome mostrou espessamento parietal concêntrico e segmentar do cólon transverso e em flexura hepática, compatível com intussuscepção intestinal. Paciente foi submetida a laparotomia exploradora, em que se identificou invaginação de íleo distal, apêndice cecal e cólon ascendente para cólon transverso. Desfeita a intussuscepção e identificada uma massa endurecida, fixa ao ceco, com 8cm de diâmetro e 10cm de extensão em ceco/cólon direito, sem perfuração, com discreto líquido livre. Procedeu-se hemicolecomia direita e confecção de ileostomia. A análise anatomopatológica da peça operatória evidenciou adenocarcinoma de ceco com margens e linfonodos livres. Paciente evoluiu bem, com progressiva melhora e recebeu alta no sexto dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** A intussuscepção consiste na invaginação de um segmento proximal do intestino na luz do segmento distal. É um quadro raro em adultos (1 a 5% dos casos), geralmente consequência de uma lesão estrutural, principalmente neoplasias. Dentre as quais, as de origem maligna correspondem a aproximadamente 60% dos casos e são mais frequentes no intestino grosso. A neoplasia maligna em cólon mais frequente, que leva a invaginação, é o adenocarcinoma. O quadro clínico manifesta-se como abdome agudo obstrutivo, com dor abdominal, náuseas, vômitos, tumoração abdominal, alteração do hábito intestinal, febre, hemorragia digestiva, ausência de flatos e/ou peritonite. O diagnóstico pode ser feito por exames de imagem e no intraoperatório.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante do caso exposto e da análise da literatura conclui-se que a intussuscepção intestinal em adultos é um diagnóstico raro com quadro clínico inespecífico. Porém, deve ser aventada como diagnóstico diferencial de obstruções intestinais, possibilitando o diagnóstico precoce e abordagem cirúrgica individualizada.

**CONTATO AUTOR:** LUDGERO RIBEIRO FEITOSA FILHO | Irffilho@hotmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104272 – LINFANGIOMA CÍSTICO DE MESENTÉRIO. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

**AUTORES:** CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ADRIANA BASSANI NASSRI (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI (UNIMAR - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CÍCERO CARDOSO SOUZA (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CAROLINE BITENCOURT CARDOSO SOUZA (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), AMANDA CAROLINE DÒNOFRE GARCIA (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LETÍCIA FIRMINO SATO (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANTONIO BUENO MORAES NETO (HOSPITAL ESTADUAL OSÍRIS COELHO SES/SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GIULIA LOT COSCINA (UNIMAR - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUIZ GUILHERME XAVIER DE CASTRO MEIRA (UNISALESIANO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Z.R.S. 67 anos, com queixa de desconforto abdominal frustrado e dores esparsas e pouco específicas em região ântero-lateral esquerda do abdome. Diabética, relata perda de peso inespecífica, nega alterações digestivas altas e ou baixas. Sem cirurgias abdominais anteriores. US indicou presença de imagem cística volumosa com conteúdo anecóico, bordas bem definidas, de forma ovalar, em flanco esquerdo medindo cerca de 143 x 119 x 146 mm e com volume 1318 cm cúbicos de etiologia à esclarecer.

Tomografia de abdome evidenciou tumoração de conteúdo cístico de paredes lisas, com tamanho estimado em 132 mm de diâmetro ântero-posterior, comprimindo e rechaçando as demais vísceras, porém sem invasão contígua, sem septos murais, baixa impregnação capsular pelo contraste se estendendo desde a flexura esplênica até a fossa ilíaca esquerda; lateralmente abaulando a parede ântero-lateral esquerda do abdome e medialmente com contato com o rim esquerdo e coluna lombar. Paciente foi preparado para intervenção cirúrgica curativa com diagnóstico de cisto de mesentério. Realizada laparotomia por meio de abordagem mediana transumbilical, com ótima exposição do cisto de excisão do mesmo com segurança e preservação do cólon descendente/ sigmóide.

**DISCUSSÃO:** Também chamado de cisto de mesentério, é uma afecção bastante rara, desde sua primeira descrição em 1507 por Benevianae. Existem diversos tipos de cistos mesentéricos, entretanto, a dificuldade de caracterização de cada um tem sido empecilho na elaboração de um sistema de classificação ideal e universal<sup>3</sup>. A etiologia permanece incerta, entretanto, admite-se que obstruções linfáticas, desordens embrionárias, trauma abdominal ou degeneração local podem propiciar a formação do cisto<sup>4</sup>. As manifestações clínicas dos cistos mesentéricos são discretas na grande maioria dos casos inclusive no supra descrito, cujo desconforto frustrado se manifestou no flanco esquerdo por provável efeito compressivo<sup>12</sup>; necessária a lembrança que os cistos podem romper-se levando a quadro de abdome agudo já descritos na literatura<sup>13</sup>.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O linfangioma mesentérico em adultos é uma doença rara, de comportamento benigno e de sintomatologia frustra. O caso em tela corrobora os dados da literatura no tocante aos achados clínico/epidemiológicos, diagnósticos e anatomopatológicos. Em relação ao tratamento, as intervenções cirúrgicas são o padrão ouro, variando desde a cistectomia simples até grandes ressecções associadas de mesentério e intestinos delgado e cólons.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com



## **Cirurgia - Cólon**

### **1104275 – NEOPLASIA MUCINOSA DE APÊNDICE CECAL**

**AUTORES:** José Roberto Violatti Filho (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Jéssica Ferreira Freitas (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Lucas Rocha Martins (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Adilson Gomes Faion (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.P.R, 42 anos, feminino, deu entrada no pronto socorro de ginecologia com história de dor pélvica de forte intensidade há 3 dias, sem outros comemorativos. Ao exame físico apresentava desconforto brusco doloroso em região hipogástrica, sem achados relevantes no exame ginecológico. Para melhor elucidação diagnóstica, foi realizada ultrassonografia endovaginal, que evidenciou volumosa formação cística complexa na pelve, de provável etiologia ovariana, com moderado volume de líquido livre em fundo de saco posterior. Diante do quadro, indicada laparotomia exploradora com a hipótese diagnóstica de torção anexial. No intraoperatório foi identificado abscesso tubo-ovariano bilateralmente, sendo procedida a salpingectomia bilateral. Ademais, foram observados sinais inflamatórios em apêndice cecal, sendo então convocada a equipe de cirurgia geral para avaliação do caso. Ao inventário da cavidade, observado apêndice vermiforme hiperemiado e de dimensões aumentadas, além de lesão tumoral em ceco de natureza indeterminada. Indicada hemicolectomia direita, procedimento realizado sem intercorrências. Devido à evolução clínica satisfatória, a paciente recebeu alta hospitalar no 6 dia pós-operatório com antibioticoterapia. Em seguimento ambulatorial, avaliado anatomopatológico, em que o produto ressecado apresentava neoplasia mucinosa do apêndice vermiforme de baixo grau. Estadiamento patológico pT4b, pN0, pMX. Margens cirúrgicas livres de comprometimento. Encaminhada ao ambulatório de cirurgia oncológica para avaliar necessidade de reabordagem cirúrgica, no entanto, devido ausência de sinais de pseudomixoma e de comprometimento de margens cirúrgicas, optou-se por aguardar realização de colonoscopia e tomografias de tórax e abdome total solicitadas. Orientada sobre lesão tumoral considerada avançada e que, futuramente, poderá ser necessária reabordagem cirúrgica associada a citorredução com HIPEC. Mantém seguimento nos ambulatórios de cirurgia do aparelho digestivo e oncologia clínica.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias do apêndice cecal são consideradas raras, predominantemente representadas por tumores epiteliais e tumores neuroendócrinos. Estima-se que até 0,2% das apendicectomias apresentam um adenocarcinoma.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Propusemo-nos a relatar o presente caso tendo em vista a sua baixa incidência e a importância da alta suspeição clínica pelo cirurgião, a fim de se adotar condutas agressivas que poderão impactar positivamente no prognóstico.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ROBERTO VIOLATTI FILHO | jrviolatti@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### **1104370 – Sigmoidectomia com Colostomia Terminal para Tratamento de Abdômen Agudo Perforativo após uso de Poliestirenosulfato de Cálcio em Pós-operatório Tardio de Transplante Cardíaco - Um relato de caso.**

**AUTORES:** Lucas Sesconetto (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Agareno (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Galetti (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Benjamin (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Guilherme Maganha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Ian Torres (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Aranha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Marcos Noronha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 65 anos, com história de transplante cardíaco prévio por miocardiopatia chagásica em 2018, internada devido a síndrome consumptiva a esclarecer e insuficiência renal aguda estágio III KIDGO, com síndrome consumptiva – perda ponderal de 14 kg em 6 meses. Diagnosticada com hipercalemia durante a internação, sendo iniciado pela equipe assistente tratamento com Poliestirenosulfonato de cálcio (SORCAL), 30 gramas VO três vezes ao dia. Tratamento já empregado em outras ocasiões, em internações prévias por doença renal crônica agudizada. Durante a presente internação, o tratamento teve duração de 7 dias. Três dias após a finalização do tratamento com Sorcal, a paciente evoluiu com dor abdominal importante, parada da eliminação de flatos e fezes, náuseas, e aumento de marcadores inflamatórios. Em histórico clínico, paciente apresentava evacuações diárias previamente ao uso de Sorcal.

A tomografia de urgência evidenciou pneumoperitônio, bem como discreta quantidade de líquido livre depositado na pelve.

Após o diagnóstico de abdome agudo perforativo, foram iniciadas medidas clínicas com antibioticoterapia, ressuscitação volêmica, e indicada laparotomia exploradora de urgência. No intraoperatório foi evidenciada perfuração em cólon descendente, abscesso pélvico bloqueado por ovário e trompa esquerdos e sigmoide redundante. Realizada rafia de orifício em cólon descendente em plano único com PDS 4-0, ligadura de mesocólon do sigmóide, grampeamento proximal e distal com grampeador linear (duas cargas), mobilização do mesmo e extração da peça/sigmoidectomia e confecção de colostomia terminal.

**DISCUSSÃO:** Apesar de incomum, há relatos de perfuração em sigmóide, tal como no caso descrito.

A perfuração comumente ocorre a partir do 4º dia de uso do Sorcal. Há a formação de um bezoar composto pela impactação do medicamento mesclado ao líquido entérico, o qual culmina na agressão ao epitélio intestinal, provocando perfuração do órgão. No presente relato, o achado intra-operatório foi de perfuração transmural.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No anatomopatológico o achado elementar são os cristais de poliestirenosulfonato de cálcio, que assumem um formato em mosaico, ou como descrito, em "escama de peixe", devido a angulação que esse cristal assume.

É interessante notar que muitos pacientes com relato de perfuração por Sorcal possuem concomitantemente insuficiência renal, tal qual a paciente do caso relatado.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104465 – MELANOMA DE CANAL ANAL E ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO DE SIGMOIDE SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Elis Rocha Ribeiro Xavier (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), MYLLENE DIAS DE SOUZA (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), SAMUEL MACHADO DA SILVA (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), LAIS GOMES FERREIRA ROSA (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), AMANDA SILVA VASCONCELOS (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M.J.B.B, 78 anos, procurou nosso serviço com queixa de hematoquezia e nodulação anal. Realizado exame proctológico, e na anoscopia foi identificada lesão polipoide hipertrófica ulcerada de canal anal medindo cerca de 3 cm, a 2 cm da borda anal. Realizada colonoscopia que identificou apenas doença diverticular dos cólons, e classificou a lesão como papila hipertrófica de canal anal, não sendo possível a ressecção por via endoscópica. A paciente foi então submetida a ressecção com excisão completa da lesão do canal anal, sem intercorrências, em janeiro de 2019. Os exames de anatomo-patológico e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de melanoma maligno de mucosa com 3,5cm infiltrando até submucosa; Breslow 3,6mm; 8 mitoses, ulceração presente; satélites microscópicos presente. A peça foi ressecada com margens livres. Durante o seguimento e estadiamento foram realizados: Ressonância Magnética de pelve, Tomografia de abdome e tórax e Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons (PET-TC). Neste último exame foi identificada área focal de aumento do metabolismo glicolítico em grau acentuado e provável espessamento na transição de retossigmoide. Realizada nova colonoscopia, um mês após a cirurgia, na qual foi identificado e retirado um pólipó de cólon sigmóide. O anátomo-patológico confirmou se tratar de um adenocarcinoma intramucoso, ressecado com margens livres. Na ocasião foi discutido o caso com a equipe de oncologia, que sugeriu biopsia de linfonodo sentinela e amputação abdomino perineal depender dos achados, porém paciente optou não operar, e manter acompanhamento clínico. Há 2 anos em seguimento e sem recidivas locais ou metastases.

**DISCUSSÃO:** O melanoma de canal anal é um câncer raro de mucosa e agressivo. É o terceiro sítio mais comum. Sua prevalência é maior em caucasianos entre 60 e 70 anos. A doença surge através dos melanócitos presentes na transição anorretal e tende a se infiltrar na submucosa, como visualizado no caso citado. A apresentação se dá por sintomas inespecíficos, desde sangramento, dor anal, até mesmo prolapso de massa, o que dificulta o diagnóstico correto. Tal quadro pode ser confundido com doença hemorroidária. Exames como tomografia (TC) e ressonância magnética (RNM) são realizados para melhor entendimento sobre extensão da lesão, porém o diagnóstico definitivo é feito a partir da histopatologia e imuno-histoquímica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso descrito mostra uma evolução favorável, de paciente que foi diagnosticada em fase precoce da doença.

**CONTATO AUTOR:** ELIS ROCHA RIBEIRO XAVIER | elisrr59@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### **1104537 – Pseudotumor com acometimento multivisceral associado a sangramento digestivo baixo – apresentação incomum de doença inflamatória intestinal.**

**AUTORES:** JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUÍNO (HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), Marcos André da Silveira Diniz (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Arthur Felipe da Silva Mota (Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Pedro de Moraes Ferreira (Hospital de Trauma de Campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Francisco Diogo Almeida Silva (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Artêmio José Araruna Dias (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Jéssika Jannyne Gomes de Lima (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), MARIA EMILIA MATOS PEQUENO DIAS (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), Maria Rebeca Celião Batista Petrônio (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), MARIANNY DINIZ ALVES (UNIFACISA - CAMPINA GRANDE - Paraíba - Brasil), RODRIGO cartaxo eloy de Souza (hospital de trauma de campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 54 anos, admitido com quadro de sangramento digestivo baixo de grande monta, associado à volumosa massa abdominal em topografia de flexura esplênica dos cólons. Sem história de doença diverticular ou outros diagnósticos. Submetido a tratamento cirúrgico de urgência em virtude de choque hipovolêmico, sendo identificada massa tumoral englobando cólon esquerdo, baço e cauda de pâncreas. Submetido a ressecção multivisceral com colectomia esquerda e colostomia, pancreatectomia distal e esplenectomia. Em pós-operatório, intercorreu com fístula pancreática e evisceração, recebendo alta após 27 dias de tratamento. Anatomo-patológico com colite inespecífica em atividade, perfurada, associada a processo inflamatório crônico inespecífico em baço e pâncreas, sem sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** A doença inflamatória intestinal, composta principalmente pela doença de Crohn e colite ulcerativa, é caracterizada por uma inflamação crônica intestinal, com diferentes formas de apresentação. Dentre estas, os abscessos intra-abdominais são complicações comuns em portadores de doença de Crohn, presentes em até 20% dos casos, contudo, o abscesso multivisceral constitui uma complicação rara.

A evolução para formas pseudo-tumorais é incomum e pouco descrita na literatura, de manejo difícil, especialmente em pacientes sem diagnóstico prévio. A presença de complicações maiores e potencialmente ameaçadoras à vida como sepse secundária a abscesso, perfuração e sangramentos podem acontecer e devem ser reconhecidas e tratadas de imediato. O diagnóstico é habitualmente retrospectivo, através dos achados histológicos.

A ressecção multivisceral é mais comumente empregada em pacientes portadores de neoplasias, objetivando-se margens livres de doença e linfadenectomia adequada, devendo ser realizada em pacientes com intenção curativa e de bom status para cirurgia, ainda que na incerteza do diagnóstico oncológico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A presença de abscesso multivisceral e formas pseudotumorais em pacientes com doença inflamatória intestinal é incomum e o seu diagnóstico e tratamento são desafiadores. A ressecção está indicada na vigência de complicações ou impossibilidade de descartar neoplasia.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Cirurgia - Cólon

### 1104552 – Fístula gastrocólica como primeira manifestação de Polipose Adenomatosa Familiar: relato de caso

**AUTORES:** José Arthur Dantas Balduíno (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Marcos André da Silveira Diniz (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ana Livia Dantas Balduíno Silva (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Pedro de Moraes Feitosa (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Rodrigo Cartaxo Eloy de Souza (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Beatriz Mansony Lira Melo (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Deborah Danyelle Lopes da Silva (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Luís Fernando Brito Ferreira (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Maria Carolina da Silva Campos (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Rayssa Araujo Soares (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 40 anos, admitido com relato de vômitos fecalóides. Durante a investigação, não foram evidenciados sinais de obstrução, porém endoscopia descreve fístula gastrocolônica, com biópsia inconclusiva para neoplasia. Optado por abordagem cirúrgica, com ressecção multivisceral envolvendo cólon direito, estômago distal e vesícula biliar. Anatomopatológico com mais de 50 pólipos colônicos em cólon direito, associado a adenocarcinoma colônico com infiltração gástrica.

**DISCUSSÃO:** A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é diagnosticada quando há suspeita de 10 ou mais adenomas colorretais cumulativos, indivíduos com história de adenomas em combinação com manifestações extracolônicas de PAF ou pela herança autossômica dominante de polipose colônica difusa.

Os doentes com PAF podem apresentar hemorragias gastrointestinais, dor abdominal e diarreia, contudo a maior parte permanece completamente assintomática, até surgirem os sintomas de carcinoma colo-rectal.

A PAF faz parte de uma série de condições associadas à evolução precoce para câncer colorretal, devendo ser suspeitada e pesquisada em pacientes jovens, com idade inferior a 40 anos de idade, que se apresentem com neoplasia colorretal. É sabido que o avançar da idade é fator de risco importante para a degeneração maligna dos pólipos, sendo, na forma clássica da doença, presente na quase totalidade dos casos aos 40 anos.

A presença de fístula gastro-colônicas é incomum, mas documentada tanto por patologias benignas, quanto malignas. Dentre as causas, podemos citar complicações crônicas da pancreatite aguda e úlceras pépticas terebrantes. Em casos de malignidade, por progressão de uma neoplasia colônica, é manifestação rara e tardia, com incidência em torno de 0,3-0,4% dos tumores colônicos.

O tratamento é preferencialmente cirúrgico, com a ressecção em bloco das lesões, associada à totalização da colectomia para tratamento da PAF. Endoscopia digestiva alta deve ser feita de forma rotineira pré-operatoriamente para descartar lesões duodenais, que também estão presentes em parcela importante destes doentes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A polipose adenomatosa familiar, enquanto entidade com risco aumentado para neoplasias colorretais, tem curso usualmente assintomático até a malignização. Após o início da doença oncológica, apesar de raras, as fístulas entre o cólon e outros órgãos pode ocorrer, inferindo pior prognóstico e evolução grave de doença.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 1104248 – Abordagem cirúrgica conservadora no megaesôfago chagásico: relato de caso

**AUTORES:** Thiago Oliveira Freitas Becker (UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Eduardo Tocaffondo Filho (UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Lorryne Silva Pequeno (HUGOL - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 78 anos, pardo, encaminhado ao serviço devido queixa de disfagia inicialmente para sólidos que progressivamente evoluiu para líquidos, associado a entalo e dor torácica. Nega perda ponderal. Cardiopata, com intervenção cardiológica prévia via cateterismo. Quadro com evolução de aproximadamente dez anos. Exames sorológicos confirmaram doença de Chagas, corroborando com história de habitação de pau a pique na infância. Realizou uma sessão de dilatação esofágica há dois anos, com melhora parcial dos sintomas. Durante investigação, realizada endoscopia digestiva alta com visualização de esôfago dilatado, tortuoso, com restos salivares, e sem achados malignos em estômago. Realizada radiografia de esôfago estômago e duodeno (REED), com identificação de esôfago com dilatação moderada a importante, com retenção de contraste baritado, com importante afilamento em porção distal do órgão, compatível com megaesôfago grupo III de Rezende. Manometria esôfago compatível com esofagopatia chagásica. Realizada cardiomiectomia a Heller com funduplicatura a Dor videolaparoscópica. No intra-operatório, identificada ainda importante hérnia hiatal, corrigida no final do procedimento. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, com aceitação progressiva da dieta via oral, e mantém acompanhamento ambulatorial e radiológico.

**DISCUSSÃO:** A doença de Chagas é uma causa de morbimortalidade ainda prevalente no Brasil, sobretudo no Centro-Oeste. No trato gastrointestinal acomete o esôfago e o cólon. A esofagopatia chagásica desenvolve-se lentamente, comprometendo cerca de 30% dos pacientes com o diagnóstico da protozoonose, que causa destruição neuronal nos plexos de Auerbach e Meissner, com consequente dismotilidade esofagiana. Os pacientes apresentam disfagia progressiva de sólidos para líquidos, entalo, perda ponderal, dor torácica e tosse. A abordagem clínica deve incluir manometria esofágica, endoscopia digestiva alta e esofagograma baritado ou REED. A abordagem terapêutica contempla, de acordo com o quadro radiológico do paciente, desde medidas mais conservadoras como dilatação esofágica e, em casos refratários, abordagens cirúrgicas como a cardiomiectomia a Heller ou a esofagectomia, técnicas estas que devem ser indicadas conforme o status performance do paciente bem como considerando suas queixas e o quadro radiológico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O megaesôfago graus III e IV nem sempre é sinônimo de esofagectomia, ou seja, abordagens menos agressivas podem ser consideradas individualizando cada caso.

**CONTATO AUTOR:** THIAGO OLIVEIRA FREITAS BECKER | thiago\_becker7@hotmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 1104264 – ESOFAGECTOMIA EM FORMA SEQUELAR DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE ESOFÁGICA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Maitê Mateus (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Carolina Costenaro Brandes (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Julianna Storace Carvalho Arouca (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Carlos Humberto Guilman Tanizawa (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Adonis Nasr (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil), Vinícius Basso Pretti (Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Paraná - Brasil), Katiane Bortolini Zenatti (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 53 anos, com queixa de disfagia progressiva por 2 anos e perda ponderal de 20 quilos em 7 anos. Tabagista, ex-etilista e emagrecida (40 kg), iniciou-se investigação por suspeita de câncer esofágico com seriografia, endoscopia digestiva alta (EDA) e biópsia. A seriografia mostrou esôfago com estreitamento progressivo em sua porção distal, mais estreita a cerca de 6 cm da cárdia, com lentificação da passagem e acúmulo do contraste. Na EDA, evidenciada lesão estenosante retilínea de 4 cm de extensão em esôfago distal, a 33 cm da arcada dentária superior (ADS). A biópsia revelou o diagnóstico demonstrando mucosa esofágica com inflamação crônica granulomatosa com estruturas fúngicas condizentes com Paracoccidiodomicose (PCM).

Optou-se por tratamento clínico com Sulfametoxazol + Trimetoprima e Itraconazol. Foi submetida a múltiplas sessões de dilatações endoscópicas da estenose, além de colocação de prótese endoscópica, sem melhora sustentada da disfagia. Em virtude dos insucessos no tratamento da disfagia e da piora do estado nutricional, apesar do tratamento clínico e das dilatações esofágicas, após ausência de fungos em biópsia esofágica passados 2 anos de uso anti-fúngicos, foi optado por esofagectomia com reconstrução por tubulização gástrica e anastomose esôfago-gástrica cervical. Paciente evoluiu com estenose de 3 mm da anastomose esôfago-gástrica há 20 cm da ADS, sendo necessárias dilatações endoscópicas. Segue em acompanhamento no serviço de CAD, com melhora da disfagia e sem evidência de recidiva da infecção fúngica.

**DISCUSSÃO:** A PCM, doença endêmica na América do Sul e de maior incidência no Brasil, é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidoides* spp. Apresenta-se nas formas aguda/subaguda (juvenil), crônica (do adulto) e residual (sequelas). As duas últimas, podem causar sintomatologia gastrointestinal e acometimento esofágico. Este trabalho relata o raro acometimento esofágico pela doença, evolução para forma sequelar com estenose esofágica e a necessidade de esofagectomia para manutenção de via alimentar e nutrição. É o primeiro relato de necessidade de intervenção cirúrgica por forma residual de PCM esofágica e alerta para esse diagnóstico diferencial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É indispensável que o acometimento esofágico pela PCM seja considerado para haver o correto diagnóstico e tratamento, prevenindo sua evolução e desenvolvimento de sequelas graves cujo tratamento envolva medidas invasivas e de alta morbidade como a esofagectomia.

**CONTATO AUTOR:** MAITE MATEUS | maitemateusmm@gmail.com

## Cirurgia - Esôfago

### 1104353 – ESOFAGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE JOVEM COM ACALÁSIA IDIOPÁTICA E MEGAESÔFAGO FUNCIONALMENTE AVANÇADO

**AUTORES:** José Roberto Violatti Filho (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Francis Clayton Castro (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Tauã Lourenzo Cunha Carvalho (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Marco Aurélio Paula Oliveira Filho (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Adilson Gomes Faion (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Maxwel Capsy Boga Ribeiro (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.V.A, 23 anos, masculino. Paciente encaminhado ao serviço de cirurgia do aparelho digestivo devido a disfagia progressiva iniciada há 5 anos. Relatava disfagia inicialmente para alimentos sólidos, mas que evoluiu para pastosos e, por último, para líquidos. Associado ao quadro, referia a ocorrência de pirose, perda ponderal não quantificada, regurgitação e vômitos frequentes. Previamente hígido, em uso de procinético, inibidor de bomba de prótons e bloqueador de canal de cálcio, sem resposta ao tratamento clínico. Ao exame físico, paciente emagrecido, com índice de massa corpórea de 16,9 kg/m<sup>2</sup>, sem outros comemorativos. Para melhor elucidação diagnóstica, foram solicitados exames complementares. REED evidenciou megaesôfago grau III. Endoscopia digestiva alta observou esofagite moderada e gastrite leve, com resultados de biópsias compatíveis com esofagite crônica leve e inespecífica. Ao estudo manométrico diagnosticada acalásia esofágica grau I. Exames laboratoriais não reagentes para *Trypanosoma cruzi*. Diante do caso exposto, indicada esofagectomia videolaparoscópica. Realizada dissecação transhiatal do esôfago, ligadura da artéria gástrica esquerda e liberação dos vasos gástricos curtos. Realizada cervicotomia esquerda e tracionado o esôfago, elevando o estômago. Esôfago seccionado em nível cervical e retirada peça de esofagectomia distal, com confecção de anastomose manual esôfago-gástrica término-lateral, além de drenagem torácica fechada sob selo d'água bilateralmente. O resultado anátomo-patológico evidenciou em segmento de esôfago a presença de infiltrado linfocitário multifocal na lâmina própria da mucosa, hiperplasia da camada basal do epitélio de revestimento, hipertrofia da túnica muscular própria, infiltrado leucocitário mononuclear e multifocal ao longo do plexo mioentérico, com desaparecimento de seus neurônios. Devido à evolução clínica satisfatória, o paciente recebeu alta hospitalar no 13 pós-operatório e encontra-se em seguimento ambulatorial regular.

**DISCUSSÃO:** A acalásia idiopática é uma condição cirúrgica rara, caracterizada pelo relaxamento parcial ou ausente do esfíncter inferior do esôfago e por contrações não peristálticas no corpo esofágico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante do desfecho favorável obtido com a técnica cirúrgica empregada, optamos por relatar o tratamento cirúrgico do megaesôfago avançado por videolaparoscopia, com esofagectomia subtotal e anastomose manual esôfago-gástrica término-lateral a nível cervical, sem confecção de tubo gástrico.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ROBERTO VIOLATTI FILHO | jrviolatti@gmail.com



## Cirurgia - Esôfago

### 1104367 – MIGRAÇÃO DE VÍSCERAS ABDOMINAIS PROVOCANDO INSTABILIDADE HEMODINÂMICA NO PÓS OPERATÓRIO DE ESOFAGECTOMIA - UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Gabriel Agareno (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Benjamin (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Galletti (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Sesconetto (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Ian Torres De Lima (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Guilherme Maganha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Aranha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Marcos Noronha (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 61 anos, sexo masculino, etilista (consumo de destilados diariamente desde os 18 anos de idade), sem histórico de tabagismo. Histórico de neoplasias de esôfago e estômago na família (pais). Diagnóstico de adenocarcinoma ulcerado (grau 2 histológico) em biópsias de lesão que se iniciava à 30 cm da arcada dentária superior e se estendia até a transição esofagogastrica (TEG).

Tomografias (tórax, abdome, cabeça e pescoço) para estadiamento, concluíram tumor T2N0M0. Achado adicional: volumosa hérnia gástrica hiatal, contendo parte do corpo e fundo do estômago. Ecocardiograma pré operatório (05/04/19) com fração de ejeção de 64%, morfologia e dinâmica cardíaca normais (PSAP 22mmHg).

Foi submetido a esofagectomia video assistida por toracoscopia e laparoscopia com reconstrução com tubo gástrico. No intra-operatório, habitualmente, o tórax é drenado bilateralmente e é passada sonda nasoenteral, a qual permanece até o 7º PO.

Paciente seguiu em UTI nos primeiros 3 dias após a cirurgia. Na figura 1, demonstra-se a radiografia de tórax após o procedimento.

No 4 PO, após realização de manobra de Valsalva para tentar evacuar, paciente evoluiu com dor torácica súbita, associada a taquicardia e hipotensão com turgência jugular e diminuição da ausculta em base de tórax, a direita. Realizada nova radiografia (figura 2), evidenciando migração intestinal em hemitórax a direita com desvio do mediastino.

Indicada laparotomia de urgência, tendo como achados no intraoperatório cólon transverso e alças de delgado herniadas. Após redução do conteúdo, paciente evoluiu com resolução completa da taquicardia e hipotensão. Realizada hiatoplastia com 2 pontos em x com fio inabsorvível (prolene).

**DISCUSSÃO:** Os estudos envolvendo a HH após a esofagectomia no câncer esofágico apresentam diversas limitações por serem, em sua grande maioria, retrospectivos.

Apesar de envolver uma maior taxa de incidência de HH, a abordagem minimamente invasiva da esofagectomia se mostra superior à abordagem aberta, por envolver menor tempo de internação, menor volume de sangramento e menos complicações perioperatórias<sup>1; 2; 4</sup>.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O reparo da HH por videolaparoscopia parece ser o mais indicado, contudo o uso rotineiro da tela ainda é controverso<sup>2; 3</sup>. A prevenção seria uma ótima estratégia para a problemática envolvendo a HH, entretanto técnicas preventivas não demonstraram eficácia<sup>2</sup>. Tal fato evidencia a necessidade de novos estudos que busquem elucidar uma melhor estratégia preventiva.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com

## **Cirurgia - Esôfago**

### **1104440 – NEOPLASIA DA CARDIA MIMETIZANDO ACALASIA: PSEUDOACALASIA.**

**AUTORES:** EMMANUEL CONRADO SOUSA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ITABUNA - Bahia - Brasil), PRISCILLA CORDEIRO LUPARELLI (HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU - ITABUNA - Bahia - Brasil), TÚLIO CESAR CASTRO MACHADO (HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU - ITABUNA - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, com história de disfagia há 03 meses. Refere náuseas, vômitos, regurgitação, dor torácica e emagrecimento importante. A endoscopia digestiva alta mostrou esôfago dilatado, com restos alimentares e cárdia ultrapassado com resistência. Esofagograma com bário mostrou esôfago dilatado, com diminuição persistente de calibre na junção esôfago gástrica. Manometria esofágica de alta resolução com aperistalse, panpressurização, junção esôfago gástrica não avaliada: acalasia tipo II. Indicado tratamento cirúrgico com diagnóstico pré-operatório de acalasia idiopática. Durante ato cirúrgico foi identificado tumoração de aproximadamente 3 cm envolvendo a cárdia. Realizado esofagectomia distal com gastrectomia total, linfadenectomia e anastomose esôfago jejunal terminolateral mecânica. A paciente apresentou boa evolução no pós operatório, com alta hospitalar no 8 dia de pós-operatório. A histopatologia identificou carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado, pT2;pN1.

**DISCUSSÃO:** Algumas estenoses envolvendo a cárdia e esôfago distal podem simular a síndrome clínica da acalasia. Os exames complementares associados a estes casos frequentemente apontam para um distúrbio motor, ocultando uma estenose orgânica na junção esôfago gástrica. Aproximadamente 70% dos pacientes com pseudoacalasia estão relacionados com uma neoplasia maligna. A cárdia ultrapassada com resistência durante endoscopia digestiva e sem alteração grosseira da superfície mucosa pode ocultar uma neoplasia, devendo estimular o endoscopista a realizar múltiplas biopsias neste segmento. O achado de aperistalse na Manometria esofágica induz ao diagnóstico de distúrbio motor esofágico. Dois fatores podem acender a dúvida quanto ao diagnóstico de pseudoacalasia: o tempo curto de disfagia (menor que 4 meses) e um esofagograma com segmento longo de afilamento na junção esôfago gástrica (maior que 2 cm). Estes achados devem estimular uma investigação mais minuciosa a procura de uma estenose orgânica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com história clínica e exames complementares apresentando indícios de pseudoacalasia devem ser reavaliados cuidadosamente, quando possível com múltiplas biopsias da cárdia e esôfago distal, ecoendoscopia e tomografia computadorizada para melhor avaliação da junção esôfago gástrica. O diagnóstico diferencial com pseudoacalasia é essencial para nortear o tratamento correto, evitando surpresa durante a cirurgia e procedimentos terapêuticos inadequados.

**CONTATO AUTOR:** EMMANUEL CONRADO SOUSA | econrado@hotmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 102146 – ADENOCARCINOMA GÁSTRICO COM ANEL EM SINETE

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nóia (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.S.S.O., 37 anos, sexo feminino, com quadro de dor abdominal há 1 mês, associada a vômitos, inapetência e perda ponderal de 10kg no período. No exame físico há dor à palpação epigástrica com desconcompressão brusca negativa. Realizou exames laboratoriais, endoscopia digestiva alta, que detectou lesão no antro, realizado biópsia, com diagnóstico de adenocarcinoma de antro gástrico com células em anel em sinete. Exames radiológicos para estadiamento não apontaram evidência de metástase a distância, assim, optado pela cirurgia curativa, à Gastrectomia total, Esofagectomia Distal, Linfadenectomia D2, Reconstrução em Y de Ruox, Jejunostomia de Witzel, Colecistectomia. No relatório anatomopatológico a lesão apresentava-se irregular, ulcerada, com 6,0cm de bordas elevadas, pardo-avermelhada, infiltrando a parede e tecido adiposo da curvatura menor. Na dissecação do tecido adiposo da curvatura menor foram isolados onze linfonodos medindo, o maior, 0,6cm e quinze linfonodos da curvatura maior medindo, o maior, 1,3cm. Apresentando metástase em 3/11 dissecados e em 2/15 dissecados, respectivamente. A paciente recebe alta 13 dias após os procedimentos realizados com boa aceitação de dieta. Realizou quimioterapia paliativa por 2 meses e retorna ao pronto socorro 3 meses depois, apresentando recidiva da doença sendo submetida a tratamentos oncológicos paliativo.

**DISCUSSÃO:** No diagnóstico de adenocarcinoma, a maioria dos pacientes são assintomáticos, apresentando apenas perda ponderal significativa e dor abdominal, assim como a paciente do caso descrito. Se faz útil, também, a realização de tomografia computadorizada de abdome afim de obter melhores informações sobre o sítio primário do tumor, possíveis metástases (hepática, peritoneal e linfonodal) e presença de ascite; na paciente do caso, tais achados foram negativos. No caso de um tumor com boas margens, sem metástase, a gastrectomia total é a opção mais recomendada, podendo ser realizada de maneira aberta, ou laparoscopicamente na paciente, ainda, foram realizadas esofagectomia distal, linfadenectomia D2, reconstrução em Y de Ruox, Jejunostomia de Witzel e Colecistectomia. Todavia, em casos inoperáveis e metastáticos, o cuidado paliativo é essencial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O adenocarcinoma gástrico tipo células em anel de sinete é extremamente agressivo, apresenta grande comprometimento sistêmico e com quadros de recidiva precoce, resultando em tratamentos cirúrgicos e, na maioria dos casos, faz-se necessário os cuidados paliativos.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)

Relato de caso

## **Cirurgia - Estômago**

### **102259 – Correção de Úlcera Duodenal com Omentoplastia Via Laparoscópica**

**AUTORES:** Janaina Lenhardt (Hospital de caridade de Ijuí - Ijuí - Rio Grande do Sul - Brasil), Evandro Sperotto (Hospital de Caridade de Ijuí - Ijuí - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 21 anos chega ao serviço de emergência devido a dor súbita em andar superior de abdome. Nega náuseas nega vômitos no período, sem alterações de hábitos intestinais, melhora parcial da dor após analgesia.

Refere uso prévio de anti-inflamatórios por 5 dias.

Realizada tomografia de tórax a qual apresentou pneumoperitônio e moderada quantidade de líquido livre em pelve e andar superior do abdome.

Encaminhada paciente para bloco cirúrgico. Provável causa úlcera perfurada.

**DISCUSSÃO:** Realizar cirurgia via aberta laparotomia exploradora devido ao pneumoperitônio e moderada quantidade de líquido livre?! Ou devido à idade da paciente estabilidade hemodinâmica optar por via laparoscópica. Optamos por realizar correção da úlcera perfurada mais omentoplastia via laparoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Melhor tempo operatório, utilizando técnicas minimamente invasivas, melhor recuperação da paciente, menos complicações pós operatórias. E menor tempo de internação hospitalar.

Paciente evolui bem dando alta no 5 dia pós operatório sem complicações.

**CONTATO AUTOR:** JANAINA LENHARDT | jana\_lenhardt@hotmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 102305 – Corpo estranho pós bariátrica: relato de caso

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nóia (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Soho Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, C.R.S., 55 anos, apresentava quadro de dor abdominal e pélvica a 4 meses. Refere gastroplastia realizada a aproximadamente 2 anos, desde então com quadro de dor em hipocôndrio esquerdo com irradiação para ombro esquerdo. Paciente realizou exames laboratoriais com neutrófilos aumentados e tomografia que detectaram uma coleção abdominal subfrênica à esquerda sendo, portanto, admitida à internação e a realização de punção da coleção guiada por tomografia computadorizada, e colocação de dreno de Dawson-Mueller, sem intercorrências. O material líquido e de aspecto amarronzado (30 ml) coletado foi enviado para cultura e antibiograma, sendo verificada a presença de bacilos gram negativos (*Proteus mirabilis*). Após retirada e lavagem do dreno, paciente recebe alta e sem queixas, um mês após a alta paciente retorna sintomas, sendo realizado exames que evidenciam recidiva da coleção, optado então por cirurgia. Assim sendo, admitida à internação e submetida à cirurgia de laparoscopia exploradora com degastrogastrectomia parcial sem vagotomia, submetida também à omentectomia, retirada de corpo estranho aderido ao corpo gástrico, drenagem de abscesso e lavagem da cavidade com colocação de dreno. A paciente evolui bem e recebe alta 3 dias após os procedimentos realizados com boa aceitação de dieta que foi iniciada no primeiro dia pós operatório.

**DISCUSSÃO:** A cirurgia metabólica tem trazido benefícios inquestionáveis a saúde do paciente, no entanto, existem complicações não só inerentes ao processo cirúrgico e técnica realizada mas também ao seguimento correto da dieta pós operatória e recomendações médicas. Nesse contexto, a presença de um corpo estranho é um destaque pois quando justaposto ao trato gastrointestinal pode conduzir a infecção e possível erosão, além das coleções, fístulas, embolia pulmonar, fibrose de tecidos, sepse e em alguns casos até mesmo óbito. O corpo estranho é caracterizado por qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra o corpo e/ou cavidades, tal complicação pode ocorrer em aproximadamente 8% dos casos e a taxa é reduzida para aproximadamente 1% após alguns anos do procedimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A gastroplastia redutora ainda é uma excelente opção de tratamento para obesidade, todavia, deve-se estar atentos a mesma visando evitar complicações. Existem poucos relatos na literatura a respeito dessa temática, porém, muitos processos jurídicos sobre o acontecido.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)

## Cirurgia - Estômago

### 102374 – CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ESÔFAGO COMO ACHADO INCIDENTAL EM PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

**AUTORES:** MÁRCIO FELLIPE BEZERRA NEVES (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Patrícia Kelle Medeiros de Lacerda (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Louise Pessoa de Araújo Guedes (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** No Brasil, estima-se que a incidência do câncer de esôfago tenha sido de cerca de 22.000 novos casos entre 2018 e 2019. Neste contexto, o trabalho apresentou um estudo de caso relacionado ao carcinoma espinocelular, principal tipo histológico de câncer de esôfago. Para isso, a Paciente R.S.D., 53 anos, sexo feminino, tabagista e portadora de obesidade (IMC = 41,7 kg/m<sup>2</sup>), iniciou protocolo pré-operatório para a efetivação de cirurgia bariátrica em bypass gástrico.

**DISCUSSÃO:** Na ocorrência da endoscopia digestiva alta pré-operatória, identificaram-se lesões erosivas (com extensão de 35 mm), bem como uma lesão vegetante, ulcerada, de cerca de 10 mm de diâmetro, ambas em terço distal do esôfago. A lesão foi excisada por via endoscópica e enviada para exame anatomopatológico, que resultou na identificação de um carcinoma espinocelular estágio T1N0M0. Sabe-se que este tipo de câncer é predominante no sexo masculino e expressivamente maior em nações subdesenvolvidas, variando de acordo com etnia (predominante em negros e asiáticos), hábitos de vida e predisposição genética. Vale ressaltar que o tabagismo e a obesidade constituem fator de risco independente para o desenvolvimento de neoplasias. As manifestações clínicas mais comuns em pacientes com carcinoma espinocelular são disfagia, êmese persistente, odinofagia, pirose retroesternal, dor torácica e perda ponderal não intencional. O diagnóstico é suspeitado pelo quadro clínico e endoscopia digestiva alta, e confirmado pela histologia. Uma vez diagnosticada, a patologia deve ser estadiada, a fim de se firmar uma estratégia adequada de tratamento. Embora o tratamento cirúrgico se constitua como a principal terapêutica, intervenções neoadjuvantes também podem ser empregadas em tumores mais avançados. A cirurgia consiste na ressecção da área acometida pelo tumor, dos linfonodos regionais e na reconstrução do trânsito do trato digestivo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Devido ao estágio inicial da neoplasia e o contexto de obesidade grau III, a paciente foi submetida a uma esofagectomia distal, gastrectomia total, linfadenectomia locoregional e Y de Roux com alças biliar e alimentar, ambas medindo 1,50 m. Evoluiu bem em pós operatório, sem intercorrências ou complicações, tendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento ambulatorial com a equipe.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO FELLIPE BEZERRA NEVES | [fellipebezerra.med@hotmail.com](mailto:fellipebezerra.med@hotmail.com)

## Cirurgia - Estômago

### 102405 – Edema de anastomose em bypass gástrico Y-de-Roux laparoscópico: um relato de caso

**AUTORES:** MÁRCIO FELLIPE BEZERRA NEVES (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Victor Fernandes de Paiva (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Patrícia Kelle Medeiros de Lacerda (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), Louise Pessoa de Araújo Guedes (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), João Paulo de Freitas Sucupira (Secretaria de Saúde da Paraíba - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A obesidade tem crescido nos países em desenvolvimento na última década, sobretudo, no Brasil. É um problema de saúde pública que gera impactos sociais e econômicos ao indivíduo. Atualmente, dentre as técnicas cirúrgicas como forma de tratamento, encontra-se o bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico (BGYRL). Todavia, apesar de ser um procedimento com grande número de realizações e considerado seguro, algumas complicações, precoces ou tardias, podem ocorrer após o ato cirúrgico e têm potencial de gerar diversos graus de morbidade e de mortalidade. Paciente A.T.M.S., 36 anos, sexo masculino, IMC = 35, 108 kg, 1,77 m, após avaliação inicial, teve a cirurgia de obesidade indicada como tratamento e a técnica escolhida foi o BGYRL. Em seu pós operatório imediato, o paciente evoluiu com queixas de náuseas e vômitos após a introdução da alimentação líquida. Diante disso, foi realizada tomografia computadorizada de abdome, juntamente com endoscopia digestiva alta, a qual evidenciou um edema em região de anastomose enterogástrica causando obstrução. Prontamente, foi interrompida a administração da dieta líquida via oral, seguida de passagem de sonda nasoenteral para administração de nutrição parenteral. Além dessas medidas, foi realizada a administração de corticoterapia. O paciente evoluiu com melhora do quadro clínico, sendo retomada de forma gradual a dieta por via oral após três dias dessas medidas iniciais, sem a necessidade de uma nova abordagem cirúrgica.

**DISCUSSÃO:** Diante do aumento exponencial de casos de obesidade ao redor do mundo, a indicação do tratamento cirúrgico para essa comorbidade, também tem seguido esse crescimento. A cirurgia bariátrica vem sendo apontada como um método confiável que permite significativa perda e manutenção prolongada de peso, assim como o controle ou reversão de algumas das comorbidades associadas. Existem várias técnicas cirúrgicas para o controle da obesidade, cada uma delas com possíveis complicações. O BGYRL, consiste em um procedimento combinado por promover restrição, onde há a exérese do estômago, formando o “pouch” gástrico e o estômago excluído, e má absorção alimentar por meio da divisão do intestino delgado (alça de Roux).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O edema de anastomose não está entre as principais complicações em pós operatório dessa técnica, porém quando identificada precocemente, pode ser manejada clinicamente de maneira satisfatória, como foi realizado com o nosso paciente, sem que haja a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO FELLIPE BEZERRA NEVES | [fellipebezerra.med@hotmail.com](mailto:fellipebezerra.med@hotmail.com)

## Cirurgia - Estômago

### 1104281 – BAROTRAUMA GÁSTRICO PÓS INTUBAÇÃO DE PACIENTE COM COVID-19. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

**AUTORES:** CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ADRIANA BASSANI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI (UNIMAR - MARÍLIA - São Paulo - Brasil), FELIPE NARCISO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), JAMES FERNANDO MACHADO MUNIZ DE SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), CAMILA LOT COSCINA (OSEC - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), LUIZ OTAVIO CINTRA AVEZUM (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), CAROLINE BITENCOURT CARDOSO SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), MARCO ANTONIO SEQUEIRA MENDONÇA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), IASMIN ALVES PALHOTA LIMA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J..A.S, 47 anos, obesa, hipertensa e diabética, com quadro de SRAG por Covid 19, sob IOT, com baixa saturação e acidose metabólica; s. A tomografia de tórax indicou severo comprometimento pulmonar pela Covid-19, com áreas densificadas bilateralmente em torno de 70%, sem pneumotórax e sem pneumomediastino. A Tomografia de abdome evidenciou pneumoperitônio maciço, com elevação das cúpulas e compressão visceral. Submetida a laparotomia, segundo as recomendações das sociedades cirúrgicas em casos de COVID-19, o achado foi uma extensa laceração gástrica em seu eixos longitudinais e ântero-posteriores, com perfuração em pequena curvatura alta e abdome agudo perfurativo por barotrauma.

**DISCUSSÃO:** As causas de ruptura gástrica por barotrauma estão relacionadas à reanimação cardíopulmonar, oxigenioterapia/ventilação não invasiva e acidentes com mergulhadores. As lesões gástricas podem se apresentar, como lacerações parciais da mucosa até ruptura completa e pneumoperitônio hipertensivo; podem ocorrer na pequena curvatura (73% dos casos), e está associada à lei de Laplace segundo a qual a pressão em uma cavidade é diretamente proporcional à tensão exercida em sua parede e inversamente proporcional ao raio dessa cavidade ( $P=T(1/R1+1/R2)$ ). No presente caso, foi optado pela intervenção cirúrgica imediata, apesar das condições bastante críticas da paciente com Covid-19 e SARS. Durante o procedimento verificou-se a ruptura da pequena curvatura e o mecanismo da lesão foi a ventilação com pressão positiva inadvertida no esôfago, com elevação súbita da pressão intragástrica e provável constrição pilórica, causando ruptura e perfuração.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A pandemia de Covid-19 e a modificação dos padrões de segurança do paciente e da equipe cirúrgica, trouxe novos desafios para os cirurgiões e as recomendações e diretrizes para manejo de condições adversas, relacionadas ou não à Covid-19. A perfuração gástrica é uma condição cirúrgica de urgência, que requer tratamento cirúrgico para evitar desfecho fatal. Intubações difíceis com locação acidental do tubo no esôfago, podem trazer trágicas complicações, como a ruptura gástrica, com conseqüente ameaça ao estado clínico do paciente, principalmente aqueles já acometidos de Sars-Cov-02, e síndrome respiratória aguda grave (SARS), como o caso em tela.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com



## Cirurgia - Estômago

### 1104352 – Hamartoma gástrico: Um Relato de Caso

**AUTORES:** Ricardo Galletti (Hospital Israelita Albert Einstein - são paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Agareno (Hospital Israelita Albert Einstein - são Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Aranha (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Sesconetto (Hospital Israelita Albert Einstein - são paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Benjamin (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 74 anos, ao realizar ultrassonografia de abdome, devido à dor abdominal inespecífica, foi identificada lesão nodular em fígado. Paciente veio encaminhado ao serviço com relato de dor abdominal e perda de 6,8% do peso corporal. Em tomografia computadorizada de abdome com contraste identificou-se lesão nodular polipoide na pequena curvatura da região corporal gástrica, cerca de 5,0 cm abaixo da junção esofagogástrica, medindo 4,0 cm, com aspecto sugestivo de lesão intramural (submucosa) (figura 1), tomografia computadorizada de tórax sem lesões à distância e endoscopia digestiva alta que evidenciou grande lesão elevada, medindo cerca de 4,0 cm no maior eixo, arredondada, recoberta por mucosa de aspecto normal, discretamente ulcerada, porém sem sinais de sangramento ativo ou pregresso, endurecida ao toque da pinça e localizada na parede posterior do corpo médio, cerca de 5,0 cm abaixo da transição esofagogástrica (figura 2). Paciente foi preparado e operado eletivamente, com a hipótese diagnóstica inicial de GIST, sendo realizada gastrectomia em cunha. No pós-operatório, o paciente apresentou sangramento em linha de grampo, sendo tratado por endoscopia digestiva alta. Foi prescrita a dieta líquida e bem aceita pelo paciente em pós-operatório imediato, que recebeu alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório. Em exames anatomopatológico e imunohistoquímico, evidenciou-se lesão de padrão hamartomatoso com componente muscular e epitelial glandular pancreático sem atipias. Paciente mantém seguimento, assintomático, com ganho de peso e sem evidências de novas lesões.

**DISCUSSÃO:** Embora raro, o diagnóstico diferencial entre hamartoma gástrico e outras neoplasias intramurais é importante, porém é factível na grande maioria dos casos apenas após a cirurgia, que está indicada nesses casos. Além disso, não há um consenso sobre o risco de malignização. Por isso, sempre que possível, o diagnóstico de congelação intraoperatória deve ser utilizado para prevenir cirurgia radical desnecessária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso simulou um tumor GIST, foi operado de forma oncológica e apresenta-se em seguimento ambulatorial sem outras complicações.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104354 – TUMOR DE COLISÃO GÁSTRICO ADENOCARCINOMA-LINFOMA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Ricardo Galletti (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Tustumi (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriel Agareno (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Benjamin (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Sesconetto (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ian Torres (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 70 anos, procurou ambulatório devido à perda ponderal de 10 kg e sintomas dispépticos, trazendo consigo exame prévio de endoscopia digestiva alta, realizado em outro serviço, que evidenciou lesão obstrutiva em antro gástrico com resultado anatomopatológico de adenocarcinoma. Paciente sem comorbidades foi submetida a exame de estadiamento que mostrou ausência de lesões à distância e tomografia computadorizada de abdome com contraste demonstrando espessamento parietal irregular medindo cerca de 4,0 cm na região antropilórica do estômago, compatível com neoplasia primária, sem evidente extensão direta para estruturas adjacentes, além de linfonodos proeminentes no ligamento hepatogástrico, medindo até 1,2 cm. Também mostrou outros linfonodos proeminentes junto à parede posterior do antro gástrico e do duodeno medindo até 0,8 cm e nódulo/linfonodo arredondado no mesentério na região do hipocôndrio esquerdo, medindo 1,0 cm, também suspeito. A paciente foi submetida à gastrectomia subtotal, sem achados adicionais na laparoscopia e evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, com alta hospitalar em 2 dias do pós-operatório. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou tumor de colisão, composto por adenocarcinoma gástrico invasivo, pouco diferenciado, com estadiamento pT4a pN3a associado a linfoma difuso de grandes células B, subtipo células B ativadas, comprometimento linfonodal regional extenso, Ki67 igual a 70%. Em retorno ambulatorial, a paciente foi submetida ao exame PET-CT para estadiamento, classificando-a em: EC IIE B, IPI II. Após discussão em reunião multidisciplinar, optou-se pelo tratamento inicial com ciclos de quimioterapia R-CHOP. A paciente evoluiu com aumento de massa de linfonodo junto ao platô pancreático, e em seguida apresentou colangite de repetição como complicação. A paciente evoluiu a óbito 18 meses após cirurgia inicial.

**DISCUSSÃO:** O caso acima descrito apresenta-se como um raro tumor maligno que mimetiza o adenocarcinoma gástrico e deve ser um de seus diagnósticos diferenciais. Além disso, sua sintomatologia é a mesma de outras neoplasias gástricas, fato que dificulta ainda mais seu diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A sequência de tratamento desses doentes é de extrema relevância visto que, não há um consenso sobre a definição desta terapia na literatura.

**CONTATO AUTOR:** RICARDO PURCHIO GALLETTI | ricardopgalletti@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### **1104398 – Eficácia da quimioterapia neoadjuvante e da gastrectomia radical e alargada no tratamento de carcinoma gástrico com componente neuroendócrino locorregionalmente avançado.**

**AUTORES:** Mariana Oliveira Ferreira (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Victor de Souza Menezes (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Ricardo Augusto Monteiro Cardoso (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Júlio Sérgio Lara Resende (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marco Antônio Gonçalves Rodrigues (Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 54 anos, sexo masculino, atendido com dor epigástrica, plenitude pós-prandial e emagrecimento de 8kg em 4 meses. Ao exame, com massa palpável, pétreia, de limites mal definidos, localizada no epigástrico. Trazia exame ultrassonográfico que mostrava lobo esquerdo do fígado aumentado as custas de massas sólidas heterogêneas, de grandes proporções, sem plano de clivagem com o estômago. Endoscopia digestiva alta demonstrou grande lesão úlcero-infiltrativa, acometendo toda curvatura menor. Exame histopatológico revelou carcinoma gástrico mucinoso, com células em anel de sinete. Tomografia computadorizada (TC) de abdome com grande lesão expansiva, heterogênea, predominantemente exofítica na curvatura menor do estômago bastante espessada. A lesão media 182x134x76mm e se estendia até próximo ao pedículo hepático. Não havia plano de clivagem com lobo esquerdo do fígado e cauda pancreática. Encaminhado para quimioterapia neoadjuvante, tratado com esquema FLOT por seis semanas. TC de abdome de reestadiamento com redução no tamanho da lesão (111x80x37mm). Realizado ressecção com finalidade curativa (R0): gastrectomia total, segmentectomia hepática atípica, linfadenectomia D2 e esofagojejunosomia em Y de Roux. Apresentou boa evolução pós-operatória, alta hospitalar no 7º DPO, sem complicações. O exame anatomopatológico revelou carcinoma gástrico mucinoso (50% da lesão) e carcinoma gástrico pouco diferenciado (50% da lesão), medindo 135X64mm, com margens livres de tumor e metástase em um linfonodo da curvatura maior e implante tumoral no omento maior. Exame imunoistoquímico do componente não-mucinoso confirmou carcinoma neuroendócrino de alto grau – Ki67: 60%.

**DISCUSSÃO:** Os tumores neuroendócrinos do estômago são raros, correspondem de 0,1 a 0,6% dos tumores gástricos. São de pior prognóstico, com crescimento rápido e potencial de metastatização e raramente tem crescimento extraluminal e infiltram órgãos por contiguidade. Os carcinomas gástricos com componente neuroendócrino constituem um grupo heterogêneo e podem ser puros ou mistos. O mau prognóstico dos carcinomas mistos não parece depender da porcentagem do componente neuroendócrino, mas entre os pacientes que recebem terapia neoadjuvante, o prognóstico melhora significante.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A imunoistoquímica é importante no diagnóstico de carcinomas gástricos com componente neuroendócrino. A quimioterapia neoadjuvante favorece a ressecabilidade tumoral e melhora a eficácia do tratamento, mesmo em estágios avançados.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA OLIVEIRA FERREIRA | moferreira91@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### **1104409 – Perfuração gástrica intratorácica como complicação tardia de hérnia diafragmática traumática: relato de caso**

**AUTORES:** José Arthur Dantas Balduino (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Daniel Pires Pessoa (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Jhony Wesllys Bezerra Costa (Hospital de Trauma de Campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Synara Nunes Medeiros de Souza (Hospital Agamenom Magalhães - Recife - Pernambuco - Brasil), Arthur Anderson Pires Cavalcanti Zeca (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Filipe de Almeida Agra Omena (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Amanda Ariel pires Cavalcanti Zeca (Hospital barão de Lucena - Recife - Pernambuco - Brasil), Rildo Cavalcante Fernandes Neto (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Igor Miquerino Pereira Lima (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Cristine Diniz Coutinho Cruz (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 84 anos, admitida por quadro de vômitos sanguinolentos. Durante a investigação, foi evidenciada volumosa hérnia diafragmática esquerda com colo herniário medindo cerca de 2,5cm e sinais de obstrução gástrica. Tem história de trauma de transição toraco-abdominal há 03 anos. A paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora com achado de torção e perfuração de fundo gástrico em posição intra-torácica. Realizada gastrectomia parcial com síntese primária de hérnia diafragmática, associada à drenagem torácica. Evolução clínica com formação de empiema pleural e necessidade de decorticação pulmonar, sem novas intercorrências e recebendo alta em 20º dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** Hérnia diafragmática traumática (HDT) é uma evisceração transdiafragmática de estruturas intra-abdominais, consecutivo a eventos traumáticos. Os órgãos abdominais mais comuns de serem herniados através do defeito diafragmático são o estômago, omento, cólons e fígado. O mecanismo implicado é o aumento súbito da pressão intra-abdominal em relação à pressão torácica, secundário ao trauma contuso, produzindo um gradiente pressórico no diafragma suficientemente elevado para causar sua ruptura, principalmente, do diafragma esquerdo (90% dos casos), ou por lesão direta em casos de trauma penetrante. O tratamento é cirúrgico e pode ser realizado por via abdominal ou torácica, sendo a abordagem abdominal preferível em casos de complicações de vísceras como estômago ou cólon.

Perfurações gástricas são complicações usualmente relacionadas a doenças pépticas, neoplasias ou doenças inflamatórias intestinais, acontecendo usualmente em posição intra-peritoneal.

A presença de defeitos anatômicos como hérnias de hiato ou diafragmáticas são fatores que alteram a localização usual do estômago, permitindo sua passagem para posição intra-torácica ou mediastinal e tendo como principal etiologia de perfuração o volvo, progredindo para isquemia. A presença de complicações como mediastinite e derrame pleural são responsáveis por maior morbi-mortalidade, com pior prognóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A perfuração em posição intra-torácica do estômago é fenômeno incomum, usualmente relacionado a defeitos anatômicos como hérnias diafragmáticas ou hiatais. A presença de complicações relacionadas a esse tipo de patologia, como obstrução ou perfuração, leva a elevada morbidade, necessitando de tratamento e suporte clínicos imediatos, com correção cirúrgica e controle de infecção.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104426 – Tumor estromal gastrointestinal com neoplasia hepática: Relato de caso

**AUTORES:** Annauê Y Oliveira (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Pedro Augusto Andrade Melo (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Antônio Ribeiro Coelho (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Walter de Biase da Silva Neto (Universidade Federal de Goiás - Goiânia - Goiás - Brasil), Eduardo Toccafondo Filho (Hospital das Clínicas da UFG - Goiânia - Goiás - Brasil), Mateus Rassi (Hospital das Clínicas da UFG - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.A.S., 73 anos, sexo feminino, após entrada no Hospital das Clínicas em janeiro de 2021, relatou dor epigástrica irradiando para o hipocôndrio direito, desde o início de 2019, associada à náuseas, vômitos, astenia e hiporexia. Referiu, ainda, perda ponderal de cerca de 5% de peso em 3 meses e anemia crônica com vários episódios de transfusões. Paciente apresentou palpação dolorosa em epigástrio e hipocôndrio direito, fígado palpável a cerca de 10 cm do rebordo costal com bordas regulares e ausência de ascite ao exame físico. Foi submetida a exames complementares apresentando 0,9 de hemoglobina e 64,5 s de TTPa. Feito a tomografia computadorizada, identificou-se extensa lesão expansiva sólido-cística nos segmentos 2 e 3 do fígado de 12,7x11,7x15,1 cm, com a lesão promovendo compressão extrínseca sobre o fundo e corpo gástrico, o arco duodenal, pâncreas e sistema portal. Realizou-se, por meio de uma laparotomia exploradora, hepatectomia esquerda, colecistectomia e gastrectomia total com reconstrução em y de roux. O exame macroscópico evidenciou tumor estromal gastrointestinal no lobo hepático esquerdo, 14x11cm, com regiões angiomasos. Fusocelular, necrose em 15% e 3 mitoses em 50 campos de grande aumento foram detectadas à microscopia. A imunohistoquímica revelou positividade para o CD117 e Ki67 2%. Iniciou-se tratamento com Imatinibe 400 mg/dia e acompanhamento com exames de controle na Oncologia Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas - UFG.

**DISCUSSÃO:** GIST, Tumor estromal gastrointestinal, é um sarcoma de partes moles que se origina de células progenitoras das células de Cajal. O diagnóstico de GIST passa pelo quadro clínico típico, exame imunohistoquímico com detecção da proteína c-Kit (CD117) e características morfológicas das células tumorais. No caso da paciente M. A. S, a exploração cirúrgica não revelou malignidade em outros órgãos, o que indicava tumoração hepática primária. Entretanto, o exame imunohistoquímico realizou o diagnóstico de GIST, sugerindo tumoração primária gástrica com metástase hepática, devido à fisiopatologia desse tipo de tumor.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Levando em conta a raridade do GIST, cerca de 1% dos tumores do trato gastrointestinal, e pelo fato da paciente manifestá-lo na forma de tumoração primária gástrica com neoplasia hepática, há a necessidade de enriquecer o conhecimento sobre o tema. Salientando a importância de um diagnóstico precoce e a busca por um bom prognóstico.

**CONTATO AUTOR:** WALTER DE BIASE DA SILVA NETO | wbiase123@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### 1104446 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COMPLICAÇÃO TARDIA PÓS-GASTRECTOMIA.

**AUTORES:** EMMANUEL CONRADO SOUSA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - Itabuna - Bahia - Brasil), TÚLIO CESAR CASTRO MACHADO (HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU - ILHÉUS - Bahia - Brasil), PRISCILLA CORDEIRO LUPARELLI (HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU - ILHÉUS - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, com história de dor andar superior do abdômen, associado a vômitos pós alimentares e emagrecimento de 20 kg nos últimos dois anos, com piora nos últimos seis meses. História pregressa de duas cirurgias gástricas para tratar “úlcera” há 35 e 25 anos. Fez uso prolongado de IBP e procinéticos sem melhora do quadro. Endoscopia Digestiva Alta mostrou coto gástrico remanescente com enantemas, friável e edemaceado; anastomose gastrojejunal término lateral ampla; bile no estômago. Estudo radiológico contrastado do esôfago e estômago com laudo normal. Manometria esofágica de alta resolução sugestiva de hérnia de hiato e hipotonia do esfíncter inferior do esôfago. Impedanciometria com refluxo não ácido patológico. Cintilografia para esvaziamento gástrico com gastroparesia moderada. TC abdômen = sem alterações. Devido a piora progressiva da dor, vômitos e emagrecimento, foi indicado tratamento cirúrgico com intenção de diagnóstico e tratamento. Durante laparotomia foi identificado gastrectomia a BII, com anastomose gastrojejunal transmesocólica um pouco deslocada para o andar supramesocólico, porém, sem obstrução clara da alça aferente ou eferente. Foi realizada uma degastrectomia e anastomose gastrojejunal com alça exclusiva a Y de Roux. Paciente evoluiu bem e obteve alta no 8 dia de pós-operatório. Avaliação ambulatorial com 60 dias com melhora do quadro de dor e vômito pós alimentar.

**DISCUSSÃO:** Os distúrbios tardios pós gastrectomia estão relacionados a estase gástrica ou gastrite alcalina. Na reconstrução a BII podemos ter associados gastrite alcalina e estase gástrica. Esta última pode refletir tanto uma alteração vagal assim como uma migração da anastomose para o andar supramesocólico, dificultando o esvaziamento gástrico. Os exames de endoscopia e imagem não conseguiram revelar qual tipo de reconstrução gástrica. A cintilografia e phimpedancio contribuíram para um certo entendimento da disfunção, associando um distúrbio de esvaziamento com a secreção alcalina no estômago.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico etiológico de pacientes com sintomas tardios após gastrectomia representam um desafio ao Cirurgião e ao Gastroenterologista. A associação de exames complementares endoscópicos, radiológicos, de motilidade digestiva e da medicina nuclear com os principais sintomas do paciente, produzem informações que ajudam a construir uma boa hipótese do distúrbio pós-gastrectomia, fundamentando a indicação do tratamento cirúrgico, individualizada para cada caso.

**CONTATO AUTOR:** EMMANUEL CONRADO SOUSA | econrado@hotmail.com

## Cirurgia - Estômago

### **1104575 – Resposta patológica completa em paciente com câncer gástrico após esquema FLOT neoadjuvante durante pandemia SARS COV 2.**

**AUTORES:** LARISSA MERCADANTE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), JULIANA SOUZA FERREIRA (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PHILIFE FRANCO AMARAL TAFNER (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), KAIKE FERREIRA COSTA ALMEIDA (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), DANIELE EVARISTO VIEIRA ALVES (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), CASSIO JERONIMO MACHADO BARROS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BERNARDO FONTEL POMPEU (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LUIS FERNANDO PAES LEME (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** S.R.S, sexo masculino, 78 anos, hipertenso e ex-tabagista, encaminhado ao serviço de referência em oncologia para investigação de quadro dispéptico iniciado há 1 ano. EDA de outubro 2019 com presença de lesão ulcerada em região subcárdica. Biópsia da lesão com o seguinte resultado: adenocarcinoma tubular bem diferenciado. Realizado estadiamento de doença com tomografia de tórax, abdome total e pelve com contraste endovenoso, sem evidências de lesões à distância. Paciente encaminhado ao serviço de oncologia clínica para início de quimioterapia neoadjuvante. Iniciou esquema de poliquimioterapia FLOT em março de 2020 com necessidade de sessões adicionais devido a impossibilidade de tratamento cirúrgico em tempo hábil por conta da pandemia de COVID19. Iniciou novo ciclo de quimioterapia de manutenção com esquema dose adaptada (Docetaxel 50mg/m<sup>2</sup>; Oxaliplatina 85mg/m<sup>2</sup>, Leucovorin 200mg/m<sup>2</sup> e 5Fluoracil 800mg/m<sup>2</sup>,) sendo trocada devido quadro de neutropenia. Em outubro de 2020 submetido à gastrectomia total com linfadenectomia a D2. Estudo anatomopatológico de peça cirúrgica com evidência de resposta patológica completa com ausência de neoplasia, linfonodos com hiperplasia linfóide e margens cirúrgicas viáveis. Estadiamento final  $\gamma$ T0N0M0, sem necessidade de tratamento adjuvante.

**DISCUSSÃO:** O câncer gástrico destaca-se como o quarto e o sexto tumor mais prevalente em homens e mulheres, respectivamente. Embora sua incidência tenha apresentado redução em sua série histórica, sua taxa de mortalidade permanece alta, e segue como segunda principal causa de morte por câncer no mundo. A ressecção cirúrgica com linfadenectomia configura como principal abordagem curativa no tratamento do adenocarcinoma gástrico. A quimioterapia neoadjuvante no contexto de doença localizada exerce papel fundamental no desfecho do quadro com aumento da sobrevida, tendo como esquema padrão o FLOT. A taxa de resposta completa desse esquema é de aproximadamente de 16,6%. Neste relato de caso, procurou-se apresentar o esquema FLOT dose adaptada como opção ao esquema quimioterápico tradicional no tratamento perioperatório do câncer gástrico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A remissão completa do paciente ao fazer uso do esquema FLOT evidência para uma alta eficiência dessa terapêutica para o câncer gástrico. No contexto perioperatório, estudos demonstram que quando o número de ciclos quimioterápicos é aumentado obtém-se uma melhor sobrevida livre de doença e sobrevida global, incluindo remissão patológica completa.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MERCADANTE DE ASSIS | [larissa.mercadante@hotmail.com](mailto:larissa.mercadante@hotmail.com)

## **Cirurgia - Estômago**

### **1104607 – TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO: RELATO DE CASO**

**AUTORES:** Tricia Aline Ribeiro Pattini de Souza (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Pedro Viotti Godinho (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fábio Crescentini (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Bianca Escorel Costa Fava (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Gabriel Fonseca e Nunes (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Lucas de Sene Leme (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fabio Brito Saucedo (Santa Casa de Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Rafaela Araujo Lojudice (Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga - Votuporanga - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 50 anos, com relato dor em região epigástrica por vários meses foi submetida a endoscopia diagnóstica. Apresenta lesão de 3 cm de diâmetro, em grande curvatura gástrica, com biópsia sugerindo neoplasia estromal e com painel imuno-histoquímico associado aos aspectos histológicos de tumor glômico infiltrativo em lâminas murais gástrica. A paciente foi submetida a ressecção da lesão com gastrectomia em cunha, com resultado de anatomopatológico confirmando tumor glômico. Apesar da boa evolução cirúrgica continuou apresentando sintomas dispépticos classificados com síndrome dispéptica funcional.

**DISCUSSÃO:** Os tumores glômicos são um tipo raro de tumor mesenquimal subepitelial, que surgem do glomus neuromioarterial, uma anastomose arteriovenosa que funciona sem o capilar intermediário, normalmente localizado na pele e responsável por sua termorregulação. A maioria dos tumores glômicos aparece nas extremidades. O acometimento gástrico foi inicialmente descrito em 1948 por De Busscher e até o presente momento raros casos foram descritos. Com apresentação clínica inespecífica, tem como diagnóstico diferencial outros tumor estromais como GIST e tumores neuroendócrinos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tumor glômico é uma neoplasia mesenquimal que acomete principalmente a bainha do glomus na carótida, mas em casos raros podem acometer o estômago, apresentam sintomas clássicos de dispepsia, por isso se confunde com outras patologias dispépticas. Por ser intramucoso, o diagnóstico com biópsia por endoscopia nem sempre é possível, sendo necessário biópsia guiada por ecoendoscopia. O tratamento indicado é a ressecção da lesão e solicitação de imunohistoquímica para confirmação do diagnóstico.

**CONTATO AUTOR:** TRICIA ALINE RIBEIRO PATTINI DE SOUZA | [triciapattini@hotmail.com](mailto:triciapattini@hotmail.com)



## **Cirurgia - Fígado**

### **100839 – HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARIZES GÁSTRICAS REFRACTÁRIA A TIPS**

**AUTORES:** Sofia Augustin Rota (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Montiel Petry (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Miriam Richartz Rosa (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Pedro Henrique Zanella Catto (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Nathalie Bordignon Brum (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Natália Junkes Milioli (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Eduardo Gatelli (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Eduardo Emerim (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 66 anos, etilista, tabagista e cirrótica por álcool, interna por cirrose descompensada, manifesta por HDA, secundária à infecção pulmonar. Após estabilização hemodinâmica, a endoscopia digestiva alta revelou varizes isoladas de fundo gástrico (IGV-1). Realizado tratamento endoscópico com aplicação de cianoacrilato. Após um mês, cursa com nova descompensação manifesta por HDA, apresentando-se, dessa vez, refratária à mesma intervenção endoscópica. Submetida à embolização arterial orientada por tomografia e passagem de TIPS com boa resposta clínica. Dois meses após alta hospitalar recorre episódio de HDA em contexto de infecção por COVID 19, motivando nova internação. Avaliação de TIPS por ultrassonografia com doppler mostrou manutenção do fluxo. Realizada tentativa de escleroterapia com cianoacrilato de resgate devido à instabilidade hemodinâmica, sem sucesso. Evolui com múltiplas disfunções orgânicas, infecção nosocomial e óbito.

**DISCUSSÃO:** A hemorragia digestiva alta (HDA) ocorre quando sua causa está localizada até o ligamento de Treitz manifestando-se por hematêmese ou melena. Dentre as etiologias possíveis estão as varizes gastroesofágicas (VGE), as quais possuem como possibilidades terapêuticas a escleroterapia endoscópica, embolização arterial por radiointervenção e a confecção de “shunt” portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS). Assim, o objetivo deste relato de caso foi descrever a condução terapêutica de uma paciente internada por hemorragia digestiva secundária a variz de fundo gástrico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A história clínica da cirrose, quando não há controle do fator etiológico, inclui, após o período de doença compensada, a progressão para hipertensão portal clinicamente significativa e suas complicações mais frequentemente relacionadas, como hemorragia digestiva e ascite. Após o primeiro episódio de descompensação, os pacientes possuem, em média, sobrevida aproximada de 2 anos. O TIPS é uma terapia que propõe redução do gradiente de pressão portal e está indicado no tratamento da hemorragia digestiva refratária à terapia endoscópica ou mesmo de forma precoce nos pacientes cronicamente descompensados que evoluem com HDA, sendo capaz de estabelecer uma hemostasia inicial em até 90% dos casos de hemorragia varicosa. Dentre as complicações atribuídas ao TIPS estão a encefalopatia, trombose de stent e a hiperplasia íntima dentro do TIPS (podendo levar à redução do fluxo e retorno do gradiente portal elevado).

**CONTATO AUTOR:** SOFIA AUGUSTIN ROTA | sofiaaugustinrota@gmail.com

## **Cirurgia - Fígado**

### **101893 – Cisto Hepatico: Relato de Caso**

**AUTORES:** Samuel Rabello (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Regis Vilela Leal (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Plínio Marciel Carvalho (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Fabio yonamine (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Juliano Rabello (Hospital Maternidade Municipal Cyro Silveira - Iporã - Paraná - Brasil), Larissa Figueiredo Costa (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Karoline Aparecida Janones (Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Carolina Morbeck Christoni (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Ygor Laurindo Albues Santos (Hospital Geral Universitario - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Rafaela Laís Silva Pesenti Sandrin (Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Yasmin Abou Rahal (Unilago - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Wemerson José Correa Oliveira (Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminino, 50 anos de idade, sem história pregressa cirúrgica, encaminhada ao serviço com história de drenagem de cisto hepático guiado por ultrassom há 6 meses. Queixando de náuseas, plenitude pós prandial, perda de 2kg e presença de massa abdominal visível. Tomografia computadorizada de abdome total com imagens hipodensas no fígado, a maior medindo 7,8 cm, imagens hipodensas em ambos rins, de origem inespecífica. Ressonância magnética, evidenciando cistos esparsos no parênquima hepático, o maior no segmento IV, medindo 10,2x7 cm, presença de hemangioma no segmento VIII medindo 1,6 cm, causando ectasia das vias biliares intra-hepáticas, formação cística periférica esplênica de 0,8 cm, e nos rins, cistos corticais bilaterais de 0,7 cm. Realizada exérese do cisto hepático Videolaparoscópico, histopatológico revelando células epiteliais cuboides, sem atipias

**DISCUSSÃO:** Cistos hepáticos são lesões comuns, podendo apresentar diversas etiologias. Majoritariamente benignos e geralmente são achados incidentais em exames de imagem, diferente do caso descrito, visto que a paciente já era sintomática. A exérese desse cisto foi o tratamento de escolha pela ocorrência da recidiva e dos sintomas apresentados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Lesões císticas hepáticas correspondem a uma patologia comum na população geral, sendo achado de exames de imagem em cerca de 2,5 a 5%. Podem ser divididas em: congênicas ou adquiridas. As lesões congênicas incluem os cistos simples, doença policística do fígado, cistos do intestino anterior ciliares e relacionados ao ducto hepático. Já as lesões adquiridas podem ser divididas em infecciosas e não infecciosas. Dentre as infecciosas, as causas mais comuns são as parasitárias (cistos hidáticos e abscessos amebianos) e os abscessos piogênicos. Os cistos não infecciosos podem ter causa neoplásica, cistos ou falsos cistos.

O acompanhamento fica reservado a cistos maiores do que 4cm ou alteração das características para que sejam descartadas neoplasias.

**CONTATO AUTOR:** SAMUEL RABELLO | samuel\_rabello@yahoo.com.br

## Cirurgia - Fígado

### 102225 – RUPTURA HEPÁTICA SECUNDÁRIA A SÍNDROME HELLP GRAVE: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Esau Furini Ferreira Barros (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabra Honorio (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Orlando Vitorino Castro Neto (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lucas Temer Cursino De Sousa (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lara Lopes Fioratti (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Andréia Yumi Jouti Motomura (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Felipe Emanuel Fuhro (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Alexandre Cruz Henriques (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), André Roncon Dias (FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 26 anos, secundigesta, hígida, realizando acompanhamento obstétrico de risco habitual. Na 35ª semana de gestação apresenta queixa de lombalgia súbita de forte intensidade. Evoluiu com pico hipertensivo e crise convulsiva. Recebe diagnóstico de eclâmpsia sendo indicada cesariana para resolução da gestação. Parto cesárea sem intercorrências, feto vivo, peso 2300 gramas. No intraoperatório, observa-se hematoma extenso acometendo ambos os lobos hepáticos com ruptura do hematoma em lobo hepático esquerdo, com sangramento em babação. Optado pela realização de damage control com empacotamento hepático e transferência da paciente para UTI de serviço de referência em cirurgia hepatobiliar. Reabordada no 2º dia pós-operatório, com achado de hematoma hepático em segmento II, sem sinais de sangramento ativo e sem outros achados. No 20º pós-operatório, apresentou quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito associado a febre e leucocitose, sendo diagnosticada com abscesso hepático e optado pela drenagem percutânea com saída de 150 ml de secreção purulenta. Realizada antibioticoterapia, com resolução do quadro e retirada do dreno no 10º dia pós-punção. Sem novas intercorrências cirúrgicas, recebeu alta no 49º dia de internação. Segue em acompanhamento ambulatorial, atualmente sem queixas.

**DISCUSSÃO:** A formação do hematoma subcapsular hepático secundário à síndrome HELLP ocorre em cerca de 0,9-1,6% dos casos, sendo considerado uma grave complicação com alta mortalidade. A mortalidade destas complicações varia conforme a literatura, com mortalidade materna variando de 17-59% e fetal de 38-62%, dados esses que vêm caindo gradativamente após surgimento de melhores métodos diagnósticos e detecção precoce destas afecções. É imperativo o diagnóstico precoce para adequada condução do caso e maior taxa de sobrevivência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Considerando o alto índice de mortalidade materna e fetal presente na afecção apresentada, é imprescindível o conhecimento de seu manejo, diagnóstico e sua detecção precoce em busca da melhor conduta e tratamento ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** ORLANDO VITORINO DE CASTRO NETO | orlandovcn@gmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 102298 – Cisto hepático simples: relato de caso

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nóia (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, L.L.O.C, sexo feminino, 44 anos, com cólica biliar recorrente, foi diagnosticada provisoriamente com colelitíase sintomática em consultório particular, o qual a encaminhou para Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente – SP. Foi admitida em bom estado geral, logo submetida a colecistectomia laparoscópica. Ao decorrer da cirurgia, foi identificado cisto hepático de aproximadamente 7cm, em segmento VIII do fígado. Foi, portanto, realizada hepatectomia segmentar do oitavo segmento hepático. Tal procedimento ocorreu sem intercorrências. Paciente é levada ao quarto coletivo onde evoluiu bem, recebendo alta após 2 dias de internação. Ao exame físico apresentava-se corada, hidratada, eupneica, afebril, anictérica, acianótica, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação, Glasgow 15, hemodinamicamente estável, e com boa aceitação à dieta.

**DISCUSSÃO:** Cistos hepáticos são lesões repletas de líquido que podem ser originadas por má formação vascular, ou estarem relacionados ao uso de contraceptivos orais ou anabolizantes por mais de 5 anos. Estima-se que 20% da população brasileira adulta tenha esse tipo de lesão, em maioria assintomáticos, ocorrendo seu diagnóstico acidentalmente. Os poucos sintomáticos apresentam cistos maiores que 5cm, relatando náuseas e dores na região abdominal. As complicações são raras, entretanto, cistos maiores que 4cm podem apresentar complicações como sangramento, ruptura, torção, infecção e compressão de estruturas adjacentes, como de vias biliares. A maioria não requer tratamento, porém, quando necessário, sua escolha depende do tipo de lesão encontrada, assim como seu tamanho e possíveis complicações. As lesões mais comuns são o cisto simples, zonas poupadas de esteatose, hemangioma, hiperplasia nodular focal e adenoma. O cisto simples não apresenta risco de malignização.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Cistos hepáticos são, em maioria, benignos, entretanto, após seu diagnóstico é necessário realizar acompanhamento, a fim de notar possíveis alterações, assim como determinar corretamente o tipo de lesão hepática apresentada. No caso relatado, a paciente apresentava um cisto hepático simples de aproximadamente 7cm, podendo ser optado pela conduta expectante do cisto. Entretanto, como o cisto possuía mais de 4cm, podendo ocorrer complicações, e a paciente já se encontrava em cirurgia, optou-se por remoção do cisto através de hepatectomia segmentar. Apesar da remoção do cisto, pode haver recorrência.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)

## Cirurgia - Fígado

### 1104283 – A fisiopatologia das fístulas colecisto-entéricas, Síndrome de Mirizzi e o íleo biliar – Relato de caso e revisão de literatura.

**AUTORES:** CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ADRIANA BASSANI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI (UNIMAR - MARÍLIA - São Paulo - Brasil), GIULIO STANCO COSCINA NETO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), CICERO CARDOSO SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), MARCO ANTONIO SEQUEIRA MENDONÇA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), JOAQUIM PEDRO MORAES ANTUNES (UNIFAI - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ANNA TASSIA VIEIRA MATTOS ARAÚJO (UNIFAI - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), JEFERSON FREITAS BERTAO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA / SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIOVANNA CAIRES CRÚS (UNISALESIANO - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente S.M. A. 67 anos, com história pregressa de longa data de dispepsia hipostênica, com períodos de arrefecimento, foi admitida no pronto socorro após 4 dias do início dos sintomas, com quadro sindrômico de abdome agudo obstrutivo e anatômico de suboclusão intestinal alta. Apresentava quadro de desidratação importante com sequestração de fluidos para terceiro espaço e consequente insuficiência renal pré-renal. Foi tratada com sintomáticos e prontamente solicitada passagem de sonda nasogástrica que evidenciou alto débito de secreção fecalóide. Seu Rx simples de abdome evidenciou presença de níveis líquidos em escada, edema de parede de alças de delgado e sinais de dilatação e edema das válvulas coniventes, além de presença de aerobilia/pneumobilia, indicativo de fístula biliodigestiva e presença de imagem radiopaca em fossa ilíaca direita. Além disso, na região do quadrante inferior direito do abdome havia imagem radiopaca concêntrica compatível com formação litiásica intraluminal em região do íleo terminal.

**DISCUSSÃO:** Devido aos sintomas não específicos, o retardo no diagnóstico ocorre numa média de cerca de 7 dias após o início dos sintomas 10; 50% dos pacientes tem queixas dispépticas menores de longa data, o que corrobora o quadro da paciente em tela. Os principais achados no Rx simples de abdome são representados pela tríade de Rigler (pneumobilia, cálculo radiopaco ectópico e sinais de obstrução intestinal) 11, e foram encontrados no quadro supra descrito. A tomografia de abdome também ratificou os principais achados da literatura representados por pneumobilia, obstrução de intestino delgado, cálculo ectópico de tamanho grande e sinais de colecistite crônica. Tratamento. Os tratamentos clássicos são apresentados a seguir: 1. Enterolitotomia 2. Enterectomia segmentar

3. Procedimento de reparo em 1 tempo (enterolitotomia, colecistectomia e reparo da fístula biliodigestiva)
4. Procedimento de reparo em 2 tempos (enterolitotomia no tempo 1 e após 6 semanas colecistectomia e reparo da fístula) que foi a opção tomada em nosso serviço.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As obstruções decorrentes do íleo biliar representam menos de 1% dos casos e com frequência maior entre os de idade avançada; a enterolitotomia permanece o tratamento padrão ouro para esses pacientes, diminuído a morbimortalidade em relação à procedimentos mais invasivos como a abordagem primária da via biliar. A paciente em tela apresentou ótima evolução pós-operatória e segue para correção eletiva da fístula biliar.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 1104331 – GOSSIPIBOMA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Lara Veiga Freire (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Edla Polsinelli Bedin Mascarin do Vale (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Isabelle Faleiros Fernandes (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Natália Engler Ravasio (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Daniela Silva Galo (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Livia Jayme Paulucci (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Vanessa Madrid Vivo (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Rôniki Clean Sá Florencio (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** K.C.O, feminina, 39 anos, sem comorbidades. Encaminhada ao ambulatório da gastroenterologia por queixa de dores abdominais esporádicas em hipocôndrio direito, sem irradiação ou fatores de melhora ou piora. Em sua história pregressa, citou cirurgia abdominal aos 5 anos de idade, após acidente de carro. Iniciou investigação diagnóstica com exames laboratoriais inicialmente sem alterações. Ultrassonografia de abdome, evidenciou imagem de aspecto cístico com septos ecogênicos, contornos lobulares, localizada entre o fígado e o diafragma, de 8,1 x 5,7cm. Lobo hepático direito reduzido por provável status “pós cirúrgico” de hepatectomia parcial. E tomografia de abdome com atrofia do lobo direito hepático e hipertrofia do lobo esquerdo com coleção de paredes espessas septadas, 13 x 7cm, subcapsular no lobo direito. Após 2 meses evoluiu com dor em hipocôndrio direito, abaulamento e hiperemia local. Optado por realizar drenagem percutânea e enviar material para análise anatomopatológica, que mostrou processo inflamatório crônico inespecífico. Após 1 mês a paciente manteve quadro clínico com leve desconforto e exames de imagem mantendo alterações, sugestivas de abscesso hepático. Definido por laparotomia exploradora, sendo retirado corpo estranho de aspecto têxtil. A paciente recebeu alta hospitalar após 1 semana com melhora total do quadro clínico.

**DISCUSSÃO:** Gossipiboma - termo usado para descrever uma massa formada a partir de uma matriz de algodão cercada por uma reação inflamatória/granulomatosa no tecido cuja incidência é estimada é menor que 0,2%, na sua maioria na cavidade abdominal. As apresentações clínicas variam e podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio com encapsulamento do corpo estranho e formação de pseudotumores, semelhante ao caso descrito. Como os sintomas tardios são inespecíficos, o diagnóstico torna-se mais difícil, sendo necessário investigação diagnóstica pormenorizada, com exames complementares de imagem e abordagem cirúrgica com análise da peça anatômica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso descrito relata a presença de corpo estranho em tecido hepático, o gossipiboma ao mesmo tempo que enfatiza a importância das prevenções em procedimentos cirúrgicos abdominais. Por apresentar baixa incidência na população geral, deve ser sempre pensado em casos de pacientes com cirurgias prévias especialmente as de urgência/emergência com achados sugestivos em exames de imagem, proporcionando atuação precoce da equipe clínica-cirúrgica, diminuindo a morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** LARA VEIGA FREIRE | laraveigaf@gmail.com

## **Cirurgia - Fígado**

### **1104431 – Ressecção hepática secundária a litíase biliar intra-hepática: Um Relato de Caso**

**AUTORES:** Vaner Paulo Silva Fonseca Pinheiro (UFBA - Salvador - Bahia - Brasil), Eduardo Freitas Viana (UFBA - Salvador - Bahia - Brasil), Thiago Francischetto Ribeiro (UFBA - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 78 anos, portador de diabetes melitus tipo 2, ocidental, com passado de colecistectomia videolaparoscópica há 7 anos, comparece ao serviço devido achado incidental na Tomografia Computadorizada de litíase intra-hepática com dilatação moderada a montante, redução/atrofia de lobo esquerdo, e ectasia do hepato-colédoco. Referia leve desconforto abdominal pós-prandial e negava sintomas colestáticos, alterações no ritmo intestinal e febre. Foi optado por realizar hepatectomia parcial aberta esquerda na qual evidenciou segmentos II e III atrofiados e múltiplos cálculos marrons intra-hepáticos na via biliar esquerda, sobretudo no setor lateral. Ao examinar a peça ressecada foi observado ducto biliar dilatado com presença de inúmeros cálculos compactados nos segmentos hepáticos, com atrofia parenquimatosa. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório sem complicações cirúrgicas. Não apresentou fístula biliar.

**DISCUSSÃO:** Litíase Intra-hepática é definida pela presença de cálculos nos ductos biliares, com ou sem cálculos na vesícula biliar ou no ducto hepático comum. Apesar de prevalente no leste asiático, se apresenta como uma doença rara no Ocidente. Ela pode ser primária quando os cálculos surgem dentro do fígado devido a processo de estenose e/ou estase biliar, ou secundária quando os cálculos se formam na vesícula biliar e ocorre sua migração em direção retrógrada para os ductos intra-hepáticos. De acordo com Herman et al, a ressecção hepática tem se mostrado efetiva diante de lesões hepáticas unilaterais e irreversíveis como estenose biliar ou fibrose parenquimatosa e atresia, constituindo a principal modalidade terapêutica. No entanto, em casos onde há acometimento conjunto da via biliar extra-hepática, por vezes, há necessidade de derivação bilio-digestiva associada. Além disso, em casos selecionados, a abordagem por radiologia intervencionista pode ser uma opção adequada. Já em casos mais graves, com acometimento bilateral, culminando em disfunção hepática, o transplante de fígado é a opção ideal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso apresentado foi conduzido de acordo com as orientações da literatura. Litíase intra-hepática é uma doença rara no Ocidente e seu tratamento exige avaliação cuidadosa e individualizada, ainda que a ressecção hepática seja a abordagem mais preconizada atualmente.

**CONTATO AUTOR:** VANER PAULO DA SILVA FONSECA PINHEIRO | vaner-p@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### **1104451 – BILIOMA: COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA DE COLECISTECTOMIA EM PACIENTE COM DUPLICAÇÃO DE VIA BILIAR E ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS**

**AUTORES:** AMANDA MARTINS CHARNECA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO AUGUSTO MANNA BALBO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), DANNY CARBAJAL GONZALEZ (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JESSICA BOCCHI BACCO (BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 64 anos, japonesa. Procurou PS por distensão abdominal e dor em hipocôndrio direito em 10° PO de colecistectomia VLP por colecistite aguda. Leucócitos 8870, bilirrubina total 0,96, AST 28, ALT 16, gama GT 642, fosfatase alcalina 277, CA 19-9 de 515, sem outras alterações laboratoriais. Realizou colangioprocesso com coleção líquida no leito cirúrgico (170,0 cm<sup>3</sup>), biloma, além de duplicação do ducto biliar extrahepático com ducto hepático direito posterior nascendo do ducto hepático esquerdo e afilamento abrupto no terço distal do colédoco, a cerca de 2,7cm da papila maior do duodeno; não apresentou cálculos nas vias biliares e o ducto pancreático principal foi de calibre habitual. Realizou CPRE com papilotomia; não identificados cálculos ou fístula. Realizada drenagem da coleção abdominal guiada por TC, com saída de 300ml de bile. E, 17° PO realizou nova CPRE com colocação de duas próteses, uma em cada ducto biliar. Após 3 semanas houve resolução completa do bilioma e da dilatação de vias biliares. Paciente em seguimento com TC de abdome identificou lesão em pâncreas, diagnosticada com adenocarcinoma.

**DISCUSSÃO:** A duplicação do ducto biliar extra-hepático (DDBE) é definida pela presença de um tabique dentro do ducto biliar ou por apresentar um ducto biliar acessório. É considerada uma variante extremamente rara a nível mundial. A causa e os mecanismos do seu desenvolvimento embriológico são pouco conhecidos. Possui maior frequência na etnia asiática. A DDBE está associada a maior risco de lesão da via biliar, e a comorbidades como litíases biliar, colédoco-litíase, colangites, pancreatites e neoplasias malignas do TGI superior. O diagnóstico posterior de adenocarcinoma de pâncreas incluiu fator obstrutivo de via biliar que contribuiu com a ocorrência do bilioma.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O conhecimento anatômico e reconhecimento de patologias de vesícula, fígado, pâncreas e vias biliares na avaliação pré cirúrgica se faz extremamente importante a fim de diminuir a incidência de complicações pós operatórias.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA MARTINS CHARNECA | amanda\_charneca@hotmail.com



## Cirurgia - Fígado

### 1104501 – Ressecção em dois tempos de tumor neuroendócrino gástrico com múltiplas metástases hepáticas

**AUTORES:** Luís Fernando Carneiro Vilaboim (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo Dias Sanches (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Soraya Rodrigues de Almeida Sanches (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo de Medeiros Chaves França (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luís Fernando Resende Marques (Hospital das Clínicas das UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Rodrigo Pereira Peixoto (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 28 anos, masculino, atendido por dor abdominal localizada em hipocôndrio direito e febre. Tomografia de abdome visualizou lesão volumosa em lobo hepático direito, de conteúdo heterogêneo. Tentativa de drenagem aberta, por suspeita de abscesso hepático. Identificada massa de conteúdo sólido, com anatomopatológico inconclusivo após biópsia. Em Endoscopia Digestiva Alta de setembro/2020, lesão em antro gástrico, medindo 30 mm. À ultrassonografia endoscópica apresentava-se endofítica, medindo 15 mm e acometendo até a muscular própria do estômago. A histologia evidenciou TNE de Baixo Grau. A análise imuno-histoquímica (IHQ) foi positiva para Cromogranina A e Sinaptofisina, com Ki-67 de 1%. Em Tomografia de dezembro/2020, lesão expansiva no lobo hepático direito, de 14,3 cm. Outras lesões nodulares hepáticas, uma no segmento II e no segmento VII. Biópsia percutânea hepática apresentava-se TNE bem diferenciado. Proposto tratamento cirúrgico em dois tempos. Primeiro procedimento em janeiro/2021: Antrectomia com reconstrução em Bilroth I, linfadenectomia regional, nodulectomia de lesão em segmento II hepático e ligadura do ramo direito da veia porta. O anatomopatológico mostrou tumor neuroendócrino em antro gástrico, grau 2, bem diferenciado e metástase em um linfonodo. Metástase em lesão hepática, com margens livres. Internado após 42 dias. Tomografias mostraram aumento do lobo esquerdo hepático em 24% e lesão volumosa a direita. Submetido a trissegmentectomia direita com preservação de parte do segmento IV. Anatomopatológico evidenciando TNE, com margens cirúrgicas livres. Estadiamento em 23/07/2021, com Ressonância de abdômen, não identificadas lesões.

**DISCUSSÃO:** Tumores neuroendócrinos (TNE) gastrointestinais são derivados das células do sistema neuroendócrino. Cerca de 55% dos tumores estão localizados no TGI, sendo 7% gástricos. Entre 40-45% dos pacientes já apresentam metástases a distância na ocasião do diagnóstico, a maior parte delas localizadas no fígado. O tratamento cirúrgico é ainda a melhor opção, sendo realizado em casos especiais transplante hepático.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O TNE metastático para o fígado apresenta-se como desafio médico, tendo necessidade de equipe multidisciplinar e diversas especialidades envolvidas. O tratamento cirúrgico ainda é a melhor opção para o paciente. Melhorias em terapias imunobiológicas e quimioterápicas tendem a ser pontes para o melhor tratamento futuro da doença.

**CONTATO AUTOR:** LUÍS FERNANDO CARNEIRO VILABOIM | luis\_vilaboim@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 1104540 – Ressecção hepática para tratamento litíase biliar intra hepático

**AUTORES:** PAULO HENRIQUE DIAS FERNANDES (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LARISSA MERCADANTE ASSIS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PHILIFE FRANCO DO AMARAL TAFNER (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), CASSIO JERONIMO MACHADO BARROS (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BERNARDO FONTEL POMPEU (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LUIS FERNANDO PAES LEME (COMPLEXO HOSPITALAR HELIOPOLIS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 49 anos, adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasivo de reto a 10 cm da borda anal, úlcero-vegetante, marcadores CEA: 26 e CA 19-9: 14, estadiamento clínico T3N+M0 de reto superior. Tomografia de abdome com nódulo hepático as custas de dilatação de ducto hepático esquerdo, formação que ocupava segmentos IVA, IVB, II e III. Foi atendida na primeira onda de COVID-19. Encaminhada para oncologia clínica, optado por tratamento neoadjuvante, realizando 28 sessões de radioterapia, associado a quimioterapia com capecitabina. Houve perda de seguimento, por conta das restrições de atendimento e distanciamento social, retornando 5 meses após o término da neoadjuvância. Exames de re-estadiamento com colonoscopia demonstraram lesão ulcerada em reto superior, sub-estenose. Exames de imagem com as mesmas descrições anteriores. CEA: 0,8 e Ca 19-9:9,5. Submetida a hepatectomia esquerda com anastomose biliodigestiva hepático jejunal Y de Roux, retossigmoidectomia com anastomose T-T e ileostomia de proteção. No inventário múltiplos cálculos intra-hepáticos. Resultado da anatomia patológica compatível com estadiamento  $\gamma$ TONOM0.

**DISCUSSÃO:** A litíase intra-hepática está associada a complicações como estenose das vias biliares, colangite aguda, abscesso hepático, atrofia do fígado, cirrose biliar secundária, hipertensão porta e insuficiência hepática. Além disso, ela é causa importante de colangiocarcinoma. A litíase é mais comum no lobo esquerdo, como o da paciente, provavelmente devido ao ângulo mais agudo entre o ducto hepático comum e o hepático esquerdo que poderia induzir à estase biliar. O manuseio da litíase intra-hepática requer a

remoção por completo de todos os cálculos. A ressecção hepática é o tratamento definitivo, conhecida como cirurgia de Longmire, onde realiza-se ressecção do lobo acometido, retirada dos cálculos e anastomose biliodigestiva ao nível da confluência do ducto direito, este procedimento é importante para evitar complicações severas tais como o colangite e a longo prazo o colangiocarcinoma.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Com objetivo de evitar complicações agudas, por exemplo a colangite, foi optado para o caso em questão a ressecção hepática associada a retossigmoidectomia no mesmo ato cirúrgico, uma vez que para esta paciente era imprescindível o tratamento cirúrgico para o tumor primário devido a perda do segmento médico pela pandemia COVID-19.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MERCADANTE DE ASSIS | [larissa.mercadante@hotmail.com](mailto:larissa.mercadante@hotmail.com)

## Cirurgia - Intestinos

### 101903 – RUPTURA ESPONTÂNEA DE HÉRNIA INCISIONAL – RELATO DE CASO

**AUTORES:** Beatriz Manarin de Souza (Uni-FACEF - Franca - São Paulo - Brasil), Marina Berdun Azevedo (Uninove - Bauru - São Paulo - Brasil), Guilherme Guimarães Leal (UNAERP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rodrigo Sanderson (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia - Santa Rita do Passa Quatro - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 91 anos, masculino, natural e procedente de Santa Rita do Passa Quatro (SP), apresenta quadro de evisceração espontânea na linha média do abdômen junto a cicatriz mediana xifo púbica, pós esforço evacuatório. Chegou ao pronto socorro com exposição das alças intestinais através deste defeito, tendo as alças protegidas com compressas e soro morno. Hemodinamicamente estável, Glasgow 15. Levado ao centro cirúrgico, apresentava isquemia mesentérica do segmento do delgado. Foi explorado o anel da ruptura com aproximadamente 4 cm e realizada pequena incisão relaxadora em direção cranial, ressecando 40 cm de delgado com anastomose manual látero-lateral. Devido ao potencial de complicações, optou-se pelo fechamento primário no anel herniário com pontos de mononylon 1 e transfixação de três pontos totais de ancoragem espaçados de 3 em 3 cm. Liberado com cinta abdominal e suplemento alimentar hiperproteico. Seu histórico cirúrgico é de uma laparotomia mediana há 20 anos por apendicectomia complicada, que evoluiu com hérnia incisional. Dez anos após, foi submetido a colecistectomia, com nova incisão na linha média, reabertura completa da cicatriz prévia e correção da hérnia incisional sem prótese. Progrediu com infecção da ferida operatória, e recidiva da hérnia após três anos.

**DISCUSSÃO:** No Brasil, a hérnia está presente em 20% da população, sendo que 10% dos procedimentos são de hérnias incisionais, cujas correções recidivam na mesma proporção. Pelo fato da ruptura espontânea de hérnia ser um episódio incomum, os casos relatados são complicações de hérnias incisionais, hérnias inguinais recorrentes e hérnias umbilicais. Além dos problemas sistêmicos e do aumento da pressão intra-abdominal que levam à hérnia, a ruptura e evisceração espontâneas costumam ser precedidas por outros fatores, como inflamação ou infecções, que fragilizam a cobertura.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar da patologia ser potencialmente fatal, pela possibilidade do aprisionamento e da tensão subsequente no mesentério causarem choque vasovagal ou estrangulamento, nosso paciente evoluiu bem. Com alta no sexto dia de pós-operatório, apresentou trânsito intestinal preservado, com pontos retirados após 21 dias. Independente da patogênese, o reparo tardio do defeito desencadeia aumento do risco de ruptura, agravamento da protrusão por aumento de pressão local, adelgaçamento da pele e isquemia. É causado por: negligência do defeito, medo ou falta de vontade de se submeter a outra grande operação e restrições financeiras.

**CONTATO AUTOR:** BEATRIZ MANARIN DE SOUZA | [beatrizmanarin@hotmail.com](mailto:beatrizmanarin@hotmail.com)

## Cirurgia - Intestinos

### 101913 – TUMOR NEUROENDÓCRINO NÃO FUNCIONANTE DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Viviane Lozano Espasandin (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Jessica da Motta Costa (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Pietra Arruda Nardelli (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.F.N, masculino, 51 anos, com melena, dor abdominal e surgimento de enterorragia. Sem comorbidades. Ao exame físico, leve distensão abdominal. EDA e colono sem alterações. Após alta retornou em 24h com suboclusão intestinal e TC de abdome evidenciando massa tumoral em transição jejuno-ileal sendo abordada cirurgicamente. Biópsia: neoplasia neuroendócrina bem diferenciada grau I. Dosagem de cromogranina A = 5,4 nmol/L; glucagon e VIP normais. RNM, Angio-TC e PET-TC com estadiamento T3N2M1a. Tratamento conservador com Sandostatin-Lar e segunda abordagem cirúrgica para ressecção da tumoração mesentérica remanescente, além de biópsia dos possíveis implantes hepáticos. Mantido Sandostatin Lar e iniciado radionuclídeo Lutécio. Após as terapias descritas, encontrada apenas 1 metástase ativa de 9mm, no segmento IV-B do fígado, sendo feita a ablação por radiofrequência. Acompanhamento com dosagem de cromogranina A de 3-3 meses e exames de imagem de 6-6 meses. Apresenta-se sem evidência de doença ativa.

**DISCUSSÃO:** Os tumores neuroendócrinos de intestino delgado (TNEs), apesar de raros, constituem a segunda causa mais comum de malignidade nesse local. Taxa de incidência de 0,28-0,8/100.000 habitantes e acometem homens e mulheres em igual frequência, com pico de idade entre a sexta e sétima décadas de vida. A maioria é bem diferenciada e tem comportamento indolente, levando a um aparecimento tardio dos sintomas, que podem ser parte da síndrome carcinóide ou ter, apenas, efeito de massa e hemorragias como manifestações clínicas. O diagnóstico costuma ser tardio e o prognóstico reservado. O tratamento curativo é a abordagem cirúrgica de lesões ressecáveis, com a possibilidade de adição de terapias adjuvantes e complementares em casos de tumores primários ou metástases irressecáveis.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É importante destacar que por apresentar sintomatologia variada e bastante inespecífica, o diagnóstico definitivo dos TNEs tende a ser dificultado, necessitando de exames laboratoriais, histopatológicos e de imagem para confirmá-lo e decidir a terapêutica a ser implementada. O único tratamento definitivo é a excisão cirúrgica, porém, não é o tratamento de escolha na maioria dos pacientes, devido ao diagnóstico em fases avançadas, já com metástases à distância. O conhecimento das opções terapêuticas alternativas é de extrema importância para conduzir o caso e, assim, promover menor morbidade.

**CONTATO AUTOR:** VIVIANE LOZANO ESPASANDIN | vivianelozano@yahoo.com

## Cirurgia - Intestinos

### 101972 – Tumor Neuroectodérmico Maligno do Intestino Delgado como causa de Sangramento Gastrointestinal Obscuro.

**AUTORES:** Rafael Castilho Pinto (Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Felipe D'Almeida Costa (Hospital A.C. Camargo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marja Luciane Visioli (Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Vítor Binda (Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Rigatti Hartmann (Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Heloisa Guedes Mussnich (Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O tumor Neuroectodérmico Gastrointestinal Maligno (GNET) é um tumor mesenquimal maligno gastrointestinal primário. Trata-se de uma patologia rara e de difícil diagnóstico clínico e histopatológico, sendo frequentemente diagnosticado erroneamente.

Apresentamos o caso do paciente A. Z., masculino, 69 anos, que internou em 2020 por anemia grave, necessitando de transfusão sanguínea. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia, contudo, o fator precipitante da anemia não foi elucidado. Tem história prévia de neoplasia de reto em 2005, submetido a retossigmoidectomia com anastomose colorretal e ileostomia protetora.

Após a alta hospitalar e suplementação de sulfato ferroso, manteve quadro anêmico. Foi indicada investigação através da cápsula endoscópica, demonstrando provável pólipó sésil em terço distal do delgado e área irregular de mucosa em íleo distal e, enterorressonância, que demonstrou lesão 35mm no íleo distal, sugestiva de neoplasia neuroendócrina.

O paciente foi submetido à enterectomia segmentar com anastomose primária. Foi realizada enteroscopia transoperatória para investigação de segmento suspeito distal à lesão, mostrando área irregular da mucosa sem alterações da vascularização ou vilosidades, sugestiva de área de cicatriz de fechamento da ileostomia prévia. Anatomopatológico após imunoistoquímica determinou que se tratava de um GNET sem linfonodos comprometidos.

**DISCUSSÃO:** O GNET foi descrito como uma doença maligna agressiva. No entanto, devido a raridade com que é identificada, as informações prognósticas, de estadiamento e tratamento não são uniformes.

Caracteriza-se morfológicamente por células epitelióides e/ou fusiformes dispostas em vários padrões. A marca registrada do GNET é o rearranjo do gene EWSR1. Imunoistologicamente, expressam marcadores neurais ou neuroectodérmicos focais (SOX10, S100, NSE e CD56) e diferenciação melanocítica ausente (HMB45, Melan A e MiTF).

Ocorre predominantemente em adultos jovens e o local mais acometido é o intestino delgado, seguido pelo estômago. Exames de imagem e endoscópicos são fundamentais para o diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A investigação da persistência ou recorrência de anemia ferropriva após EDA e colonoscopia negativas é essencial. Pois, apesar de sangramentos do intestino médio compreenderem a apenas 5% dos casos, exames de imagem e a cápsula endoscópica são importantes para um diagnóstico e conduta adequada.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL CASTILHO PINTO | rafaelpinto266@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 101999 – INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL COMO COMPLICAÇÃO DE GASTRECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX - RELATO DE CASO

**AUTORES:** Matheus Cesarino Vilas Boas (Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Décio Luiz da Silva Mazzini (Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Danilo Toshio Kanno (Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca (Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Tainá Serena Mottin (Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.J.O. 69 anos, masculino, deu entrada no serviço com dor abdominal difusa, do tipo cólica, de forte intensidade, iniciada há 1 dia, associada a vômitos de conteúdo de estase com raios de sangue, sem parada da eliminação de flatos e fezes. Tem antecedente patológico de hipertensão arterial, dislipidemia, ex-etilista, ex-tabagista e gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux há 2 anos devido a adenocarcinoma gástrico tipo intestinal moderadamente diferenciado ulceroinfiltrativo. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose discreta e leve aumento de LDH e CPK. Foi realizada laparotomia exploradora de urgência e no intraoperatório foi evidenciado intussuscepção de intestino delgado a 10 cm da anastomose da alça biliopancreática com a via alimentar Y de Roux, com sinais de isquemia no intussuscepto. Realizado, então, enterectomia de 15 cm do intestino delgado e, posteriormente, realizado anastomose manual primária. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica evidenciou processo inflamatório crônico ulcerativo com áreas de necrose isquêmica em parede de intestino delgado, sem sinais de malignidade. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, tendo alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A intussuscepção intestinal é uma condição rara em adultos, de fisiopatologia pouco esclarecida, que corresponde à invaginação de um segmento intestinal no lúmen de outro segmento adjacente, a qual pode ser evidenciada como uma complicação após o bypass gástrico em Y de Roux, apesar de haver baixa incidência. O local mais comum de ocorrência é no intestino delgado e os sintomas são inespecíficos, dependendo do grau de intussuscepção, podendo causar dor abdominal recorrente, oclusão intestinal, isquemia e necrose.

A intussuscepção pode reduzir espontaneamente ou pode ser realizada simples redução intraoperatória. Porém, na maioria das vezes, o tratamento consiste na ressecção do segmento acometido com anastomose primária, devido a alta prevalência de lesão orgânica associada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se tratar de uma patologia rara com um diagnóstico desafiador, principalmente em adultos, requer um alto nível de suspeita e investigação. Apesar da baixa incidência, a causa provável da intussuscepção do relato acima é uma complicação da gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux realizada previamente. A equipe médica cirúrgica deve estar ciente da possibilidade dessa complicação e da abordagem necessária, a fim de obter um desfecho favorável.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS CESARINO VILAS BOAS | cesarino.matheus@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102009 – Obstrução intestinal por Leiomioma de Delgado - Relato de Caso

**AUTORES:** Felipe Monge Vieira (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Marcos Paulo Marcellino da Silva (Vitoria Apart Hospital - vitoria - Espírito Santo - Brasil), Rogério Luiz da Silva (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Kelly Ribeiro Moura Barboza (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Pietra Sardinha Silvestre Mousinho (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Julia Surrage da Matta (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), João Pedro Assis de Paiva (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Júlia Brandão de Carvalho (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Larissa Oliveira Siepierski (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Karoline Veronês Tamanini (Universidade Vila Velha - Vila Velha - Espírito Santo - Brasil), Luana Assis Marquez (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - vitoria - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 43 anos, previamente hígida, foi admitida na emergência com quadro agudo de distensão abdominal, dor difusa em cólica e vômitos fecalóides, além de parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame laboratorial, apresentou leve leucocitose. Foi realizada tomografia computadorizada que evidenciou distensão de alças de delgado com ponto de obstrução em jejuno. Em cirurgia videolaparoscópica, foi elucidada a presença de tumoração obstrutiva em delgado e optado por conversão cirúrgica para laparotomia. Análise anatomopatológica evidenciou leiomioma.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias que afetam o trato gastrointestinal são divididas em dois grupos. As mais comuns são as neoplasias de tumores estromais gastrointestinais, frequentemente localizados no estômago e no intestino delgado proximal. O outro grupo inclui tumores de músculo liso, que são semelhantes aos que ocorrem em tecidos moles, principalmente no útero, e em outros locais do corpo, dentre estes estão os leiomiomas e leiomiossarcomas. Os leiomiomas são massas benignas, simples, firmes, cinzas ou brancas e bem definidas que, quando surgem no trato gastrointestinal, podem aparecer na camada submucosa da parede do intestino delgado. Geralmente crescem extraluminalmente e não são detectados até que excedam seu suprimento sanguíneo, causando necrose central, ulceração e sangramento no lúmen intestinal. Atipicamente, o tumor se estende intraluminalmente e raros casos foram reportados na literatura com evolução para obstrução intestinal. Macroscopicamente, podem ser confundidos com os tumores estromais gastrointestinais, sendo necessário a diferenciação por análise imunohistoquímica para se determinar o prognóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O leiomioma é um achado raro no trato gastrointestinal, principalmente quando há comprometimento de jejuno, causando obstrução. Assim, o caso em questão torna-se relevante, para que a condição seja reconhecida e diferenciada de um tumor estromal gastrointestinal, que possui maior frequência de aparição, influenciando positivamente no prognóstico e manejo adequado. Além disso, contribui para a estimativa da prevalência de leiomiomas de intestino delgado em posteriores estudos.

**CONTATO AUTOR:** PIETRA SARDINHA SILVESTRE MOUSINHO | pietrasardinhauv@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102089 – ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR INGESTÃO DE ÍMÃS: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Lara Lopes Fioratti (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Andréia Yumi Jouti Motomura (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Murilo Rocha Laragnoit De Martino (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Gabriel Medeiros Correia Silva (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Lucas Temer Cursino Sousa (FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Felipe Emanuel Fuhro (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), André Roncon Dias (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 13 anos de idade, portador de autismo, apresenta-se com quadro de febre, inapetência, náuseas, vômitos e parada da eliminação de flatos e fezes após ingestão de corpo estranho há 3 dias. Evidenciado pneumoperitônio em exames de imagem, optado pela laparotomia exploradora. Nesta foi realizada enterectomia segmentar com ressecção de 100cm de intestino delgado e apendicectomia táctica, devido duas perfurações intestinais causadas por ingestão de ímã. Paciente evoluiu no pós-operatório com choque séptico, rabdomiólise, com consequente insuficiência renal e necessidade de hemodiálise. Evoluiu também com cianose fixa em membros inferiores, sendo avaliado pela equipe de cirurgia vascular e optado pela amputação transfemoral bilateral. Paciente foi submetido a outros procedimentos cirúrgicos como traqueostomia devido intubação orotraqueal prolongada e rematuração de ileostomia. Durante sua longa internação evoluiu também com endocardite infecciosa, infecção urinária e pneumonia, estas, tratadas clinicamente com uso de antibioticoterapia. Para melhor manejo clínico, optado pela reconstrução de trânsito, nesta, realizada colectomia direita, íleotransverso anastomose, hernioplastia incisional e postectomia. Recebeu alta após 100 dias de internação. Atualmente mantém acompanhamento multidisciplinar via ambulatorial em bom estado geral.

**DISCUSSÃO:** As complicações associadas a ingestão de ímãs são maiores quando duas ou mais peças são ingeridas separadamente, possibilitando sua atração em segmentos distintos do trato digestivo. Quando isso ocorre, a compressão pode ocasionar isquemia da alça intestinal e suas complicações, como perfuração com peritonite ou formação de fístula, obstrução intestinal e volvo de delgado. Por tais motivos, casos de suspeita de ingestão de ímã devem ter diagnóstico precoce, objetivando a instituição precoce do tratamento e menores taxas de complicação.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ingestão de corpo estranho pode ser um quadro potencialmente grave, como relatado neste paciente. Por isso, é fundamental que se realize a prevenção e o diagnóstico precoce deste quadro.

**CONTATO AUTOR:** MURILO ROCHA LARAGNOIT DE MARTINO | murilo.afc97@gmail.com



## Cirurgia - Intestinos

### 102126 – Diverticulite Jejunal - Relato de Caso

**AUTORES:** Lucas Gomes Diniz (hospital municipal antonio giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro Belarmino (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Larissa Cupertino de Castro de Lima Oliveira (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Giuliana Ayumi Kajiwara (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Roberto Mariano Gomez Hangui (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Hugo Gregoris de Lima (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A doença diverticular é frequentemente encontrada no cólon, raramente em delgado (0,3-1%), onde 60-70% ocorre no duodeno, 20-25% no jejuno e 5-10% no íleo. Com leve predominância pelo sexo masculino e idade avançada.

Paciente feminino, de 87 anos, HAS, DM, DRC não dialítica, AVC prévio. Interna pelo Pronto Socorro com história de hemorragia digestiva exteriorizada por melena. Realizados exames de laboratório que evidenciam Hb 7.4 e Endoscopia Digestiva Alta que descarta sangramento do TGI alto. Feita TC abdome/pelve com múltiplos divertículos colônicos. Após suporte clínico, estabilidade de Hb/Ht e sem novos episódios de exteriorização, recebe alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Retorna depois de 2 dias com dor abdominal associada a rebaixamento de nível de consciência e instabilidade hemodinâmica, mal estado geral, DB positivo. Solicitada TC de abdome que mostra pneumoperitônio, pequena quantidade de líquido livre, divertículos cólicos sem sinais inflamatórios. Realizada laparotomia exploradora com presença de múltiplos divertículos de jejuno, bloqueio frouxo e líquido seropurulento a 30 cm do Treitz onde encontrava-se um divertículo de aproximadamente 7cm, com perfuração e necrose. Doença diverticular pancolônica sem sinais de inflamação. Optado por realização de enterectomia segmentar e anastomose primária. Durante o ato cirúrgico a paciente teve piora do quadro hemodinâmico precisando introduzir drogas vasoativas. No pós-operatório imediato evolui a óbito. Anatomopatológico da peça cirúrgica com processo inflamatório crônico supurativo transmural com peritonite fibrino-leucocitaria

**DISCUSSÃO:** Divertículos de delgado são raros se comparados às demais doenças diverticulares, com tendência a serem assintomáticos até que ocorram complicações raras (no máximo 15%), como obstrução intestinal, perfuração e hemorragia digestiva. Os divertículos jejunais, como os relatados no caso, são ainda menos frequentes. A perfuração com peritonite é mais grave e com risco de mortalidade de 40%.

O tratamento de eleição para as complicações dos divertículos do jejuno é a ressecção do segmento afetado com anastomose primária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como a diverticulite aguda jejunal é uma complicação incomum e seus sintomas inespecíficos, raramente entra nos diagnósticos diferenciais clínicos de abdômen agudo. Dessa forma a tomografia com triplo contraste torna-se um arsenal importante no diagnóstico, devendo ser considerado com relevância devido sua alta mortalidade quando complicada.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS GOMES DINIZ | diniz\_108@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102131 – TUMOR CARCINÓIDE DE DUODENO PRODUTOR DE SOMATOSTATINA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**AUTORES:** Jackson Ribeiro Fernandes (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Jamile Rosset Mocellin (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Michel Ribeiro Fernandes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 63 anos, há oito meses com queixa de dor epigástrica irradiada para hipocôndrios. Ao exame abdominal, presença de massa palpável em epigástrio e hipocôndrio direito, extensão aproximada 10 x 6 cm, fixa e dolorosa. Tomografia computadorizada (TC) de abdômen e a ultrasonografia (USG) evidenciaram uma massa sólida de contornos lobulados medindo 13 x 9 cm em cabeça de pâncreas. Optado por realizar a laparotomia exploradora sem dosagens hormonais prévias. No intra-operatório o tumor situava-se na face posterior duodenopancreática e colicistectomia, sendo realizado uma gastroduodenopancreatectomia cefálica, com reconstrução em alça única. O anatomopatológico revelou neoplasia de duodeno na porção descendente, comprometendo toda a parede e comprimindo o tecido pancreático adjacente. Margens cirúrgicas e linfonodos livres de comprometimento neoplásico (T4N0Mx). A imuno-histoquímica foi compatível com neoplasia neuroendócrina (tumor carcinoide), imunoexpressão positiva para cromogranina e somatostatina, negativa para insulina e glucagon, concluindo ser um somatostatinoma. A paciente recebeu alta no décimo dia de pós-operatório, mantendo acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Os somatostatinomas representam menos que 1% das neoplasias endócrinas gastroenteropancreáticas, predominando em mulheres com idade média de 54 anos. Geralmente se apresentam com dor abdominal, icterícia e colelitíase, porém apenas 2,5% deles são funcionantes. Os elevados níveis de somatostatina, especialmente nos tumores > 4cm de diâmetro, podem desencadear má absorção e hiperglicemia por inibição secretória pancreática e a colelitíase por supressão da motilidade da vesícula biliar, conhecido como a tríade inibitória do somatostatinoma. A TC, ressonância magnética e USG abdominal podem revelar massa tumoral pancreática, principalmente se associada ao aumento de somatostatina. O diagnóstico é confirmado pela biópsia, O tratamento de escolha é ressecção cirúrgica, sendo a cirurgia de Whipple a mais realizada, e nos tumores < 2cm é possível ressecção local. Nos casos em que a ressecção completa não é possível, pode-se optar por cirurgia paliativa redutora. Em casos selecionados, a quimioterapia pode ser benéfica e reduzir sintomas. Os fatores de pior prognóstico são tumores não ressecáveis, acometimento linfonodal, diferenciação celular, doença metastática, status não funcionante, e tumores > 3cm. A sobrevida em 5 anos é de aproximadamente 60%, e 40% na presença de metástases, chegando a cura na ressecção completa e ausência de metástases.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os tumores carcinóides do trato gastrointestinal são incomuns, devendo ser um diagnóstico diferencial em pacientes com síndrome icterica. A terapia deve ser direcionada conforme os fatores prognósticos e adequada individualmente ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** MICHEL RIBEIRO FERNANDES | m85848@me.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102132 – LIPOSSARCOMA DE RETROPERITÔNIO COM OBSTRUÇÃO PARCIAL DE DELGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**AUTORES:** Jackson Ribeiro Fernandes (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Jamile Rosset Mocellin (Universidade do Oeste de Santa Catarina - Joaçaba - Santa Catarina - Brasil), Michel Ribeiro Fernandes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 58 anos, deu entrada no serviço de emergência por desconforto abdominal, vômitos e perda de peso nos últimos meses. Ao exame físico, apresenta distensão abdominal associada a massa abdominal indolor volumosa, endurecida, aderindo e ocupando todo o hemiabdomen direito. Submetido a tomografia de abdômen total, a qual demonstrou uma volumosa massa retroperitoneal medindo 25 x 15 x 10 cm com atenuação de predominância gordurosa e múltiplas septações, com compressão extrínseca de órgãos subjacentes levando à distensão. Tendo em vista o quadro clínico juntamente com o exame de imagem, foi elencada a possibilidade de lipossarcoma retroperitoneal. Realizada laparotomia exploradora e ressecção completa da massa encapsulada sem necessidade de ressecção visceral. Anatomopatológico confirmatório de lipossarcoma retroperitoneal de grau bem diferenciado. O paciente recebeu alta no 5º de pós-operatório, mantendo seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Os sarcomas retroperitoneais, o tipo histológico mais comum é o lipossarcoma, composto predominante por gordura. Há predominância pelo sexo feminino e idade média de 50 anos. Geralmente, o quadro clínico é indicioso e assintomático, contudo, por vezes cursa com desconforto abdominal, plenitude e massa abdominal palpável indolor. O grau de diferenciação tumoral nos tumores retroperitoneais é o fator mais importante para o diagnóstico, sendo que os de baixo grau (mixoides e bem diferenciados) a sobrevida em 5 anos é de 90 %. Sua localização profunda, com crescimento lento e expansivo, contribuem para uma evolução indiciosa do tumor. O diâmetro médio varia entre 10 a 15 centímetros, podendo comprometer órgãos adjacentes em 80% dos casos causando obstrução. O diagnóstico histológico é definido pelo estudo histológico transoperatório ou a partir do estudo da peça cirúrgica extraída. O tratamento de escolha é a cirurgia, que proporciona aumento da sobrevida e menores índices de recidiva. Os bons resultados são obtidos pela ressecção completa da peça juntamente com a cápsula, com margens livres. Em algumas situações faz-se necessário a ressecção de órgãos próximos para a extração total do tumor.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O comprometimento de órgãos adjacentes por compressão extrínseca pode ser a primeira manifestação deste tipo de tumor. Contudo, por apresentar crescimento autolimitado a cirurgia com extração tumoral total é curativa, sendo infrequente a ressecção de órgãos adjacentes gerando melhores taxas de sobrevida e diminuindo as chances de recidiva.

**CONTATO AUTOR:** MICHEL RIBEIRO FERNANDES | m85848@me.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102170 – CIRURGIA PREVENTIVA NA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Caio Souza Dias (Faculdade Santa Maria - Cajazeiras - Paraíba - Brasil), Arthur Freire Rosado (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Brenda Matheus Nogueira de Lima (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Roberto Souza Mendonça (Hospital São Camilo de Iguatu - Iguatu - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 62 anos, masculino, apresentou-se ao setor de colonoscopia com histórico de câncer de cólon na família. Negava sangue ou muco nas fezes, dor abdominal ou síndrome diarreica. Ao exame físico, não se evidenciaram quaisquer alterações. O paciente relatou que sua mãe e 3 irmãos possuíam histórico de câncer de cólon, todos diagnosticados próximo aos 60 anos. Além disso, 2 primos e 1 tia faleceram pelo mesmo diagnóstico. Paciente relata que o pai não possuía doenças prévias. Ao exame de colonoscopia, identificou-se mais de 20 pólipos nos cólons transverso, ascendente e ceco. Nesse procedimento foram retirados mais de 10 pólipos com pinça de biópsia, alça a frio e diatérmicas a depender do tamanho. Todo o material coletado foi encaminhado para estudo anatomopatológico. Além disso, notou-se o reto e o sigmóide normais. No estudo anatomopatológico evidenciou-se: em todos os pólipos características adenomatosas, desde tubular com displasia de baixo grau, até túbulo-vilosos com displasia de alto grau. Devido ao alto risco de câncer de cólon pela evidente polipose adenomatosa familiar atenuada, uma colectomia total com ileorretoanastomose laterolateral grampeada foi o procedimento indicado. Ao inspecionar o lúmen da peça, foram observados vários pólipos sésseis na região do ceco, no cólon ascendente, no cólon transverso e no cólon descendente.

**DISCUSSÃO:** A Polipose adenomatosa familiar é uma síndrome clínica em que o cólon é acometido por inúmeros pólipos adenomatosos, em número maior do que 100, e considera-se atenuada entre 20 e 100 pólipos. História familiar e estudo histopatológico são fundamentais para o diagnóstico. O pólipo adenomatoso progride lentamente de estágios iniciais benignos para a neoplasia colorretal quando observada evolução natural da doença e não houver abordagem necessariamente cirúrgica para a correção, representando uma probabilidade de câncer colorretal de 100% em indivíduos não tratados. A herança é genética autossômica dominante com penetrância incompleta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso clínico reflete a importância da cirurgia preventiva na Polipose adenomatosa familiar, dado que sua prevenção e diagnóstico precoce são decisivos para o prognóstico da doença, que evoluem para malignidade quando não tratados, além da possibilidade de preservação retal em casos com reto ainda normal, com menor morbidez a longo prazo, assegurando uma vigilância correta.

**CONTATO AUTOR:** CAIO DE SOUZA DIAS | caiocut00@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102200 – Hérnia Traumática de Parede Abdominal com Apendicite Aguda: Um Relato de Caso

**AUTORES:** VICTORIA LANGER CECHIN (HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO - CAMPO LARGO - Paraná - Brasil), LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS (HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO - CAMPO LARGO - Paraná - Brasil), MARINA BOFF (HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO - CAMPO LARGO - Paraná - Brasil), FERNANDO ROBERTO SCHIMIDT (HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO - CAMPO LARGO - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO - Campo Largo - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital Nossa Senhora do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital Nossa Senhora do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital Nossa Senhora do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.R.G, feminino, 28 anos, hipertensa, obesidade grau III apresentava história pregressa de colisão auto x moto há 3 anos. Diagnosticada com hérnia traumática de parede abdominal (HTPA) um ano após o episódio. Optado pela não correção imediata. Há 4 dias da admissão apresentou quadro de dor abdominal em flanco direito associado a vômitos e inapetência. Após 2 dias do início da dor apresentou parada da eliminação dos flatos. Ao exame físico apresentava massa volumosa em flanco direito, não redutível e defesa abdominal importante sem peritonite. Levantada hipótese de HPTA encarcerada associada à obstrução intestinal. Solicitado TC de abdome que demonstrou volumosa hérnia abdominal contendo alças intestinais em seu interior sem sinais de sofrimento. Apêndice cecal visualizado com fecalito e borramento difuso dos planos mioadiposos. Realizada laparotomia exploratória com incisão paramediana direita. No inventário do saco herniário havia presença de grande quantidade de líquido seropurulento, apendicite perfurada com abscesso localizado. Realizado apendicectomia tradicional, isolamento de saco herniário e descolamento de epiplon devido encarceramento crônico com posterior ressecção do mesmo. Realizada herniorrafia. Revisada hemostasia e fechada cavidade com posicionamento de dreno de suctor. Paciente apresentou boa evolução e alta hospitalar em 48h. Retorno ambulatorial para seguimento

**DISCUSSÃO:** Há poucos relatos a respeito das HTPA, elas ocorrem em áreas de fraqueza dos planos musculosaponeuroticos nos casos de trauma contuso com ausência de lesão penetrante. De acordo com a literatura, menos de 1% dos pacientes vítimas de trauma contuso as desenvolvem. Não há consenso na literatura em relação ao momento ideal e à técnica de reparo. No caso relatado, além das complicações do atraso da correção da falha, a presença da mesma foi fator de confundimento e adiamento no diagnóstico de apendicite complicada. O achado de apendicite no interior de hérnias é bastante raro. Até o momento da descrição deste relato não foram encontrados nenhum relato da presença de apendicite complicada no interior do saco herniário de HTPA.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este relato tem como objetivo encorajar à discussão das escolhas terapêuticas e complicações em casos semelhantes devido à escassez de relatos na literatura, além de trazer diretrizes e protocolos no manejo das HTPA associadas a fatores desfavoráveis.

**CONTATO AUTOR:** VICTORIA LANGER CECHIN | victoriacechin@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102203 – Abdome Agudo Obstrutivo causada por Diverticulite de Meckel: Relato de Caso

**AUTORES:** Marina Boff (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Luísa Zanatelli Brasil Bastos (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Victoria Langer Cechin (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber de Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Fernando Roberto Schmidt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu André Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.C.B.F., feminino, 18 anos, apresenta quadro de dor abdominal difusa em cólica por cerca de 30 dias e piora da dor 7 dias antes do internamento. Na avaliação paciente com dor localizada em fossa ilíaca direita (FID), anorexia, parada da eliminação de fezes e flatos e 2 episódios de vômito. Ao exame físico apresentava dor intensa a palpação de FID, sinal de Blumberg e sinal do Psoas presentes. Realizada tomografia de abdome com achado de massa em região de epigástrio, aderido à parede abdominal com borramento de gordura adjacente, distensão de alças intestinais a montante com nível hidroaéreo; exames laboratoriais sem alterações. Mediante ao quadro apresentado foi optado por realizar laparotomia exploradora. No intraoperatório: Divertículo de Meckel (DM) aderido à parede abdominal associado a abscesso local com secreção purulenta e rotação de alças intestinais, hérnia interna causando obstrução intestinal. Realizada liberação das aderências do divertículo, desfeita hérnia interna e ressecção do divertículo de meckel e retirada do apêndice cecal (AC), material enviado para anatomopatológico (AP). O resultado do AP evidenciou DM – segmento entérico com metaplasia gástrica e pancreática com inflamação crônica e aguda trans mucosa, compatível com Diverticulite de Meckel; AC – periapendicite crônica moderada. No retorno ambulatorial paciente apresentava-se assintomática, com alta na sequência.

**DISCUSSÃO:** O DM é a anomalia congênita mais comum do intestino delgado, ocorre em cerca de 2% da população. Comumente é revestido por tecido heterotópico, sendo essa mucosa gástrica em 50% dos casos, mucosa pancreática em aproximadamente 5%. O principal sintoma é o sangramento, além de intussuscepção, obstrução intestinal devido a volvo. A inflamação do divertículo corresponde de 10 a 20% das apresentações sintomáticas. Sendo o divertículo a causa da queixa do paciente ele deve ser removido. No caso discutido acima foi optado por ressecção de todo o divertículo, enterectomia adjacente com enteroanastomose uma vez encontrado um processo inflamatório infeccioso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se tratar de uma doença pouco comum, com clínica insidiosa e uma variedade de sinais e sintomas, além de achados poucos específicos dos exames complementares percebe-se a dificuldade diagnóstica e de identificação precoce e certa do Divertículo e Diverticulite de Meckel. Portanto é de fundamental importância a suspeição clínica da patologia em casos de abdome agudo.

**CONTATO AUTOR:** MARINA BOFF | marina-boff@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102223 – GIST DE INTESTINO DELGADO COMO UMA RARA CAUSA DE SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL OBSCURO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Guilherme Rodrigues Oliveira (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Ana Carolina Cunha Leal (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Octávio Araújo Rodrigues Lima (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Tayna Ise Marinato (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), José Miguel da Silva Maciel Júnior (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Hugo Assis Martins da Costa (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Alex Augusto Silva (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) - Uberaba - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 92 anos, encaminhado devido episódios recorrentes de melena há 1 mês. Exames laboratoriais revelaram anemia grave (hemoglobina > 5), tratada com transfusões repetidas. Endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia não visualizaram alterações. Durante a internação, negou outras queixas e não relatou sangramento gastrointestinal. Após 15 dias, apresentou novo quadro de melena, além de constipação intestinal importante. Realizada enterotomografia, a qual mostrou lesão exofítica e heterogênea, que ocluía parcialmente a luz intestinal. Após discutir com equipe da cirurgia do aparelho digestivo, foi indicada a ressecção cirúrgica de segmento de intestino delgado através de laparotomia exploradora. O tumor excisado possuía 5 cm de diâmetro; biópsia identificou GIST de baixo risco e imuno-histoquímica positiva para CD117. Recebeu alta hospitalar após 5 dias da operação. Hoje, segue em acompanhamento ambulatorial com evolução favorável.

**DISCUSSÃO:** Tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são os tumores mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal, responsáveis por 1 a 3% de todas as doenças malignas desse sistema. Podem surgir ao longo de toda a sua extensão, principalmente no estômago (60%) e intestino delgado (20-30%). GISTs geralmente surgem entre os 40 e 70 anos, mas o paciente em questão é um idoso de 92 anos, idade acima do esperado. As apresentações clínicas dos GISTs variam de acordo com a localização e tamanho do tumor. Geralmente são incidentalomas, mas podem causar sintomas inespecíficos. Uma das manifestações mais relevantes são os sangramentos gastrointestinais, que podem ser crônicos e cursar com melena e/ou anemia, como presenciado no relato. Embora os tumores de intestino delgado sejam responsáveis por menos de 10% das causas de sangramento gastrointestinal obscuro, deve-se atentar para a possível presença de GISTs nesses casos. A tomografia computadorizada é um exame que permite a identificação do tumor, e foi realizada após endoscopia bidirecional sem alterações. O diagnóstico histológico é confirmado pela imuno-histoquímica positiva para CD117, e o tratamento padrão de GIST localizado é a excisão completa, como visto nesse estudo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de raros, GISTs de intestino delgado devem ser considerados como um possível diferencial em casos de melena e/ou anemia, principalmente quando as causas mais comuns foram descartadas. O diagnóstico precoce contribui para um melhor prognóstico, sendo indicado o tratamento cirúrgico para os tumores localizados.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME RODRIGUES OLIVEIRA | guilhermeoliveiraufm@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102239 – Retirada incompleta de dreno abdominal: relato de caso de perfuração tardia de intestino

**AUTORES:** Bruna Ribeiro Belarmino (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Lucas Gomes Diniz (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Giuliana Ayumi Kajiwara (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Larissa Cupertino de Castro de Lima Oliveira (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Diego Tavares Moreira (Hospital Municipal Antonio Giglio - osasco - São Paulo - Brasil), Hugo Gregoris de Lima (Hospital Municipal Antonio Giglio - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Relatos de corpo estranho (CE) intra-abdominal após procedimentos cirúrgicos são raros, devido os malefícios médico-legais envolvidos. A cada 1500 operações intra-abdominais ocorre um caso, incidência em torno de 0,2%. O tempo entre a abordagem cirúrgica inicial e o diagnóstico de CE pode variar de semanas a anos. No paciente aqui relatado, identificou-se a presença de tal achado após 5 anos. RTL, 57 anos, sexo masculino, sem comorbidades, com queixa de dor em andar inferior de abdome, em aperto, sem irradiações, com início há 1 mês com piora progressiva com 2 dias de evolução pre-internação, associado a distensão abdominal, êmese e náuseas. História prévia de laparotomia infra-umbilical por apendicectomia complicada ha 5 anos. Ao exame físico encontrava-se em REG, abdome globoso, distendido, DB positivo em região de FID. TC de abdome com imagem tubular hiperdensa em fossa ilíaca direita sugestiva de CE, leve distensão difusa de alças entéricas. Realizado laparotomia exploradora e identificado presença de líquido seroso, múltiplas aderências firmes e frouxas entre intestino delgado, intestino grosso e parede abdominal, presença de plastrão em fossa ilíaca direita englobando ceco, válvula ileocecal, e CE (dreno túbulo laminar). Presença de fagocitose parcial do dreno por alça de delgado a cerca de 1,6m do ângulo de Treitz. Optado por enterectomia segmentar, com anastomose mecanica com grampeador linear. Paciente teve boa evolução, recebendo alta no 7º dia com acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** O primeiro relato de identificação de CE pós-operatório foi feito 1884. A incidência da retenção de CE intra-abdominais não é bem conhecida, porem vista como incomum, devido não ser identificado ou não relatado quando diagnosticado. A cada 1000 à 1500 laparotomias, aumenta-se as chances de se deixar um CE, sendo 40% diagnosticados no primeiro ano e 50 % até o quinto. Dado este compatível com o presente relato. Diversos são os CE descritos, desde gazes e compressas ate instrumental cirúrgica. É de se acreditar que o dreno tubular identificado, envolto por em tecido inflamatório permitiu sintomas mínimos ao paciente, que somente após crescimento progressivo deste plastão inflamatório, levou a piora dos sintomas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por conseguinte, é imprescindível na formação medica cirúrgica, o ensinamento da fiscalização durante o peri-operatório, afim de uma boa pratica dos princípios básicos das técnica, objetivando sempre evitar situação que ponham o consulente em risco.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS GOMES DINIZ | diniz\_108@hotmail.com



## Cirurgia - Intestinos

### 102266 – Abdome Agudo Perforativo secundário a Tuberculose Intestinal em paciente Imunocompetente: Relato de caso

**AUTORES:** Bruna Bueno Biondi (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bianca Martins Maldonado (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fernanda Carvalho Franco (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thaísa Richards de Andrade (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Kaline Daniele de Souza Amaro (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tayna Mireli de Paula Molina (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiza Oliveira Tocantins Álvares (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Monna Hessen Banna de Oliveira (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.S.C, 55 anos, masculino, previamente hígido, procura atendimento com queixa de dor abdominal difusa há 5 dias com piora há 1 dia. Relatava parada de eliminação de gases e fezes há 3 dias associado a vômitos. Queixava-se de dor abdominal leve e perda de peso de 10 kg nos últimos 2 meses. Ao exame físico o abdome tinha sinais de peritonite. Realizado Radiografia de abdome evidenciando pneumoperitônio. Indicada laparotomia exploradora, evidenciando líquido entérico livre associado a áreas esbranquiçadas aderidas a parede de delgado. Vistas áreas de estenose, com ponto de perfuração em íleo, respectivamente a 50 e a 20 cm da válvula ileocecal. Optada por realização de duas enterectomias com enteroenteroanastomose manual. Foi realizada sorologia, negativa para HIV. Paciente evoluiu no 5º pós operatório com deiscência da anastomose sendo submetido a nova enterectomia englobando área de deiscência, com anastomose primária. Anatomopatológico mostrou enterite crônica granulomatosa, com necrose de padrão caseoso. Imunohistoquímica com positividade para tuberculose. Iniciado seguimento com a Infectologia e dado início ao esquema terapêutico RIPE, porém paciente evoluiu com novas deiscências sendo necessário peritonostomia, mantendo tratamento em UTI, evoluiu a óbito.

**DISCUSSÃO:** A Tuberculose abdominal representa cerca de 5% de todos os casos de tuberculose. Os fatores de risco para o desenvolvimento de tuberculose abdominal incluem infecção por HIV, diabetes, malignidade e tratamento com agentes de fator de necrose antitumoral. O local mais comum de envolvimento é a região ileocecal. A obstrução intestinal é a complicação mais comum e pode ser decorrente de estenose ou aderências progressivas. A cirurgia pode ser necessária em casos de perfuração, abscesso, fístula, sangramento e/ou obstrução de alto grau e deve ser o mais conservadora possível. Em geral, a terapia antituberculosa é a mesma que para a tuberculose pulmonar. Idade avançada e atraso no início da terapia foram associados a taxas de mortalidade mais altas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A tuberculose intestinal ainda é um desafio diagnóstico, principalmente em pacientes não portadores do vírus HIV. O relato deste caso se justifica ao demonstrar que a tuberculose abdominal deve ser cogitada até mesmo em pacientes imunocompetentes, apesar da inespecificidade de sinais e sintomas, principalmente por se tratar de um país com epidemiologia favorável. O atraso no diagnóstico e tratamento aumenta a probabilidade de complicações e de mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA BUENO BIONDI | brunabbiondi@hotmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **102362 – RELATO DE CASO: PERFURAÇÃO INTESTINAL POR PALITO DE DENTE MIMETIZANDO APENDICITE AGUDA**

**AUTORES:** Luísa Zanatelli Brasil Bastos (Hospital do Rocio - Curitiba - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Marina Boff (Hospital do Rocio - Curitiba - Paraná - Brasil), Victoria Langer Cechin (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jose Anderson Feitoza (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** P.L.M., 21 anos, masculino, sem comorbidades. Deu entrada no pronto socorro com dor intensa em fossa ílica esquerda. Referia que a dor havia iniciado há 3 dias em epigástrio com migração para abdômen inferior, associado a hiporexia. Ao exame físico apresentava dor a palpação de abdômen inferior com teste de Blumberg positivo. Realizada tomografia de abdômen a qual mostrava abcesso próximo ao íleo terminal, podendo ser compatível com apendicite aguda. Optou-se por laparotomia com incisão mediana infraumbilical por localização da dor ser à esquerda. Em inspeção encontrado bloqueio de alças de íleo distal em cólon sigmoide, com moderada quantidade de pus e palito de dente livre em cavidade. Encontrada perfuração única puntiforme em cólon sigmoide, bloqueada por tênia antimesentérica. Realizado desbridamento de bordos de lesão em sigmoide, colorrafia em dois planos e apendicectomia táctica. Limpeza da cavidade. Colocado dreno túbulo-laminar em pelve com saída em FID. Paciente com boa evolução pós-operatória. Questionado no pós-operatório, o paciente recordou que há 1 mês havia engolido um palito de dente por descuido. Recebendo alta hospitalar no 2º PO com seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Ingesta de corpos estranhos é algo comum na emergência, porém em muitos casos é subestimada, sendo lembrada apenas quando há complicações. Cerca de 1% da ingestão acidental de objetos pontiagudos evolui com complicações e em grande parte dos casos mimetiza outro diagnóstico, devido a possibilidade de causar danos em qualquer segmento do trato gastrointestinal (TGI) ou órgãos adjacentes. Ingesta de corpos estranhos durante a dieta é frequente, ossos de frango e peixe e palitos estão entre os mais comuns. A maioria destes passa por todo o TGI em até 1 semana, sem qualquer intercorrência. Em 1% dos casos pode ocorrer complicações, como as perfurações intestinais. As porções intestinais mais comumente perfuradas nestes casos são a junção ileocecal e sigmoide-retal, pela mudança brusca de sentido além do calibre mais reduzido que passa a ter. A maioria dos corpos estranhos ingeridos são pouco radiopacos, sendo difícil sua visualização em exames de imagem.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de ser um desafio diagnóstico, as complicações por ingestão de corpos estranhos sempre devem ser incluídas nos diagnósticos diferenciais de abdômen agudo pelo cirurgião geral e a possível ingestão de corpos estranhos deve ser questionada ativamente ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS | luh.telli@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102392 – Carcinoma mamário metastático como causa de abdome agudo obstrutivo - Relato de Caso

**AUTORES:** Luísa Zanatelli Brasil Bastos (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Marina Boff (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Victoria Langer Cechin (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Diego Carvalho Duarte Mari (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Brenno Giovanni Hernando Vidotti (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Maikele Ertel (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), John Carlos Claros Terrazas (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** L.M.F.P., feminino, 58 anos, em acompanhamento com serviço de cirurgia oncológica devido a carcinoma mamário esquerdo, sendo submetida a mastectomia esquerda 7 meses antes da admissão. Em terapia quimioterápicas e radioterápica, retorna para seguimento ambulatorial com queixa de dor abdominal em epigástrio e mesogastro, de forte intensidade, refratária a analgesia ambulatorial. Quadro progressivo associado a náuseas, vômitos e diarreia com aproximadamente 40 dias de evolução. Há 4 dias ausência de evacuação e flatos. Encaminhada para internamento hospitalar, protocolo abdome agudo obstrutivo. Realizada Tomografia de abdome sem contraste com sinais de distensão de alças de estômago e delgado, com presença de nível hidroaéreo associado a afilamento em íleo terminal. Optado por laparotomia exploradora. No intra-operatório evidenciado múltiplas lesões infiltrantes, ulcerosas em borda anti-mesenterica de intestino delgado, destas, lesão estenosante há 100 cm da válvula íleo-cecal. Optado por realização de enterectomia segmentar em stappler e anastomose latero-lateral manual, encaminhado material a biópsia. Biópsia de produto de enterectomia com evidência de carcinoma mamário metastático. Apresentando boa evolução clínica, sendo encaminhada para continuidade do tratamento ambulatorialmente.

**DISCUSSÃO:** O acometimento do intestino delgado por metástases mamárias é relativamente raro. Os cânceres lobulares, assim como, tumores de receptor de hormônio negativo e / ou HER2 + estão mais frequentemente associados a metástases para abdome. Apenas cerca de 10% das pacientes com câncer de mama diagnosticado nos Estados Unidos têm doença metastática na apresentação, sendo os sintomas inespecíficos e relacionados a localização e extensão do tumor. Dados epidemiológicos sobre metástases no trato gastrointestinal são escassos e abordagens terapêuticas são amplas na conjuntura de doença metastática, múltiplas vias podem ser legitimamente perseguidas. Porém questionamentos sobre possíveis complicações dessas lesões intestinais, ressaltam a necessidade de discussão.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O presente relato visa evidenciar a ocorrência e comparar estratégias terapêuticas em lesões metastáticas do trato gastrointestinal por câncer de mama.

**CONTATO AUTOR:** LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS | luh.telli@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102396 – Tumor neuroendócrino ileal e isquemia mesentérica: um relato de caso

**AUTORES:** Matheus Saiter Nonato (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Brunella de Azeredo Freitas (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Natália Miranda Gava (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Yasmim Costa Gomes (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Macedo Cerqueira (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Edson Ricardo Loureiro (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernando Henrique Rabelo de Abreu dos Santos (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 50 anos, hipertenso, apresentando crises de dor em flanco direito e diarreia crônica, com enterotomografia evidenciando espessamentos parietais ileais, lesão nodular mal definida em adrenal esquerda e linfonodomegalias mesentéricas, suspeitando-se de tumor neuroendócrino (TNE) gastrointestinal. O PET-Scan com 68Ga apontou áreas focais de realce do marcador em jejuno distal e íleo proximal; sendo então realizada enterectomia, com estenose do segmento ressecado, e confecção de anastomose íleo-ileal término-terminal. O estudo anatomopatológico detectou carcinoma neuroendócrino bem diferenciado multifocal infiltrado na muscular própria e metástase para 8 dos 9 linfonodos dissecados (estadiamento pT2pN3). No 5º dia de pós-operatório o paciente evoluiu com isquemia mesentérica aguda (IMA) sendo realizada segunda enterectomia. O paciente evoluiu com choque séptico refratário e foi reabordado devido a isquemia de epíplon. Apesar do suporte clínico intensivo e dos esforços da equipe multiprofissional envolvida no caso, o paciente evoluiu a óbito.

**DISCUSSÃO:** Os TNEs são tumores de prevalência crescente, mais comuns no trato gastrointestinal, com sintomatologia inespecífica, como diarreia e dor abdominal. Seu diagnóstico anatômico engloba ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Já no diagnóstico funcional, destaca-se o PET-SCAN, capaz de identificar receptores de somatostatina, muito prevalentes nas células de TNEs gastrointestinais, especialmente se bem diferenciados. A Cromogranina A é um marcador, ao mesmo tempo sensível e específico, cuja dosagem se correlaciona com o volume e com o prognóstico do tumor. A ressecção dos TNEs ileais primários, sempre que possível, é ainda a principal terapêutica nesta doença, contudo a evolução para um quadro de IMA suscita a possibilidade de que mediadores inflamatórios característicos destes tumores provoquem dano tecidual e vascular.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A descoberta sobre o estado pró-inflamatório neoplásico, principalmente metastático, somada às complicações cirúrgicas como a sepse peritoneal contribuem para desenvolvimento de IMA. Com isso, os TNEs reconhecidos por intensa reação fibrótica mesentérica somada a síndrome carcinoide e trauma cirúrgico podem piorar o prognóstico do quadro. Fazem-se necessários mais estudos para aperfeiçoamento e validação científica da conduta diagnóstica e terapêutica destes casos.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS SAITER NONATO | matheus.saiter1@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102400 – GIST como fator causal de abdome agudo obstrutivo - Relato de Caso

**AUTORES:** Luísa Zanatelli Brasil Bastos (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Jefferson Cleber De Augustinho (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Marina Boff (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Victoria Langer Cechin (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Emanuely Freyhardt (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Rafael Gustavo Pucheta Boccia (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), Amadeu Andre Soberanski (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil), José Anderson Feitoza (Hospital do Rocio - Campo Largo - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.L.F.S., feminino, 65 anos. Apresentando quadro de dor abdominal de início há 2 dias, evoluindo com parada de

liberação de flatos e fezes associada a vômitos. Com história pregressa de apendicectomia há 2 anos. Com abdome distendido, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames

laboratoriais não apresentaram alterações. Devido a suspeita de abdômen agudo obstrutivo por brida devido a cirurgia prévia foi solicitada tomografia de abdome total na qual observou-se distensão de alças de delgado proximal associado a líquido livre. Realizadas medidas clínicas inicialmente. Devido a não efetividade das mesmas, optou-se por abordagem cirúrgica. Paciente submetida a laparotomia, visualização de alças de delgado firmemente aderidas a parede abdominal inferior conferindo dilatação proximal e sofrimento de alça adjacente associada a nodulação em mesentério e íleo distal juntamente com lesão nodular na luz da alça de jejuno, realizada enterectomia e exérese tumoral. Paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O resultado de anatomopatológico apontou tumor estromal gastrointestinal (GIST), sendo encaminhada ao ambulatório da cirurgia oncológica onde realiza acompanhamento.

**DISCUSSÃO:** As principais causas de abdômen agudo obstrutivo em região de intestino delgado são as bridas, e em casos de histórico de cirurgia prévia, como o exposto, tal hipótese sempre deve ser levantada. Porém é importante avaliar a possibilidade de neoplasia, que é a terceira maior causa de obstrução de alça. A abordagem cirúrgica precoce nesses casos garante um melhor prognóstico aos pacientes. O achado de GIST costuma ser ocasional, uma vez que ele costuma ser assintomático muitas vezes, sendo descoberto em estágios avançados e costuma ser um tipo de tumor raro correspondendo a menos de 1% dos quadros de neoplasia gastrointestinal. Esse tipo de tumor tem a ressecção cirúrgica com sua principal abordagem. Porém a eficácia da terapia dependerá do comportamento biológico do tumor e da margem da ressecção realizada. No caso abordado a descoberta precoce, bem como a abordagem cirúrgica R0, proporcionaram um desfecho satisfatório evitando a necessidade de tratamentos complementares.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Abdome agudo obstrutivo por causa tumoral é uma ocorrência relativamente comum, devendo sempre ser considerado. A apresentação clínica nos casos de GIST no entanto difere das apresentações usuais. Neste caso o diagnóstico precoce proporcionou um desfecho satisfatório e por isso foi levantada a importância do tema.

**CONTATO AUTOR:** LUISA ZANATELLI BRASIL BASTOS | luh.telli@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **102436 – NEOPLASIA DE JEJUNO PROXIMAL COM SINTOMAS OBSTRUTIVOS E SANGRAMENTO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B**

**AUTORES:** MARIANA ARAÚJO SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), RAINA CATERINA COELHO ARRAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LEONARDO DE MELLO DEL GRANDE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FERNANDO AUGUSTO HERBELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS HARUO ARASAKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 65 anos, hipertenso, relata pirose, epigastralgia e empachamento pós prandial, realizou EDA com biópsia de lesão gástrica subepitelial: gastrite enantematosa moderada. Após 3 meses, apresentou enterorragia, com necessidade transfusão hemocomponentes, colonoscopia com ectasias vasculares do cólon transverso e EDA sem sinais de sangramento. RM Abdome e EnteroTC: distensão gástrica, espessamento circunferencial do jejuno proximal, com restrição a difusão e hiporrealce pelo contraste, com extensão longitudinal de 8 cm associado a linfonomegalias necróticas junto a raiz do mesentério. Evoluiu com piora dos sintomas, além de desconforto em abdome superior, eructações e intolerância a alimentos sólidos, dieta restrita a líquidos e perda de 36kg. Marcadores tumorais negativos: CEA 1,0, CA19-9 10 e Alfafetoproteína 1,8. Pela suspeita de neoplasia jejunal obstrutiva, sem sinais de metástases a distância, foi indicado laparotomia exploradora com achado de tumoração em jejuno proximal, a 5 cm ângulo de Treitz, aderida a mesocólon transverso e linfonomegalias de até 2 cm, além de duas lesões em parede gástrica anterior. Realizado enterectomia segmentar com anastomose duodenojejunal laterolateral manual e gastrectomia em cunha de parede anterior terço superior. Anatomopatológico e imunohistoquímica - Enterectomia: Linfoma difuso de grandes células B, CD20 +, Ki67 80%. Gastrectomia em cunha: Leiomiomas gástricos, Desmina + CKit - DOG1 -. Paciente evoluiu bem, boa aceitação de dieta, hábito intestinal preservado, sem náuseas e vômitos, com alta hospitalar no 6ºPO, seguimento ambulatorial e encaminhamento à Oncologia para quimioterapia.

**DISCUSSÃO:** Linfoma gastrointestinal primário é uma doença incomum. Segundo a literatura, incidência de linfoma do intestino delgado é cerca de 10% entre os tumores gastrointestinais, com clínica inespecífica: astenia, vômitos, dor abdominal ou perda de peso. Raramente, pode complicar com obstrução, intussuscepção ou perfuração, sendo muitos casos diagnosticados nesse estágio. TC Abdome com espessamento da parede das alças, linfonomegalia e infiltração de gordura mesentérica. Diagnóstico diferencial com adenocarcinoma e tumor neuroendócrino. Além disso, TGI é o local extranodal mais comum para o linfoma não Hodgkin, sendo o principal linfoma difuso de grandes células B.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A importância dos diagnósticos diferenciais se dá principalmente pela forma distinta de tratamento entre eles.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ARAUJO SANTOS | marianaaraujo1611@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102454 – Sangramento anal maciço por melanoma maligno do canal anal – relato de caso

**AUTORES:** STEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARLEY RIBEIRO FEITOSA (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ROGÉRIO SERAFIM PARRA (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), OMAR FERES (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LETÍCIA CANJEMI ARAUJO (HCFMRP - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ALANA PADILHA FONTANELLA (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), FERNANDA DE OLIVEIRA ESTEVES (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), GERMANA MARTINS GOMES (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARIA JÚLIA SEGANTINI (HCFMRP - SP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 71 anos, submetida a hemorroidectomia em serviço externo, cujo anatomopatológico da peça cirúrgica revelou melanoma anal. Foi encaminhada para seguimento oncológico. Ao exame apresentava fibrose do canal anal, sem sinais de recidiva. O estadiamento evidenciou focos de doença à distancia. Indicado terapia sistêmica paliativa pela equipe de oncologia. Apesar do tratamento proposto, a paciente evoluiu com progressão da doença. Após 4 meses de tratamento clínico, passou a apresentar sintomas de obstrução intestinal, com necessidade de enemas retais de repetições. Apresentou hemorragia anal maciça com repercussão clínica importante, com pouca resposta as medidas clínicas, após manipulação anal. Foi internada para compensação clínica, sem sucesso, sendo optado pela cirurgia para ressecção da massa tumoral no reto. Submetida à amputação abdominoperineal do reto, que transcorreu sem intercorrências. O anatomopatológico confirmou do diagnóstico de melanoma maligno do canal anal com invasão do reto. Teve boa recuperação e recebeu alta após sete dias de cirurgia. Atualmente se encontra em tratamento clínico exclusivo e paliativo.

**DISCUSSÃO:** O melanoma maligno corresponde a menos de 4% dos tumores anorretais e menos de 1% dos melanomas. Origina-se do epitélio escamoso do anus e acomete mulheres com maior frequência. O sangramento anal é o principal sintoma, associado a dor e nodulação anal, que costuma ser confundido com as manifestações da doença hemorroidária, o que leva a atraso no diagnóstico e na instituição do tratamento definitivo. A cirurgia é a base do tratamento e a excisão local ampla combinada com radioterapia loco-regional adjuvante deve ser preferida quando tecnicamente viável. Já a abdominoperineal do reto é reservada para pacientes com grandes massas tumorais ou naqueles em que o esfíncter anal está envolvido, podendo ser associada à terapia adjuvante. Na presença de complicações, como a hemorragia refratária, a amputação também pode ser utilizada. Estudos mostram que o tumor é pouco responsivo a neoadjuvância. Apesar dos avanços terapêuticos, o prognóstico é ruim e a sobrevida média em 5 anos não costuma ultrapassar 10% nos casos avançados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O melanoma maligno do canal anal é doença rara e altamente letal. Na presença de metástases, o tratamento clínico é a primeira opção, exceto nos casos que apresentam complicações como no caso descrito, em que a necessidade de intervenção deve ser avaliada pelo cirurgião.

**CONTATO AUTOR:** STEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL | sthefania\_mf@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 102463 – Síndrome da Artéria mesentérica superior: um relato de caso.

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nória (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** CMSA, feminino, 46 anos, chega em serviço de referência com história de perda ponderal de 10 kg em 2 meses, fraqueza em membros inferiores, êmese, adinamia e parada de eliminação de fezes associada a distensão abdominal. Ao exame físico encontramos diminuição dos ruídos hidroaéreos e descorada +++/4+, linfonodomegalia em cadeia cervical posterior direita e região supraclavicular. Ao realizar a endoscopia digestiva alta, notou-se uma grande quantidade de líquido entérico e resíduos presentes na câmara gástrica com abaulamento de toda a pequena curvatura por compressão extrínseca, correlacionando essa compressão com o exame de tomografia, foi feito o diagnóstico de síndrome da artéria mesentérica superior. Após avaliação do serviço de cirurgia geral, optou-se por tentativa de resolução com tratamento clínico, através da clássica medidas descompressivas. Após 5 dias, a distensão abdominal regrediu, evoluindo com a eliminação de fezes e flatos. Recebeu dieta no 3 dia, e alta 6 dia, com acompanhamento regular ambulatorial

**DISCUSSÃO:** CMSA, feminino, 46 anos, chega em serviço de referência com história de perda ponderal de 10 kg em 2 meses, fraqueza em membros inferiores, êmese, adinamia e parada de eliminação de fezes associada a distensão abdominal. Ao exame físico encontramos diminuição dos ruídos hidroaéreos e descorada +++/4+, linfonodomegalia em cadeia cervical posterior direita e região supraclavicular. Ao realizar a endoscopia digestiva alta, notou-se uma grande quantidade de líquido entérico e resíduos presentes na câmara gástrica com abaulamento de toda a pequena curvatura por compressão extrínseca, correlacionando essa compressão com o exame de tomografia, foi feito o diagnóstico de síndrome da artéria mesentérica superior. Após avaliação do serviço de cirurgia geral, optou-se por tentativa de resolução com tratamento clínico, através da clássica medidas descompressivas. Após 5 dias, a distensão abdominal regrediu, evoluindo com a eliminação de fezes e flatos. Recebeu dieta no 3 dia, e alta 6 dia, com acompanhamento regular ambulatorial

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por fim, conclui-se que o relato sobre a SAMS é relevante devido à baixíssima incidência da doença, e por isso mostra-se necessário a realização deste como forma de disseminar e agregar conhecimento sobre este assunto. Trata-se de uma causa incomum de obstrução duodenal, associado a sinais e sintomas inespecíficos, o que dificulta diagnóstico.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)



## **Cirurgia - Intestinos**

### **102486 – Volvo crônico de intestino delgado por má rotação intestinal e bridas congênicas em paciente adulto: um relato de caso**

**AUTORES:** Jérula Katherine Lima de Oliveira (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil), Luize Lopes Salazar (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil), Kallen Rayane de Lima Pereira (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 28 anos, foi internado com quadro de dor epigástrica com alívio com vômitos recorrentes, associada a diarreia, distensão abdominal e regurgitação há 20 dias. Evoluiu com melhora da diarreia, presença de vômitos biliosos e constipação, com pouca eliminação de flatos. Negava comorbidades e cirurgias anteriores. Referia episódios similares prévios de vômitos e diarreia iniciados na infância, recorrentes a cada 2 anos.

Tomografia de abdome realizada há 1 ano evidenciava twist de vasos mesentéricos e alças de delgado em terço distal do duodeno e proximal do jejuno, obliteração de ramo da artéria mesentérica superior com recanalização e ectasia focal e segmentos de alças do delgado difusamente colabados.

Repetida tomografia com tortuosidade/twist dos vasos mesentéricos e de alças do delgado e bandas de Ladd. Foi submetido a laparotomia exploradora com lise de aderências devido obstrução duodenal por má rotação intestinal e bridas congênicas. Paciente evoluiu com melhora, recebendo alta sem complicações.

**DISCUSSÃO:** A má rotação intestinal ocorre no desenvolvimento embriológico do intestino médio (nutrido pela artéria mesentérica superior), raramente ocorrendo no intestino anterior ou posterior. Nesses casos, não há fixação do mesentério na parede posterior do abdome, propiciando a torção do intestino delgado sobre si mesmo ao longo do eixo longitudinal dos vasos mesentéricos superiores. Outra complicação da má rotação intestinal é o desenvolvimento de bridas congênicas que se estendem através do duodeno, as bandas de Ladd. Os sinais e sintomas de má rotação do intestino delgado geralmente ocorrem no período neonatal, e em 20% na fase adulta, uma vez que o volvo ocorre precocemente e costuma apresentar rápida evolução para necrose visceral, sendo raros os casos de longa evolução.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O volvo de intestino delgado é uma condição rara decorrente da presença de bridas, adquiridas ou congênicas, ou de má rotação intestinal. As bridas congênicas e a má rotação intestinal normalmente são detectadas ainda na infância, raramente se apresentando na vida adulta com quadro crônico de volvo intestinal.

**CONTATO AUTOR:** JÉRULA KATHERINE LIMA DE OLIVEIRA | jerula\_lima@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104278 – Tumor desmóide de intestino delgado – Relato de Caso e Revisão de literatura.

**AUTORES:** CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), MARCUS VINICIUS ROZO RODRIGUES (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), ADRIANA BASSANI NASSRI (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIA BASSANI GIAZZI NASSRI (UNIMAR - MARÍLIA - São Paulo - Brasil), CAROLINE BITENCOURT CARDOSO SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), CÍCERO CARDOSO SOUZA (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIO STANCO COSCINA NETO (DEPARTAMENTO DE CIRURGIA SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), GIULIA LOT COSCINA (UNIMAR - MARÍLIA - São Paulo - Brasil), CAMILA LOT COSCINA (OSEC - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil), TONY MARONESI BAGIO (UNISALESIANO - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** E.C.A.S., 43 anos, sexo feminino, procura PS por dor epigástrica e abaulamento em flanco esquerdo. Tomografia computadorizada evidenciou massa com densidade de partes moles e contornos regulares, medindo 12.3x12x10.3cm em QIE do abdome de etiologia a esclarecer. Devido à característica anatômica encapsulada e não haver relação intrínseca de risco com estruturas adjacentes foi optado pelo tratamento cirúrgico. Durante ato operatório foi observado presença de grande tumoração de mesentério em alça de jejuno. Realizado exérese do tumor, enterectomia com grampeador linear a 60 cm do ângulo de Treitz e entero-entero anastomose. Foi necessário rafia duodenal em sua 3ª porção devido ao íntimo contato do tumor ao mesmo. O anatomopatológico indicou um tumor fusocelular composto por células apresentando atipia mínima, sem invasão da mucosa intestinal; ausência de mitoses; margens cirúrgicas livres; isolados 32 linfonodos apresentando hiperplasia linfoide reacional.

**DISCUSSÃO:** Esses tumores são 2-3x mais comuns em mulheres, comum entre 30-40 anos<sup>3</sup> como no caso descrito. A morbidade e a mortalidade se relacionam com envolvimento de órgãos e estruturas adjacentes<sup>2</sup>. Têm incidência anual de 2.4-4.6/milhão de habitantes, mas esta aumenta em pacientes afetados por polipose adenomatosa familiar ou síndrome de Gardner<sup>3</sup>. Entre os casos esporádicos gravidez recente e antecedente de traumatismo são associações reconhecidas<sup>3</sup>. Uma revisão retrospectiva relatou taxa de recorrência em 10 anos de 27% para operação com margens livres; 25% para cirurgia combinada com radioterapia e 24% para radioterapia isolada<sup>3</sup>. Historicamente a ressecção do tumor com margens negativas é considerada tratamento ideal, no entanto, recentemente tem sido aceito uma abordagem conservadora devido a altas taxas de recidiva mesmo após ressecção com margens livres. o estudo foi complementado com exame imuno-histoquímico que ratificou a neoplasia desmóide do intestino delgado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tumor desmóide (TD), também conhecido como fibromatose profunda, é um tumor não capsulado localmente agressivo, originário dos fibroblastos dos tecidos músculo aponeuróticos<sup>1</sup>. Pode ser classificado como esporádico ou familiar<sup>3</sup>. É condição de origem mesenquimal pouco frequente de característica proliferativa, sem potencial metastático, mas apresenta alto índice de recidiva<sup>2</sup>.

O caso em tela apresentou uma ótima evolução pós-operatória e não tem sinais de recidiva da doença até o momento e segue em seguimento clínico ambulatorial.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104310 – Íleo biliar em suspeita de intussuscepção intestinal: um relato de caso de um importante e raro diagnóstico diferencial

**AUTORES:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil), ANDRÉ AUGUSTO GOMES PEREZ (HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil), PEDRO HENRIQUE ARAUJO REIS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil), PEDRO PITUBA DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 53 anos, colelitíase há 6 anos consulta em UPA devido a dor em abdome superior há 3 dias, associada a distensão abdominal, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes. Nega cirurgias prévias.

Encaminhada a hospital secundário e solicitada rotina radiográfica de abdome agudo, que mostrou sinal do empilhamento de moedas. Tomografia computadorizada (TC) de abdome contrastada com alças de delgado distendidas com área de "stop" ao nível do íleo e aparente formação de alvo, suspeita de intussuscepção. Inicialmente optou-se por tratamento conservador, mas sem melhora. Submetida a laparotomia exploradora. Identificado ponto de stop por obstrução mecânica em íleo a 60 cm da valva ileocecal, vesícula biliar aderida ao estômago e ângulo hepático do cólon, sem plano de clivagem. Incisão transversal em íleo revelou presença de cálculo biliar (CB) de 4,5 cm em seu maior diâmetro, que foi removido. Realizada exploração manual que excluiu outros cálculos, e rafia da incisão. Paciente mantida internada com antibioticoterapia e dieta sob orientação. Apresentou melhora clínica e recebeu alta no 7º dia pós operatório.

**DISCUSSÃO:** Íleo biliar (IB) é uma condição rara – incidência de 0,9/100.000ano – que evolui como complicação em 0,5% dos casos de colelitíase. É mais comum em idosos e mulheres. A doença se caracteriza por obstrução intestinal devido à migração de CB, geralmente por fístula colecistoentérica. O sítio mais comum de obstrução é o íleo distal. Apenas 50% dos pacientes recebem diagnóstico no pré operatório. Radiografia e TC podem elucidar o caso. Se presente, a tríade de Rigler – obstrução intestinal, aerobilia e CB ectópico – é patognomônica. Neste caso, a suspeita inicial pela TC foi de intussuscepção (imagem em alvo por cálculo preenchendo luz ileal). Estudo retrospectivo à luz do diagnóstico intraoperatório mostrou que a tríade estava presente na TC. O tratamento objetiva extração do CB. Enterolitotomia longitudinal com exploração manual em busca de outros cálculos é a principal opção; se necessário, colecistectomia e correção da fístula podem acontecer: no mesmo ato cirúrgico ou após 4 semanas. Enterectomia segmentar está indicada se houver sofrimento de alça. Cirurgia laparoscópica, litotripsia extracorpórea e endoscopia intervencionista são alternativas terapêuticas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** IB é um importante mas raro diagnóstico diferencial em abdome agudo obstrutivo, que deve ser considerado em suspeita de intussuscepção, principalmente se há histórico de colelitíase.

**CONTATO AUTOR:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA | kelson.lops@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104342 – Leiomiossarcoma de Mesentério

**AUTORES:** Karen de Freitas Gasparotto (Associação Santa Maria de Saúde - Jaguariuna - São Paulo - Brasil), Tiago Raul Rondon Dini (Associação Santa Maria de Saúde - Jaguariuna - São Paulo - Brasil), Tadeu Gomes Corrêa (Associação Santa Maria de Saúde - Jaguariuna - São Paulo - Brasil), Maria Claudia Janini (Associação Santa Maria de Saúde - Jaguariuna - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MSTP, feminino, 67 anos, apresentou queixa de uma massa abdominal palpável, constipação, associado a náuseas e vômitos há 6 meses, foi realizado tc de abdome: formação expansiva lobulada e heterogênea no flanco esquerdo com ate cerca de 10,7x5,8 cm em seus maiores eixos axiais, inespecífica. Porém paciente perdeu seguimento ambulatorial e retornou após 5 meses, com as mesmas queixas, e relatando que a massa abdominal havia aumentado de tamanho. No exame físico apresentava abdome flácido, indolor a palpação, com massa palpável em flanco esquerdo. Exames laboratoriais: Hb 11/Ht 34,9/Leuco 5100/bastão 0/segmentados 65,4/plaquetas 195000/Ur 40/Cr 1,05. Nova tc de abdome: massa peritoneal em flanco esquerdo, predominantemente solida porém com áreas de necrose de permeio, ovalada, que mede cerca de 175x151x96mm comprimindo e deslocando as estruturas adjacentes. Foi realizada laparotomia exploradora, e uma massa peritoneal no quadrante inferior direito foi encontrada, de mesentério de jejuno, foi realizado ressecção mesenterial circundando tumoração e retirado massa de cavidade, observado 40 cm de alça isquêmicos, e demais segmentos de delgado com boa vascularização, realizado ressecção de alça isquêmica e anastomose latero-lateral de alças viáveis. Não foi visualizado metástase hepática durante a cirurgia. Enviado material para anatomopatológico, pesando 1199gr e medindo 15,5 x 15,0 x 8,5cm, confirmando Leiomiossarcoma de Mesentério, com margens cirúrgicas livres.

**DISCUSSÃO:** As neoplasias do trato gastrointestinal originadas do intestino delgado e mesentério são muito raras, sendo representadas por menos de 2-5%. Um desses tumores é o Leiomiossarcoma, este é o sarcoma mais comum que pode se desenvolver no delgado, é formado por células de musculo liso, ocorrem com mais frequência em jejuno, íleo e duodeno, respectivamente, e podem se desenvolver também em mesentério, sendo essa manifestação ainda mais rara, incidência de 1:350.000 casos. Ocorrem em mulheres por volta dos 50 e 60 anos de vida, e se apresentam com sintomas como massa abdominal, dor abdominal, constipação e plenitude abdominal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento de escolha para leiomiossarcoma mesentérico é excisão cirúrgica. Em nosso caso, a paciente foi submetida a laparotomia, não realizou terapia adjuvante pois a ressecção cirúrgica estavam com margens livres do tumor. O presente paciente precisa estar em uma rotina regular acompanhamento para detecção de qualquer metástase ou recorrência.

**CONTATO AUTOR:** KAREN DE FREITAS GASPAROTTO | karengasparotto@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104364 – LINFOMA DE BURKITT APRESENTANDO-SE COMO APENDICITE AGUDA

**AUTORES:** Emanuella Roberta Ina Cirino (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), THIAGO Lourenço de Albuquerque (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), IGOR RAPHAEL MATIAS VALEJO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), EDUARDO LOPES MARTINS (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), BENUR LARISSA POLONIO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIO CEZAR UILI COLEHO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 23 anos, foi admitido com quadro dor em epigástrio irradiada para fossa ilíaca direita de evolução há 15 dias e piora nas últimas 24h, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentava-se com abdome doloroso à palpação em fossa ilíaca direita com sinal de Blumberg+. Os exames laboratoriais mostraram leucograma não infeccioso e marcadores inflamatórios alterados. Em investigação complementar foi optado por realizar uma TC de abdome que evidenciou massa de limites mal definidos na fossa ilíaca direita, junto à parede posterior da base do apêndice, medindo aproximadamente 53 x 29 x 52 mm, além de importante aumento do calibre do restante do apêndice cecal com espessura de até 29 mm. Foi observado também aparente torção do pólo cecal, com leve distensão do mesmo e enrodilhamento de vasos mesocólicos, hiporrealce da mucosa do apêndice e discreta densificação da gordura adjacente com pequena quantidade de líquido na goteira parietocólica, sugerindo processo inflamatório, e linfonodos adjacentes ao ceco proeminentes. Diante do quadro, foi optado pela abordagem cirúrgica por via aberta. No intraoperatório foi identificado apêndice de dimensões aumentadas, paredes espessadas e presença de lesão endurecida em seu terço médio, sem aparente comprometimento da base. Com boa evolução, paciente recebeu alta hospitalar no 2ºDPO com antibioticoterapia complementar e retorno ambulatorial. Em resultado anatomopatológico evidenciou-se proliferação linfoide atípica associada a apendicite aguda supurativa, com margem de lesão comprometida e perfil histológico e imuno-histoquímica condizente com neoplasia de células B maduras, com alto índice proliferativo e marcação para BCL-6 E CD10. Assim realizou-se diagnóstico de Linfoma de Burkitt, sendo encaminhado ao serviço de hematologia, onde foi estadiado através de PET-CT e por fim iniciado quimioterapia com esquema Hyper-CVAD.

**DISCUSSÃO:** O Linfoma de Burkitt (LB) é um Linfoma não Hodgkin, muito agressivo, que ocorre predominantemente em homens jovens e se apresenta por múltiplas massas tumorais. Na variante esporádica a apresentação abdominal é a mais frequente, sendo considerada abordagem cirúrgica diagnóstica na maior parte dos casos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A apresentação como apendicite aguda do LB é um evento raro, o que dificulta a padronização de protocolos com significância estatística, sendo necessário valorizar a história clínica e principalmente os achados de imagem para realizar o diagnóstico diferencial desta neoplasia.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE | lari.gomide@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104382 – Uma raridade embriológica de duplicidade de apêndice: relato de caso

**AUTORES:** Luiz Carlos Leite Júnior (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Amanda Gonçalves Kaskelis (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Amine Newwara Fattah Saenger (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Ana Beatriz Zorek Soster (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Chiara Kerolaine Beletato (Lume Centro Clínico de Campo Mourão - Campo Mourão - Paraná - Brasil), João Paulo Zanatta (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), José Alexandre gargantini rezze (Lume Centro Clínico de Campo Mourão - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Lauren Gotze Correa Lopes (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Matheus Balabuch Neumann (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Yasmin Radi Abdel Karim saenger fattah (Centro Universitário Ingá - Campo Mourão - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 54 anos, apresentou quadro de distensão abdominal, dor epigástrica em cólica com irradiação para fossa ilíaca direita, associado à náusea e um episódio de vômito. Refere ter sido submetida à apendicectomia há 4 meses e traz consigo o anatomopatológico. Ao exame físico, afebril (36,5 C°), com pulso de 100 batimentos/minuto e pressão arterial de 135/80 mmHg. O exame abdominal revelou características de peritonite localizada confinada ao quadrante inferior direito. Hemograma completo documentado com contagem elevada de leucócitos (13.000/mm<sup>3</sup>) com neutrofilia (87%). A radiografia de tórax e abdome, assim como exame de urina, não apresentavam alterações. Após realização de tomografia computadorizada de abdome, evidenciando apendicite retrocecal, optou-se por apendicectomia mediana infra-umbilical. O material foi encaminhado ao anatomopatológico, onde foi constatado exsudato neutrofílico em toda espessura da parede com extensão para mesoapêndice e necrose da mesma, confirmando o diagnóstico. No quarto dia de pós-operatório o paciente recebeu alta.

**DISCUSSÃO:** O apêndice vermiforme é uma estrutura do canal alimentar em forma tubular e estreita próximo a junção ileocecal, vinculado ao ceco. As anomalias apendiculares são malformações extremamente raras que geralmente são encontradas na população adulta como um achado incidental durante a laparotomia exploratória. A duplicação do apêndice vermiforme possui uma incidência relatada de 0,004% dos pacientes operados de apendicite aguda. Quando as duplicações apendiculares são detectadas na infância, quase todos os pacientes apresentam malformações intestinais, geniturinárias ou vertebrais associadas. Entretanto, a apresentação clínica pode variar de acordo com a localização dos apêndices.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A duplicação de parte do trato alimentar, em particular do apêndice vermiforme, é de curiosidade embriológica e pode estar associada a outras duplicações congênicas. Em pacientes com duplicação apendicular, quando apenas um deles está inflamado na exploração ou laparoscopia, ambos devem ser removidos para evitar confusão diagnóstica que pode surgir na remoção de um único apêndice.

É importante estar ciente das doenças anatômicas potenciais e mal posicionamentos do apêndice vermiforme. Uma inspeção cuidadosa do ceco deve ser realizada para evitar a perda de quaisquer outras anomalias do apêndice que podem resultar em graves problemas clínicos e obstáculos médico-legais.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ CARLOS LEITE JUNIOR | luizcarlos\_leite@hotmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104442 – Perfuração de cólon sigmoide por ingestão de corpo estranho alimentar**

**AUTORES:** Isadora Roberta Oliveira (Santa Casa de Misericórdia de Piumhi - Piumhi - Minas Gerais - Brasil), Mariana Silva Vargas (Santa Casa de Misericórdia de Piumhi - Piumhi - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente JCS, 59 anos, deu entrada em serviço de urgência e emergência da cidade de Piumhi - MG com queixa de dor abdominal difusa de forte intensidade havia cerca de 3 dias, com piora progressiva, associada a náuseas. Relatava ser tabagista e negava uso de medicações nos últimos dias. Ao exame físico, apresentava-se sudoreico, taquicárdico, taquidispneico, com fâscies de dor e com peritonite franca. Foi optado por realização de laparotomia exploradora imediata devido ao quadro sugestivo de sepse de foco abdominal.

Durante procedimento cirúrgico, foi evidenciada grande quantidade de secreção serosa em cavidade abdominal, fibrina recobrando alças de delgado e cólon e perfuração em sigmoide distal, próximo à transição para reto, provocada por palito de dente, que fazia protrusão da luz intestinal para a cavidade abdominal. Foi realizada rafia em dois planos da área perfurada e confecção de colostomia protetora, visto que havia intensa friabilidade no local rafiado.

**DISCUSSÃO:** A ingestão acidental de corpos estranho é queixa comum nos serviços de urgência e emergência. Normalmente, o corpo estranho deglutido transita pelo trato gastrointestinal sem graves consequências, mas em até 1% dos casos ocorre perfuração em algum ponto de seu trajeto.

Tais perfurações ocorrem mais comumente no intestino delgado, em estreitamentos fisiológicos ou pontos de maior angulação, causadas por objetos alongados e pontiagudos, como ossos de galinha, espinhos de peixe e palitos de dente. Cólon e reto, por sua vez, dificilmente são atingidos por tais objetos, que costumam perfurar pontos anteriores. As principais causas de perfuração em intestino grosso são diverticulite, neoplasia e iatrogenia.

Observa-se que, muitas vezes, os pacientes não relatam a ingestão do corpo estranho, especialmente quando fazem uso de prótese dentária, o que retarda o diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de a ingestão de corpo estranho ser queixa comum em prontos socorros, a perfuração de cólon e reto dificilmente ocorre, sendo esta uma causa incomum de abdome agudo perfurativo, tal como ocorreu neste caso em questão. Pacientes que fazem uso de prótese dentária têm risco aumentado para essa causa devido à redução de sensibilidade do palato.

**CONTATO AUTOR:** ISADORA ROBERTA DE OLIVEIRA | isadorarobertadeoliveira@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104447 – VOLVO DE CECO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** DINOEL CAVALCANTE GUIMARAES FILHO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), CINTHIA YOSHIMURA BRITO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), ALAN KAGAN (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Alef Ribeiro Souza (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Carlos Eduardo Teixeira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Ednelson Junio Lustosa Nascimento (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Karinne Naara Matos Barros (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), THAMINE MEQUITA VALE (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Lorryne Silva Pequeno (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Victória Reis Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Heloisa Soares Rodrigues Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Bianca Alves Siqueira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Introdução: O volvo de ceco é a rotação ou torção de um ceco móvel e cólon ascendente, que pode causar obstrução intestinal. Se não for tratado, o volvo cecal pode progredir para isquemia intestinal, necrose ou perfuração (1). Deve-se suspeitar de volvo cecal em pacientes que apresentam sintomas obstrutivos, como dor abdominal, náuseas e vômitos, e um exame físico que revela abdome distendido e timpanítico (2). A tática cirúrgica vai depender da estabilidade clínica do paciente e da viabilidade das alças. (3) Relato de caso: N.S.J, 34 anos, sexo masculino, atendido no pronto socorro do Hospital de Urgências Coordenador Antonio Lage Siqueira (HUGOL) com história de dor intensa em fossa ilíaca direita acompanhada de náuseas e vômitos com um dia de evolução. Nega comorbidades e sem cirurgias prévias. Ao exame físico apresentava-se desidratado, abdome globoso, distendido, doloroso à palpação e hipertimpanismo. Ao toque retal ausência de fecaloma. A tomografia de abdome evidenciou exuberante distensão gasosa com aumento de calibre de alça cólica ocupando o epigástrico e mesogástrico, aparentemente ceco, notando-se colabamento e tortuosidade dos segmentos de alça aferente e eferente regionais, com leve distensão líquido-gasosa de alças a montante, sem sinais de sofrimento isquêmico. Os exames laboratoriais descartaram distúrbios eletrolíticos e infecciosos. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico por laparotomia exploradora. No intra-operatório observou-se volvo de ceco com importante distensão de ceco (aproximadamente 11 diâmetro) e dilatação de alças a montante proximais, sendo realizado ileotiflectomia com anastomose primária. Apresentou boa evolução clínica e laboratorial recebendo alta no 5 dia de pós operatório.

**DISCUSSÃO:** Discussão: No presente caso, o paciente apresentou um quadro de abdome agudo. Com a identificação de distensão do ceco foi indicado tratamento cirúrgico, devido risco de perfuração e o risco em tratamento conservador nesses casos, sendo contra indicado (4). Em pacientes hemodinamicamente estáveis, a detorsão é tipicamente seguida por uma ressecção ileocecal ou colectomia direita. Nesse caso foi realizada ileotiflectomia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O volvo de ceco, portanto, exige diagnóstico clínico radiológico rápido e cujo tratamento não pode ser postergado, pois há possibilidade de rápida progressão do quadro para isquemia e perfuração intestinal, condições associadas a elevadas taxas de morbi-mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** DINOEL CAVALCANTE GUIMARAES FILHO | dinoelg@hotmail.com



## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104453 – INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO EM PACIENTE ADULTO JOVEM - RELATO DE CASO.**

**AUTORES:** Isabella Gonçalves Carpanetti (HUSF - Bragança paulista - São Paulo - Brasil), Matheus Cesarino Vilas Boas (HUSF - Bragança paulista - São Paulo - Brasil), Ciro Carneiro Medeiros (HUSF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Karol isabella Sotello (HUSF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Fernando Assis Baratella (HUSF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Decio Luiz Mazzini (HUSF - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** F.B.P.C, 47 anos, feminino, deu entrada no serviço com queixa de dor em mesogástrio e hipogástrio há 15 dias, de forte intensidade, intermitente. Era acompanhada de diarreia e um episódio de hematoquezia há 01 semana, que se repetiu há 01 dia. Refere quadro crônico da mesma dor abdominal há anos, com melhora espontânea. Apresentava abdome doloroso à palpação e descompressão brusca dolorosa negativa, toque retal sem lesões perceptíveis ou sinais de sangramento. Exames laboratoriais sem alterações significativas ao caso. A Tomografia computadorizada evidenciou sinais de intussuscepção do terço distal do cólon ascendente para o interior do terço proximal do cólon transverso, com centro adiposo em continuidade com o mesentério. Submetida a abordagem cirúrgica que evidenciou intussuscepção de flexura hepática do cólon com cólon transverso, sem sofrimento de alça, com presença de lesão parcialmente móvel na luz do cólon transverso. Optado por colectomia direita e posterior íleo-transverso anastomose primária manual. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica evidenciou lipoma submucoso medindo 8,0 cm. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória

**DISCUSSÃO:** Intussuscepção é a invaginação de uma parte do intestino em um segmento mais distal. Os fatores que desencadeiam a intussuscepção podem ser benignos ou malignos. Lesões benignas são responsáveis pela maioria dos casos no intestino delgado, enquanto 60-65% dos casos que ocorrem no intestino grosso são de etiologia maligna. Intussuscepção e obstrução intestinal causada por lipoma são infrequentes e se relacionam com sua dimensão. São mais frequentes no intestino grosso e em mulheres entre 5° e 6° década de vida. Os sintomas são inespecíficos e podem ser agudos, intermitentes ou crônicos, podendo causar dor abdominal recorrente, oclusão intestinal e/ou isquemia e necrose. A apresentação clínica em adultos costuma ser crônica, e devido a baixa incidência e sintomatologia inespecífica, são de difícil diagnóstico. O exame de escolha no diagnóstico desses pacientes é a tomografia computadorizada. O manejo ideal da intussuscepção em adultos consiste da ressecção do segmento acometido com anastomose primária, devido a alta prevalência de lesão orgânica associada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A intussuscepção em adultos é um diagnóstico desafiador. Sempre deve ser lembrado da possibilidade de causas de malignidade, principalmente em alças colônias. A ressecção do segmento ainda é a melhor escolha pela nesses casos

**CONTATO AUTOR:** ISABELLA GONCALVES CARPANETTI | isagcarpanetti@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104459 – MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA EM PACIENTE IDOSO: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE SOUSA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES BARBOSA FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAÍS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.G.G.; 79 anos, sexo masculino, queixa-se de dor abdominal difusa, inapetência e constipação. O mesmo relata que há cerca de 10 anos iniciou quadro de dor abdominal leve, associada à lentificação do trânsito intestinal e que há 06 dias iniciou quadro de dor abdominal súbita, incapacitante. Refere um passado de apendicectomia e laparotomia por úlcera péptica perfurada e em sua tomografia computadorizada de abdômen foi evidenciado: Tortuosidade com aspecto enovelado na raiz mesentérica na região mesogástrica /epigástrica, envolvendo os vasos mesentéricos, podendo estar relacionada a hérnia interna. Ao exame físico, paciente consciente, lucido e orientado no tempo e espaço, anictérico, acianótico, hipocorado +/-++++, afebril, com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, simétricos, sem ruídos adventícios, com frequência respiratória de 20 incursões respiratórias por minuto apresentando bulhas cardíacas normofonéticas e ritmo regular em dois tempos, sem sinais de sopros, com frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto, abdômen plano, flácido, com dor a palpação superficial e profunda em andar superior. A laparotomia exploradora que confirmou múltiplas aderências em delgado e mesentério, torção de alças intestinais no seu próprio eixo, 5 voltas, com aderência fixa entre raiz do mesentério e segmento a 50 cm do ângulo de Treitz no intestino delgado, formando uma hérnia interna com passagem de intestino delgado pelo anel, sendo desfeita hérnia interna e destorção de alças com 5 voltas no sentido anti-horário. Assim o paciente evoluiu com melhora e alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O volvo jejunal ou jejuno ileal caracteriza-se como uma rotação do intestino delgado sobre si, ao longo de seu eixo longitudinal e dos vasos mesentéricos superiores, torção essa que pode ser decorrente de alguma brida, seja ela adquirida ou congênita, ou através da má rotação intestinal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que o quadro de volvo intestinal crônico em idosos é um diagnóstico raro e de quadro clínico inespecífico, devendo-se, portanto ser colocado como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal. Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi relatar o caso de um paciente idoso com torção crônica do intestino delgado, secundária a má rotação intestinal.

**CONTATO AUTOR:** LUDGERO RIBEIRO FEITOSA FILHO | lrffilho@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104463 – INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO TERMINAL, APÊNDICE VERMIFORME E CECO EM CÓLON DIREITO EM ADULTO: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** MATHEUS ANDRADE AMARAL (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), DEBORA JANE ALMEIDA VIANNA LINS (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), HERMANN SILVA BRITO LIMA BUARQUE GUSMÃO (UFAL - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), TAYNÁ CARLOS ROLIM (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), MARTINA FRAZÃO LOPES CAVALCANTI (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), ALICE FRANÇA RESENDE BULHÕES (UNIT - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), LARISSA CAVALCANTI BARROS (HOSPITAL GERAL DO ESTADO - MACEIÓ - Alagoas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.R.S, 55 anos, sexo feminino, natural e procedente de Alagoas, deu entrada no pronto socorro com queixa de hematoquezia há 3 dias associado com dor abdominal que irradia para região lombar. Nega melena, hematêmese ou outras queixas associadas. Relata ser diabética, etilista e tabagista. Ao exame, regular estado geral, eupneica, hipocorada, sistema cardiovascular e respiratório sem alterações, abdome doloroso difusamente à palpação e massa evidenciada em flanco direito. Dessa forma, realizou-se ácido tranexâmico 50mg, escopolamina 20mg, 500ml de solução fisiológica 0,9% para estabilização do quadro, como também solicitado exames laboratoriais e ultrassonografia de abdome total, que sugeriu "imagem em alvo" de intussuscepção intestinal. Nesse contexto, foi realizada laparotomia infraumbilical que evidenciou intussuscepção íleo terminal, apêndice vermiforme e ceco em cólon direito, na qual foi realizada íleo colectomia direita com sepultamento de boca de cólon transverso e anastomose íleo-transversa término-lateral para resolução do quadro.

**DISCUSSÃO:** O quadro clínico é diverso, mas a dor abdominal aflige 90% dos pacientes. O diagnóstico pré-operatório de intussuscepção é realizado em 30% dos casos por meio de exames complementares. Os achados típicos de "imagem em alvo" ou em "salsicha", podem ser descritos na ultrassonografia ou tomografia e sugerem fortemente o diagnóstico. A colonoscopia e o enema baritado, ainda, podem ser terapêuticos em alguns poucos casos. Para os adultos, seu tratamento requer abordagem individualizada e geralmente envolve a ressecção dos segmentos intestinais acometidos. Invaginações envolvendo os cólons devem ser preferivelmente submetidas à ressecção em bloco sem redução prévia. Para aquelas limitadas ao intestino delgado, e quando este for viável, pode-se lançar mão da redução antes da ressecção quando um diagnóstico benigno puder ser feito no pré-operatório. Outras opções mais conservadoras devem ser limitadas a casos selecionados, mesmo levando em conta que um tratamento padrão ainda não tenha sido alcançado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A intussuscepção representa a invaginação de um segmento intestinal sobre outro que, apesar de relativamente comum entre as crianças, é raro nos adultos. O quadro clínico é variável, porém, poucos são diagnosticados no período pré-operatório. Um tratamento padrão ainda não pôde ser estabelecido e sua abordagem terapêutica deve ser individualizada, porém frequentemente resulta em ressecções dos segmentos intestinais envolvidos.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DE ANDRADE AMARAL | matheusandradeamaral@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104473 – Adenocarcinoma de intestino delgado como causa de abdome agudo obstrutivo - relato de caso

**AUTORES:** Luiza Oliveira Tocantins Álvares (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tayná Mireli de Paula Molina (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaqueline Sara Silva Cardoso (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rebeca Rigobelo Vendramin (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Lima Chaves (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Kaline Daniele de Souza Amaro (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Bueno Biondi (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bianca Martins Maldonado (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Monna Hessen Banna de Oliveira (Hospital Estadual Geral do Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente R.A.N., masculino, 54 anos, admitido em emergência com dor abdominal, vômitos, parada de evacuação e flatos há 2 dias. Apresentava doença renal crônica dialítica há 20 anos por doença policística, hipoparatiroidismo e hipertensão arterial. Ao exame, abdome distendido, doloroso à palpação difusa, com descompressão brusca negativa e toque retal sem fezes.

Realizou raio x de abdome evidenciando alças coniventes e nível hidroaéreo. Em tomografia de abdome visualizada distensão de alças delgadas, dos cólons transverso e ascendente, apresentando transição abrupta do calibre em segmento do cólon transverso próximo a flexura esplênica com espessamento parietal segmentar com extensão de cerca de 3,1 cm, de aspecto estenosante.

Optado por laparotomia exploradora, verificando-se estenose a 140 cm da válvula ileocecal com dilatação de delgado a montante. Realizada enterectomia segmentar de 12 cm de íleo e anastomose primária. Realizada congelação da peça, com achado histopatológico de adenocarcinoma de delgado com invasão de lâmina própria, sem invasão de muscular de mucosa e margens livres.

Recebeu alta no 7ºPO em bom estado geral, tolerando dieta oral, com evacuação presente. Aguarda anatomopatológico.

**DISCUSSÃO:** Os tumores de intestino delgado são raros, com natureza inespecífica e variável dos sinais e sintomas, levando ao atraso do diagnóstico.

Os adenocarcinomas representam de 25-40% das malignidades primárias do intestino delgado. São mais comuns na faixa etária de 50 a 70 anos, em homens.

O sintoma de apresentação mais comum de um tumor de intestino delgado é a dor abdominal, seguido por perda de peso, náuseas e vômitos e sangramento gastrointestinal. A obstrução intestinal é mais comum do que a perfuração, ocorrendo em 22 a 26% em comparação com 6 a 9%, respectivamente.

O tratamento proposto nestes casos é a ressecção cirúrgica segmentar ampla, contemplando ressecção linfonodal de oito linfonodos regionais. Nas lesões ressecáveis a NO, são opções aceitáveis a observação ou seis meses de quimioterapia adjuvante. Já no caso de N positivo, sugere-se quimioterapia adjuvante para todos os pacientes. Se doença irressecável ou metastática é recomendável quimioterapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que o adenocarcinoma de intestino delgado é uma afecção rara, que em apenas 20% dos casos apresenta-se inicialmente como quadro oclusivo. No entanto, é imprescindível ser lembrada no diagnóstico diferencial de abdome agudo obstrutivo.

**CONTATO AUTOR:** LUIZA OLIVEIRA TOCANTINS ALVARES | luizatocantins@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104475 – ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO A CÂNCER COLORRETAL: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Miriam de Cássia Souza (UFOP-Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz de Souza (UFOP-Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Douglas Daniel Dophine (UFOP-Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Elianara Tavares Martins (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Gláucia Maria Senhorinha (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Larissa Souza e Freitas (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Larissa Leite Vieira de Oliveira (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Petrônio Nilton de Miranda Júnior (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Mariana Vidal Montebeller (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Vinícius Gustavo de Carvalho Moura (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Saulo da Silva Lima (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Marlúcia Marques Fernandes (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Daniel Bitar Siqueira (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Fabrícia Aparecida Mendes de Souza (UFOP - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Idoso, 63 anos, hipertenso, tabagista 20 anos-maço, etilista, apresentava dor em andar superior do abdome há 2 meses, associada a fezes mais líquidas, astenia, perda ponderal e massas palpáveis pétreas em hipocôndrios. Observaram-se: anemia; CEA elevado; em TC abdome, nódulos hipodensos hepáticos e líquido livre na cavidade abdominal; em colonoscopia, lesão estenosante e friável no cólon transverso e pólipos sésseis em cólon descendente e reto; em anatomopatológico, adenocarcinoma metastático com áreas mucossecretoras. Após uma semana, houve piora da abdominalgia, ausência de eliminação de fezes e flatos, peristaltismo de luta. Radiografia de tórax mostrou pneumoperitônio. Realizada laparotomia xifo-púbica de urgência, notando-se perfuração em ceco, nódulos metastáticos em intestinos, fígado e omento, carcinomatose peritoneal e ascite. Procedida omentectomia parcial, cecorrafia e cecostomia em alça. O paciente evolui a óbito no 7º dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** Em 2020, no mundo, o câncer colorretal (CCR) representou a 3ª neoplasia mais incidente e a 2ª maior causa de óbito por câncer. [1] No Brasil, excluindo-se câncer de pele não melanoma, o CCR é a 2ª neoplasia mais frequente em ambos os sexos.[2] Fatores de risco para desenvolvimento do CCR incluem síndromes de câncer colorretal hereditário, obesidade, história familiar, tabagismo, etilismo, consumo de carne vermelha e processada, diabetes tipo 2, doenças inflamatórias intestinais. A maioria dos CCR surge a partir de um pólipos que segue a sequência adenoma-carcinoma, em 10-15 anos. [3] Manifestações clínicas variam com o local e o estágio do tumor primário, podendo haver mudança do hábito intestinal, sangramento oculto, hematoquezia, anemia ferropriva, perda ponderal involuntária, dor abdominal, massa palpável, obstrução intestinal, tenesmo. A colonoscopia com biópsia para análise histopatológica é o padrão ouro para o diagnóstico, após o qual se avaliam extensão loco-regional e presença de metástases à distância, indicando-se exames de imagem para estadiamento e acompanhamento. [4] Por ter patogênese lenta e gradual, o CCR é considerado prevenível e tratável, sendo possíveis a colonoscopia e a retirada dos pólipos ainda adenomatosos. Diagnóstico no estágio localizado do CCR acarreta sobrevida bem superior que diagnóstico em estágios com metástases. [5]

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso ilustra a relevância do rastreamento visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno do CCR, neoplasia de elevada morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** MIRIAM DE CASSIA SOUZA | miriamsouza744@gmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104483 – INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCÓLICA IDIOPÁTICA EM ADULTO: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Fabrícia Aparecida Mendes de Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Gláucia Maria Senhorinha (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Pedro Henrique Carazza Silva (Hospital Santa Casa de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz de Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente R.A.M., sexo feminino, 29 anos, sem comorbidades, compareceu ao Hospital Santa Casa de Ouro Preto, com dor abdominal difusa em cólica, vômitos pós prandiais, inapetência e diarreia há 10 dias. Apresentou GL: 11700; PCR: 7 e tomografia computadorizada (TC) mostrou intussuscepção ileocólica. Com piora de sintomatologia e parâmetros laboratoriais (GL: 16.400 e PCR: 8,2), realizou-se laparotomia exploradora, visualizando intussuscepção intestinal ileocecal com sinais de sofrimento. Foi realizada ileocolectomia direita e anastomose látero-lateral com grampeador linear. Prescreveu-se ondansetrona 2mg/mL, dipirona 500mg/mL, cetoprofeno 100mg, ciprofloxacino 2mg/mL e metronidazol 5mg/mL. Houve boa aceitação da dieta, sem queixas álgicas, febre, náuseas ou vômitos. A paciente evacuou e deambulou no segundo dia pós-operatório (DPO); evoluiu com melhora laboratorial e clínica, recebendo alta hospitalar no 3° DPO. No 18° DPO, retornou com dor abdominal periumbilical, náuseas e vômitos há 4 dias. A TC evidenciou abdome agudo obstrutivo com ponto estenótico em anastomose coloentérica direita. Por isso, realizou-se laparotomia exploradora com omentectomia parcial e lise de aderências de alças intestinais na anastomose ileocólica prévia. Após melhora laboratorial e clínica, a paciente recebeu alta hospitalar no 5° DPO.

**DISCUSSÃO:** A intussuscepção é a telescopagem de um segmento do intestino em outro adjacente, sendo mais comum nas junções entre os segmentos móveis e fixos do intestino. É a principal causa de obstrução intestinal em crianças e por se tratar de uma causa incomum de dor abdominal em adultos, apresenta desafios diagnósticos devido à sua apresentação clínica variável, o que leva à uma ampla gama de diagnósticos diferenciais, incluindo causas gastrointestinais, ginecológicas, geniturinárias e cardiopulmonares. O momento e o tipo de abordagem dependem de vários fatores, como as causas subjacentes, a gravidade do quadro, o local, o comprimento e a vitalidade do segmento intestinal envolvido. Geralmente, é realizado a ressecção do segmento intestinal acometido pela intussuscepção e com sinais sugestivos de comprometimento vascular e, posteriormente, cria-se uma anastomose cirúrgica primária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se tratar de uma condição rara em adultos, os cirurgiões devem estar familiarizados com a epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamento da intussuscepção pediátrica e adulta.

**CONTATO AUTOR:** FABRICIA APARECIDA MENDES DE SOUZA | [fabriciamed@live.com](mailto:fabriciamed@live.com)

## Cirurgia - Intestinos

### 1104485 – Obstrução intestinal por tricobenzoar: uma apresentação atípica na doença de Crohn

**AUTORES:** Cynthia Vitória Lopes da Fonsêca (UPE - Carpina - Pernambuco - Brasil), Matheus Henrique Soares Neves da Silva (UPE - Recife - Pernambuco - Brasil), Lucas Honorato Leite Ferreira (UPE - Barbalha - Pernambuco - Brasil), Cynthia Cansanção Sarmiento (UPE - Garanhuns - Pernambuco - Brasil), Alysson Amaury Cansanção de Souza (UPE - Garanhuns - Pernambuco - Brasil), Kátia Simone Cezário de Barros (UPE - Garanhuns - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 44 anos, refere diarreia aquosa, perda de peso (21 kg) e dor abdominal intermitente há 3 anos. Portador de doença psiquiátrica indeterminada e tabagismo, sem história familiar relevante. Ao exame: dor à palpação da região periumbilical. Exames: pólipos de vesícula biliar (0,5cm), hemoglobina (Hb) de 11,1 g/dL. Colonoscopia exibiu pólipos em cólon ascendente (0,5cm, adenoma tubular com displasia de baixo grau). Melhora após antiparasitário. Após nove meses sem seguimento, retorna com piora do quadro algico. Estado geral regular e abdome distendido e doloroso à palpação. TC de abdome total mostrou invaginação intestinal no flanco direito, distensão de delgado à montante e espessamento parietal de suas alças com realce. Piora da anemia (Hb 9,8 g/dL). Submetido à ileocelectomia direita com ressecção de 53 cm de íleo e 20 cm de cólon, com achados de extensa lesão polipóide (8,0cm) e tricobenzoar adjacente obstruindo o íleo. Histopatológico: processo inflamatório crônico acentuado transmural, ulcerações e esboço de fissuras sugestivos de doença de Crohn (DC), pólipos inflamatórios e tricobenzoar. Pós-operatório imediato com boa evolução.

**DISCUSSÃO:** DC é uma afecção inflamatória crônica de etiologia desconhecida que envolve qualquer parte do trato gastrointestinal de forma descontínua, com potencial para complicações. O íleo é afetado em 30% dos casos de forma isolada, e pode evoluir com estenose. Em alguns casos, o diagnóstico ocorre durante cirurgia de emergência por abdômen agudo. Obstrução intestinal é a causa mais frequente de cirurgia e ressecção ileocecal o procedimento mais realizado. Morbidade de 28% na ressecção ileocecal por obstrução e abdome agudo foi descrita. Tricobenzoar é uma massa compacta de cabelo deglutido, secundário a uma doença psiquiátrica grave, que pode se acumular no piloro e menos frequente no delgado, com sintomas de dor abdominal e vômitos. Exame de imagem seccional é útil para o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico, devendo-se referenciar o paciente ao psiquiatra no pós-operatório. A associação das duas afecções é rara, não descrita na literatura.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A DC em alguns casos tem seu diagnóstico estabelecido durante cirurgia emergencial, contudo abdome obstrutivo complicado por tricobenzoar, como neste caso, é um achado inesperado e atípico, ainda não descrito na literatura. A associação desta com doenças psiquiátricas não tratadas é importante e deve ser considerada no manejo adequado deste pacientes.

**CONTATO AUTOR:** CYNTHIA VITORIA LOPES DA FONSECA | [cynthiaf131@hotmail.com](mailto:cynthiaf131@hotmail.com)

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104499 – Colangiocarcinoma Simulando Coledocolitíase: quando a biliodigestiva vira uma cirurgia de Whipple..**

**AUTORES:** Tiago Almeida Macedo (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil), Thyago Carvalho Resende (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil), Carlos Renato Sales Bezerra (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil), Filipe Aquino Costa (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil), Samara Crisanto de Souza (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil), Renara da Costa Valadares Carvalho (Centro Universitário UniFacid - Teresina - Piauí - Brasil), Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo (Hospital Getúlio Vargas - HGV - Teresina - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Os autores apresentam um caso de síndrome colestática de causa obstrutiva em um doente de 77 anos, sexo masculino, apresentava dor abdominal associado a febre há 2 meses, evoluiu com episódios de vômitos e hiporexia e nos últimos 15 dias da internação apresentou icterícia, colúria e acolia fecal. Durante a investigação diagnóstica, foram realizados exames de imagem que evidenciaram no pré-operatório falha de enchimento de 1,3 cm em colédoco distal e dilatação acentuada de vias biliares (colédoco de 2,0 cm) pela colangiorressonância e tomografia de abdome com imagem sugestiva de coledocolitíase e sem evidência de tumoração. Diante dos achados e da suspeita diagnóstica de coledocolitíase, optou-se pela realização de cirurgia com proposta de colecistectomia com exploração de vias biliares e derivação biliodigestiva. No intraoperatório, observou-se lesão em colédoco proximal endurecida com ponto de ulceração em parede anterior e bloqueio local. Realizou-se biópsia de congelação com resultado positivo para malignidade, sendo realizada a gastroduodenopancreatectomia e colecistectomia em bloco com linfadenectomia e reconstrução pancreatojejunal termino-lateral, hepaticojejunal terminolateral e gastrojejunal latero-lateral em alça jejunal única. O histopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma tipo biliar, moderadamente diferenciado, com margens cirúrgicas livres de neoplasia e estadiamento pT3pN0. No pós-operatório o paciente evoluiu com hemorragia digestiva alta e pneumonia hospitalar com resolução do quadro e posterior alta médica.

**DISCUSSÃO:** Durante a investigação de coledocolitíase é importante sempre realizar diagnóstico diferencial com neoplasias, dentre elas o colangiocarcinoma que, apesar de pouco frequente, é responsável por aproximadamente 3% das doenças malignas gastrointestinais. O colangiocarcinoma é classificado em intra-hepático (5-10%), peri-hilar (50-60%) e distal (30 a 40%), sendo este último o encontrado no relato. O caso corrobora com a literatura, que descreve a maioria dos pacientes na sétima década de vida no momento do diagnóstico e prevalência no sexo masculino.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato de caso pretende destacar que a confirmação diagnóstica da coledocolitíase, por vezes, é obtida apenas durante o intra-operatório e que, ainda que os exames realizados na fase pré-cirúrgica levantem forte suspeita acerca do diagnóstico, é importante sempre correlacionar a causa da síndrome colestática com o colangiocarcinoma.

**CONTATO AUTOR:** LUIS GUSTAVO CAVALCANTE REINALDO | lgreinaldo@yahoo.com.br



## Cirurgia - Intestinos

### 1104515 – Adenocarcinoma Primário de Duodeno em Paciente Jovem.

**AUTORES:** Auriane de Sousa Alencar (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Carlos Alberto Rosado da Silva Filho (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Daniel de Alencar Macedo Dutra (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Raimundo Acássio de Andrade Júnior (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Maria de Fátima de Brito Coutinho Nogueira Lima (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Camila Botelho Campelo Leite (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Ilana de Meneses Silva (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Tarso Buaiz Pereira Martins (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Virgínia Portela Cardoso (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Julciele Cicera da Silva (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil), Francisco Karlos Leal Gomes (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU UFPI - Teresina - Piauí - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 25 anos, com queixa clínica de dor em andar superior do abdome, fezes escurecidas e icterícia progressiva de início há três meses. Ao exame físico: paciente apresenta-se ictérica (3+/4+), com mucosas hipocoradas (2+/4+), abdome flácido, doloroso à palpação em quadrante superior direito, hepatomegalia estendendo-se até 10 cm do rebordo costal direito, edema de membros inferiores simétrico (2+/4+). Seguimento da investigação clínica com exames: endoscopia digestiva alta mostrou lesão vegetante avançada da papila duodenal, estendendo-se para parede duodenal com sangramento ativo; ressonância de abdome e colangiopressonância evidenciaram lesão expansiva de caráter neoplásico (7,6 x 5,4 x 5,5 cm) acometendo duodeno com invasão de papila duodenal e colédoco distal, além de cabeça do pâncreas, desencadeando dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas; evidenciou-se ainda lesões em parênquima hepático com conteúdo líquido sugestivas de abscesso, além de esplenomegalia homogênea e colelitíase; colonoscopia: presença de resíduo hemático em todo cólon e íleo terminal, sem evidência de lesões em colón ou íleo terminal. Após suporte nutricional com terapia de nutrição oral e transfusão de hemoderivados, a paciente foi submetida a gastroduodenopcreatectomia laparotômica com reconstrução em Y de Roux, tendo como resultado histológico da lesão duodenal: adenocarcinoma bem diferenciado com margens cirúrgicas livres, sem invasão angiolímfática ou neural, linfonodos livres de doença. No pós-operatório apresentou gastroparesia e dificuldade de aceitação da dieta por via oral, sendo realizado tratamento com pro cinéticos, com resolução dos sintomas, e alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** Os carcinomas de intestino delgado são raros, representando 0,35% dos tumores gastrointestinais, tendo como principal sítio o duodeno, sendo a maioria periampular. O quadro clínico relaciona-se a localização do tumor e a natureza da lesão neoplásica. A taxa de sobrevivência em cinco anos com tumor extirpado com intenção curativa é de 50%. A ressecção pancreática e duodenal está associada aos melhores índices prognósticos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O adenocarcinoma primário de duodeno é raro podendo apresentar-se clinicamente com hemorragia digestiva e síndrome colestática. Seu diagnóstico dá-se pela evidência da lesão em exames de imagem e endoscópico sendo confirmado pelo estudo histológico da lesão, cujo tratamento padrão ouro é a exérese cirúrgica do tumor associada à linfadenectomia.

**CONTATO AUTOR:** LUIS GUSTAVO CAVALCANTE REINALDO | lgreinaldo@yahoo.com.br

## Cirurgia - Intestinos

### 1104522 – A Síndrome de Wilkie

**AUTORES:** DINOEL CAVALCANTE GUIMARÃES FILHO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), CINTHIA YOSHIMURA BRITO (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), ALAN KAGAN (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Alef Ribeiro Souza (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Carlos Eduardo Teixeira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Ednelson Junio Lustosa Nascimento (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Karinne Naara Matos Barros (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), THAMINE MEQUITA VALE (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Lorryne Silva Pequeno (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Victoria Reis Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Heloisa Soares Rodrigues Silva (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil), Bianca Alves Siqueira (HUGOL - Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - GOIANIA - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** NOR, sexo feminino, 16 anos, foi encaminhada ao Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia para avaliação da equipe de cirurgia geral devido a dor abdominal, distensão e vômitos. Relatou que os sintomas iniciaram cerca de 2 semanas antes de procurar um serviço de saúde e que a dor abdominal e a distensão se tornaram progressivamente mais intensos, associados a hiporexia e obstipação intestinal. Paciente negou febre, ou outras queixas na avaliação inicial. Negava doenças prévias, uso de medicações e cirurgias prévias. Referia antecedentes de quadros semelhantes na infância, com diagnóstico de intolerância à lactose aos 4 anos de idade. Ao exame físico da admissão apresentava-se estável hemodinamicamente, com abdome distendido, timpânico à percussão, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia de abdome com contraste, com visualização de estreitamento na terceira porção duodenal, notando-se moderada dilatação a montante do duodeno e estômago, preenchidas por conteúdo líquido e pequeno conteúdo gasoso. Demais alças intestinais com distribuição normal de gases e fezes, sem evidência de dilatações. Levantada a hipótese diagnóstica de Síndrome de Wilkie, indicado tratamento não operatório com passagem de sonda nasogástrica e solicitada endoscopia digestiva alta para avaliação de estreitamento duodenal. Na endoscopia foi visualizado líquido de estase bilioso no estômago, com aspecto endoscópico normal, assim como o duodeno. Retirada sonda nasogástrica pois o líquido de estase era em pouca quantidade. Paciente evoluiu com melhora clínica sintomática importante, mas com persistência

de hiporexia. Realizada passagem de sonda nasoenteral para nutrição, com dieta líquida via oral combinada. Evoluiu com melhora clínica satisfatória, com dieta oral total e sem necessidade de nutrição entérica após 4 dias de internação. Recebeu alta após medidas não operatórias, com indicação de dieta de consistência pastosa e orientação de decúbitos genupeitoral, decúbito lateral ou flexão torácica anterior após alimentação.

**DISCUSSÃO:** Ao diagnosticar a Síndrome de Wilkie, a abordagem clínica inicial é preterida, realizada através de suporte nutricional, dieta fracionada e manobras posicionais após a alimentação (1)(5). As posições que podem ser adotadas são a genupeitoral ou flexão anterior

do corpo, e o decúbito lateral esquerdo, pois promovem aumento do ângulo aorto-mesentérico (4).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar disso, há falha no tto clínico, com necessidade de correção cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** DINOEL CAVALCANTE GUIMARAES FILHO | dinoelg@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104548 – LESÃO DUODENAL GRAVE SECUNDÁRIA À PERFURAÇÃO POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Vinícius Gustavo de Carvalho Moura (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Daniel Bitar Siqueira (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Douglas Daniel Dophine (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Elianara Tavares Martins (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Fabrícia Aparecida Mendes de Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Gláucia Maria Senhorinha (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Larissa Leite Vieira de Oliveira (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Larissa Souza e Freitas (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Mariana Vidal Montebeller (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Marlúcia Marques Fernandes (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Miriam de Cássia Souza (marluciamf21@gmail.com - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Petrônio Nilton de Miranda Júnior (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Saulo da Silva Lima (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil), Iure Kalinine Ferraz de Souza (Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** GMF, masculino, 19 anos, apresentou lesão por PAF em FID. Admitido no serviço de pronto atendimento, taquipneico, hipóxico, estável hemodinamicamente, com ECG 15/15. Paciente foi submetido a laparotomia de urgência com rafia primária no ângulo de Treitz, jejuno, cólons transverso e descendente. No 3º DPO, apresentou-se hipotenso, taquicárdico, com vômitos borráceos e melena. Nova laparotomia identificou volumosa coleção intraperitoneal com coleperitônio. Foram reparadas lesões na parede látero-posterior da 3ª e 4ª porções do duodeno e confeccionada uma jejunostomia. Necessitou de noradrenalina intraoperatória, sendo levado à UTI no pós-operatório imediato. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, hipercalemia grave, uremia e acidose metabólica, tendo sido indicado hemodiálise. No 7º DPO da segunda laparotomia, apresentou drenagem de secreção fecalóide, sendo necessária terceira laparotomia com duodenorrafia e peritoneostomia. No 5º DPO da terceira laparotomia, evoluiu com aumento da instabilidade hemodinâmica, discrasia sanguínea grave e parada cardiorrespiratória, evoluindo para óbito.

**DISCUSSÃO:** Lesões duodenais pós trauma são incomuns (3 a 5%), porém estão associadas a altas taxas morbimortalidade e relacionada ao diagnóstico e tratamento tardios. Neste contexto, Lucas e Ledgerwood relatam uma taxa de mortalidade de até 40% em lesões duodenais. A complexidade do quadro também se deve à sua localização retroperitoneal, proximidade com estruturas abdominais nobres, presença de secreções digestivas em seu interior e à alta taxa de complicações (como fístulas e sepsis)<sup>2</sup>. A intervenção cirúrgica deve ser cuidadosamente avaliada, em especial em pacientes hemodinamicamente instáveis. A conduta depende da Classificação de Injúria Duodenal, descrita pela Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST): em lesões moderadas e graves (Graus III a V), consideram-se diversas intervenções, desde rafia extensas e jejunostomia até duodenopancreatectomia<sup>5</sup>. Esse procedimento é de difícil execução e possui alta taxa de mortalidade (30 a 60%). É indicada em casos de tumores pancreáticos benignos e invasivos, pancreatite crônica e trauma complexo. A ressecção pode ser parcial (com preservação de piloro, estômago e segmento proximal do duodeno) ou total (cirurgia de Whipple)<sup>7</sup>.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A abordagem de lesões duodenais traumáticas permanece controversa e complexa. Portanto, é essencial selecionar criteriosamente a estratégia terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS GUSTAVO DE CARVALHO MOURA | viniciusmouramed@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104551 – INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: relato de caso em paciente idoso**

**AUTORES:** LUDMILA CRISTIANE CARVALHO BAETA (IPSEMG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil), CLARA MARQUES CASTRO (IPSEMG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil), YUJI XAVIER ETO (IPSEMG - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 94 anos, com quadro de dor abdominal na região epigástrica há 15 dias, associado a náusea, vômitos e hiporexia. Relata perda ponderal não estimada. Eliminação de flatos e evacuação presente. Nega febre. Exame físico sem alterações, abdome flácido, doloroso à palpação superficial, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais sem sinais infecciosos, tomografia computadorizada (TC) de abdome sem contraste prévia à internação com laudo de formação heterogênea na junção esôfago-gástrica, cursando com dilatação à montante do esôfago. Submetida a endoscopia digestiva alta não identificados fatores obstrutivos em esôfago, estômago e duodeno. Realizada nova TC de abdome com contraste, com laudo de sinais tomográficos de obstrução intestinal e de intussuscepção de intestino delgado em flanco esquerdo. Paciente submetida a nutrição parenteral total por 7 dias, melhora clínica e realização de laparotomia exploradora, que evidenciou invaginação da alça de delgado a 20 cm do ângulo de Treitz, realizado enterectomia segmentar e anastomose látero-lateral com grampeador linear e reforço da anastomose. Evolução sem intercorrências no pós-operatório, alta no 7º dia. Laudo anatomopatológico de segmento do delgado e linfonodos regionais evidenciou adenocarcinoma colônico ulcerado e invasor, moderadamente diferenciado (grau II), com tumor infiltrando até a serosa, em região de intussuscepção, com invasão angiolinfática, margens cirúrgicas livres e ausência de metástases linfonodais

**DISCUSSÃO:** A intussuscepção intestinal é um quadro raro em adultos, com incidência estimada de 2 casos a cada 1.000.000 habitantes/ano, com causa definida em 80-90% deles. O câncer é responsável por 66% dos casos de intussuscepção colônica e 30% no intestino delgado. Tem quadro clínico variável e inespecífico, de difícil diagnóstico. O mecanismo de formação não é bem definido. A classificação é de acordo com a sua localização: enteroentérica, íleo-cólica e colo-cólica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora a intussuscepção seja uma causa rara em adultos, com poucos dados na literatura, é um diagnóstico importante a ser considerado em pacientes com dor recorrente, associada ou não a sintomas obstrutivos ou síndrome consumptiva. Os sintomas costumam ser inespecíficos e a suspeita diagnóstica é maior por métodos de imagens, como a TC. O tratamento geralmente é cirúrgico e atrasos no diagnóstico podem levar a complicações, como isquemia e obstrução intestinal. O prognóstico é variável, a depender da etiologia da doença.

**CONTATO AUTOR:** LUDMILA CRISTIANE CARVALHO BAETA | ludccb@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104568 – NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON ASCENDENTE A ESQUERDA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Sthefânia Mendonça Frizol (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), José Joaquim Ribeiro da Rocha (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Omar Féres (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marley Ribeiro Feitosa (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Fernanda de Oliveira Esteves (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Germana Martins Gomes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rógerio Serafim Parra (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Tauany Torres (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Maria Júlia Segantini (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Léo Dantas Pereira (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 87 anos. Encaminhado para avaliação de perda de peso e anemia. Não apresentava outros sintomas. O hábito intestinal era diário, com fezes bem formadas e sem muco ou sangue. Ao exame físico, apresentava dor à palpação na fossa ilíaca esquerda com defesa voluntária e plastrão palpável na topografia do cólon sigmoide. Os exames complementares evidenciaram anemia (Hb=9,5g/dl) e lesão tumoral no cólon ascendente, cujo anatomopatológico (AP) diagnosticou adenocarcinoma do cólon. Estudo tomográfico evidenciou neoplasia do cólon ascendente no hemiabdomine à esquerda devido situs inversus totalis e imagem sugestiva de metástase hepática. Submetido à colectomia direita ampliada com anastomose primária sem intercorrências. Não houve intercorrências no pós-operatório e o paciente recebeu alta para seguimento oncológico.

**DISCUSSÃO:** A neoplasia maligna do cólon direito é uma doença insidiosa e oligossintomática. As manifestações mais frequentes são anemia e perda de peso. Hematoquezia e alterações no hábito intestinal são menos frequentes nesse sítio. Lesões maiores podem ser palpadas no flanco direito e causar sintomas oclusivos. O objetivo no presente estudo é relatar um caso de neoplasia de cólon direito avançada, em topografia atípica devido associação com situs inversus totalis (SIT).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O SIT é uma doença congênita rara, caracterizada pelo desenvolvimento das vísceras torácicas e abdominais em topografia oposta a habitual (imagem em espelho). Associa-se, mais frequentemente a alterações cardíacas e respiratórias. As principais anormalidades intra-abdominais em pacientes com SIT a atresia duodenal, atresia biliar, gastrosquise com má rotação, fibrose hepática congênita, fístula traqueoesofágica, tríade de Currarino e feocromocitoma. Existem relatos de diversas neoplasias do trato gastrointestinal em pacientes com SIT, entretanto a evidência é insuficiente para se estabelecer uma relação direta de causa e efeito. Não obstante, pacientes com transposições viscerais exigem programação cirúrgica adequada, particularmente no estudo da vascularização da área a ser operada e na compensação de morbidades associadas.

**CONTATO AUTOR:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL | sthefania\_mf@hotmail.com

## Cirurgia - Intestinos

### 1104586 – PARACOCCIDIOMICOSE INTESTINAL MIMETIZANDO NEOPLASIA OBSTRUTIVA DE CÓLON

**AUTORES:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARLEY RIBEIRO FEITOSA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), FERNANDA DE OLIVEIRA ESTEVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ALANA PADILHA FONTANELLA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARIA JÚLIA SEGANTINI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), GERMANA MARTINS GOMES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LUCAS DE OLIVEIRA ALMEIDA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ROGÉRIO SERAFIM PARRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), OMAR FÉRES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 25 anos, sexo masculino, com hábitos rurais e queixa de dor abdominal crônica há 2 anos. Associado a náuseas, vômitos, hematoquezia e perda de peso importante. Visualizado em colonoscopia e em tomografia computadorizada de abdome, grande massa em ceco e cólon ascendente associado a linfonodomegalia regional. Após quadro de suboclusão intestinal, paciente foi submetido a cirurgia com necessidade de ressecção da massa e do cólon adjacente. A peça enviada para análise histopatológica não apresentava células neoplásicas, mas sim presença de *Paracoccidioides brasiliensis*. Paciente já com queixa de lesão cutânea em dorso sugerindo infecção fúngica, foi tratado com antifúngico oral por 9 meses e encaminhado ao infectologista e dermatologista.

**DISCUSSÃO:** A paracoccidioidomicose (PCM) é uma infecção fúngica sistêmica causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*. Doença endêmica em países como o Brasil. O contágio é feito a partir de inalação dos esporos, podendo causar lesões pulmonares e em outros órgãos.

O envolvimento intestinal pelo *P. Brasiliensis* é menos comum, e apresenta uma predileção por regiões ricas em tecido linfóide, como apêndice, íleo distal e cólon direito. Seu acometimento pode causar quadro de sangramento e obstrução, simulando neoplasias.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paracoccidioidomicose, no Brasil, é uma entidade de importante relevância epidemiológica. Pode variar desde sintomas discretos até sintomas graves sistêmicos. A suspeita clínica nem sempre é evidente, visto que na maioria dos casos a progressão dos sintomas é lenta. O subtipo intestinal é incomum e deve ser diferenciado de neoplasia colorretal, doença inflamatória intestinal e a tuberculose.

Apesar de exames de imagem e colonoscopia sugerirem o diagnóstico, a confirmação se dá com o anátomo-patológico da lesão, o qual costuma mostrar o *Paracoccidioides brasiliensis*. A maioria dos pacientes são considerados portadores de neoplasia e encaminhados para serviços de oncologia até saírem todos os resultados dos exames.

O tratamento é realizado com derivados azólicos, derivados sulfamídicos e a anfotericina B para casos mais graves. O tratamento é realizado visando diminuir a carga fúngica, permitindo criar uma estabilidade entre o organismo e o parasita. Os pacientes devem ser mantidos em acompanhamento com avaliações clínicas e sorológicas por até um ano.

## Cirurgia - Intestinos

### 1104593 – DIAGNÓSTICO INTRA-OPERATÓRIO DE HÉRNIA FEMORAL EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE HÉRNIA INGUINAL: RELATO DE CASO

**AUTORES:** BRUNA FIUZA CAMPELO (Hospital Memorial Arthur Ramos - MACEIO - Alagoas - Brasil), NATÁLIA FRANÇA MARROQUIM (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), GUILHERME COSTA FARIAS (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Eduarda Vieira Almeida Machado (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Lucas Lima Ferreira (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Victor Maranhão Rocha (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Gabriela Sena (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Elisa Esteves Rossini (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Teresa Amélia Silva Oliveira (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil), Rinaldo de Aguiar Barbosa (Hospital Memorial Arthur Ramos - Maceió - Alagoas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, com história de protrusão inguinal esquerda. Recebeu diagnóstico clínico e ultrassonográfico de hérnia inguinal esquerda recidivada. Passado de hernioplastia inguinal esquerda com recidiva precocemente, segundo o mesmo. Indicada cirurgia de hernioplastia inguinal esquerda. Durante o procedimento cirúrgico, foi constatado que se tratava de hérnia femoral esquerda. Com isso, foi feita a hernioplastia femoral esquerda com colocação de tela de prolene. A recuperação pós-operatória foi satisfatória com alta hospitalar precoce e acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A hérnia femoral consiste em uma protrusão de órgão ou tecido através de um ponto de fragilidade da parede abdominal para o canal femoral. As hérnias femorais representam apenas 3% de todas as hérnias que se apresentam na região inguinal, além de serem mais frequentes em pacientes do sexo feminino. O diagnóstico e o tratamento desse tipo de hérnia ainda impõem um grande desafio aos cirurgiões, visto que, devido a tendência de se deslocar cranialmente, assumindo uma posição acima do ligamento inguinal, esse tipo de hérnia é frequentemente confundido com a hérnia inguinal e seu diagnóstico é realizado apenas durante o procedimento cirúrgico. Um exame físico detalhado e criterioso, bem como exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada possuem grande importância no diagnóstico. O tratamento da hérnia femoral consiste essencialmente no reparo cirúrgico, uma vez que a incidência de estrangulamento é alta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de a prevalência de hérnia inguinal ser superior, a hérnia femoral apresenta maior tendência ao encarceramento, o que pode exigir uma avaliação e manejo mais precoces. Assim, o diagnóstico correto é de extrema importância para a escolha da estratégia terapêutica adequada e para evitar isquemia e necrose tecidual.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA BARBOSA FIUZA CAMPELO | bruna.campelo@famed.ufal.br

## Cirurgia - Intestinos

### 1104601 – GOMA SIFILÍTICA MIMETIZANDO NEOPLASIA DO RETO - RELATO DE CASO

**AUTORES:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LÉO DANTAS PEREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), OMAR FÉRES FILHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), LETÍCIA CANJEMI ARAUJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), FERNANDA DE OLIVEIRA ESTEVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), GERMANA MARTINS GOMES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARLEY RIBEIRO FEITOSA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), RÓGERIO SERAFIM PARRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), OMAR FÉRES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), JOSÉ JOAQUIM RIBEIRO DA ROCHA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Sexo masculino, 52 anos, hígido. Há 01 ano com desconforto anal e sangue misturado às fezes. Ao exame, lesão vegetante e friável, que se iniciava a 2 cm da borda anal e comprometia toda a circunferência do órgão. A tomografia do abdome demonstrou espessamento uniforme do reto baixo e alguns linfonodos locorregionais globosos. A colonoscopia demonstrou a lesão de aspecto neoplásica limitada ao reto. Realizado biópsia que evidenciou mucosa escamosa ulcerada com inflamação mista e tecido de granulação proeminente. Como não se observaram evidências de neoplasia na amostra, solicitou-se revisão da lâmina e os aspectos morfológicos associados aos achados imunohistoquímicos foram compatíveis com processo inflamatório ulcerado com infiltrado predominantemente plasmocitário, de padrão policlonal. O VDRL e teste treponêmico foram reagentes e o paciente foi tratado com Penicilina G Benzatina, 2,4 mi UI por semana por 3 semanas. Quatro meses após o tratamento, teve resolução completa dos sintomas, entretanto permanecia com lesão elevada e circunferencial que se iniciava a 4cm da borda anal e se estendia por 4cm, sem sinais de invasão local. Optado pela ressecção cirúrgica do tecido remanescente, por acesso transanal. A anatomopatológico da peça operatória revelou processo inflamatório predominantemente plasmocitário e de padrão policlonal. Realizou seguimento clínico sem recrudescência dos processos infeccioso e tumoral.

**DISCUSSÃO:** A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. O curso clínico da doença é habitualmente dividido em fases: incubação, sífilis primária, secundária, latente e terciária. A proctite sifilítica pode surgir em dois momentos: na sífilis primária sob a forma de úlcera e na terciária como uma lesão vegetante, que pode mimetizar a neoplasia do reto - a goma sifilítica (GS). O objetivo do presente estudo é relatar um caso incomum de GS mimetizando câncer do reto, com necessidade de tratamento clínico e ressecção cirúrgica do pseudotumor residual.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A goma é uma expressão terciária da sífilis. Após confirmação do diagnóstico através da biópsia e dos exames sorológicos, o tratamento medicamentoso deve ser instituído. É importante considerar a presença de GS em pacientes com tumores retais superficiais e anatomopatológico negativo para neoplasia maligna, especialmente naqueles com epidemiologia sugestiva, uma vez que as doenças exigem tratamentos distintos.

**CONTATO AUTOR:** STHEFÂNIA MENDONÇA FRIZOL | sthefania\_mf@hotmail.com



## **Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada**

### **102065 – Metástase de tumor de cólon mimetizando colangiocarcinoma.**

**AUTORES:** camila amaral silva (Hospital Estadual Mario Covas- FMABC - santo andré - São Paulo - Brasil), Marcus Aurélio Zaia Gomes (Hospital Estadual Mario Covas- FMABC - santo andré - São Paulo - Brasil), Tamlyn Tieme Matushita (Hospital Estadual Mario Covas- FMABC - santo andré - São Paulo - Brasil), Zelia Maria de Souza Campos (Hospital Estadual Mario Covas- FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 79 anos, procurou proctologista em 2014 após colonoscopia com diagnóstico de lesão estenosante em cólon sigmóide. Em exames de estadiamento foram verificadas lesões metastáticas em segmentos hepáticos. Optado por realizar retossigmoidectomia e iniciar quimioterapia paliativa. O resultado anatomopatológico da cirurgia foi de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com KRAS/ NRAS selvagem ( T3 N2a M1).

Em 2019 apresentou episódio de icterícia com resolução espontânea e foi realizada colangioressonância que mostra lesão de 4 cm sugestiva de colangiocarcinoma em topografia de ducto hepático esquerdo. Realizada tentativa de hepatectomia sem sucesso devido a presença de múltiplas lesões de aspecto secundário em todo o fígado. Realizadas apenas biópsias e colecistectomia. O anatomopatológico foi de metastase de adenocarcinoma.

Em julho de 2020 paciente apresentou quadro de colangite e foi optado pela realização de uma CPRE que mostra uma estenose de hepático comum sugerindo compressão extrínseca e realizada passagem de prótese biliar plástica. Em setembro foi realizada nova CPRE para troca de prótese, foram observadas estenoses esparsas em ductos intrahepáticos secundários, além de falha de enchimento móvel em hepatocolédoco. Após varredura, houve saída de um cálculo e foi optado pela passagem de nova prótese biliar plástica.

Devido a dúvida diagnóstica, em julho de 2021 realizou-se coledocoscopia com SpyGlass diagnosticando formações polipoides distribuídas no ducto hepático esquerdo e em seus ramos secundários, que não determinavam obstrução da luz. Realizadas biópsias e passagem de nova prótese plástica. O anatomopatológico das lesões foi de adenocarcinoma com imunohistoquímica sugerindo origem em tubo digestivo baixo.

**DISCUSSÃO:** O crescimento de lesões metastáticas intrabiliares é raro, mas quando ocorre, está associado em 93% das vezes com o câncer colorretal e lesões primárias em retossigmoide são as mais relacionadas.

Devido a raridade, há dificuldade de diferenciar essas lesões do colangiocarcinoma, sendo essa diferenciação só possível por meio da imunohistoquímica.

O tratamento ideal é a ressecção cirúrgica, porém, se não é possível ou não é adequada, opta-se pela prótese biliar metálica. Com o diagnóstico correto é possível guiar a quimioterapia impactando na sobrevida a longo prazo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As biópsias realizadas na coledocoscopia possibilitaram a análise imunohistoquímica da lesão viabilizando o diagnóstico e tratamento quimioterápico adequado.

**CONTATO AUTOR:** CAMILA AMARAL SILVA | camilamaralsilva93@gmail.com

## Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

### 102313 – RELATO DE CASO: MIGRAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR CULMINANDO COM LESÃO VASCULAR E PERFURAÇÃO DUODENAL

**AUTORES:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RICARDO CASTEJON NASCIMENTO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), ROBERTO MOTTA PEREIRA (HOSPITAL MADRE TERES - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), WALTON ALBUQUERQUE (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RENATA FIGUEIREDO ROCHA (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RODRIGO ALBUQUERQUE CARREIRO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentamos um caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 35 anos, previamente hígido com diagnóstico de coledocolítiase associada a estenose de via biliar de etiologia indeterminada, apresentando evolução incomum após colangiopancreatografia endoscópica retrograda e passagem de prótese biliar. Houve migração da prótese culminando com lesão da artéria gastroduodenal e, simultaneamente, perfuração duodenal, ambos manejados de maneira minimamente invasiva com angioembolização e drenagem endoscópica, com bons resultados terapêuticos.

**DISCUSSÃO:** A migração de próteses biliares, apesar de rara, é uma das muitas complicações associadas à colocação desses dispositivos e, entre outros fatores, associa-se principalmente ao tipo de prótese e à doença de base. De maneira geral, próteses plásticas retilíneas e estenoses de etiologia benigna, apresentam as maiores taxas de migração.

A perfuração intestinal secundária à migração de próteses biliares, apesar de rara, com uma incidência menor que 1%, é uma complicação com alta morbimortalidade, sendo o duodeno, a topografia mais comum. Já, no que diz respeito às hemorragias biliares, encontramos vários relatos de casos na literatura, principalmente associados a procedimentos cirúrgicos, procedimentos de drenagem percutânea transhepática e à colocação de próteses biliares metálicas, com raras descrições associadas às próteses biliares plásticas.

Não existe consenso acerca da melhor abordagem terapêutica, entretanto, há uma tendência na adoção crescente de medidas conservadoras.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Não há na literatura, relatos específicos de lesões na topografia da artéria gastroduodenal, como descrito no caso em questão. Entretanto, há consenso de que a migração das próteses biliares pode levar a erosão gradual de estruturas adjacentes, culminando com a injúria da parede vascular e, por conseguinte a hemorragias biliares. Em relação à perfuração intestinal como descrita, o mecanismo fisiopatológico parece ser o mesmo.

Exatamente por esse mecanismo aparentemente ser lento e gradual, a identificação precoce do deslocamento das próteses biliares associa-se a melhores resultados clínicos. Além disso, é importante considerar-se, sempre que possível, a adoção de medidas terapêuticas menos invasivas, como a drenagem interna endoscópica e a angioembolização por arteriografia, que permitem simultaneamente bons resultados com redução no número de complicações e menor morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO | bruna.h.figueiredo@gmail.com

## **Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada**

### **1104293 – Descolamento e remoção de stent biliar parcialmente recoberto com o auxílio de balão dilatador, posicionado entre o stent e a parede da via biliar. Relato do caso**

**AUTORES:** RENE RODRIGO CARDOZO PACHECO (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil), CLAUDIO ROGERIO SOLAK (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil), LILIAM APARECIDA DELMONICO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil)

#### **APRESENTAÇÃO DO CASO:**

Paciente feminina, 52 anos, submetida a colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase sintomática, com lesão iatrogênica da via biliar no ato operatório, corrigida com anastomose término-terminal da via biliar extra-hepática. Evolui com estenose precoce da anastomose, sendo inicialmente tratada com stent biliar metálico totalmente recoberto. Após melhora do quadro inicial, com cerca de 20 dias após a aplicação do stent, paciente apresentou recorrência do quadro colestativo associado a colangite e estenose, devido a migração do stent recoberto. Optou-se, nesse momento, pela aplicação de stent metálico parcialmente recoberto. A paciente evoluiu assintomática, com melhora clínica e laboratorial por doze meses, quando se iniciaram as tentativas de remoção do stent. A contrastação da via biliar mostrava significativo crescimento endoluminal no segmento proximal do stent e à mobilização com pinça de corpo estranho, o stent se mostrava fortemente aderido a via biliar. Nessa ocasião se optou pela estratégia de “stent dentro de stent”, aplicando-se stent totalmente recoberto com reabordagem dentro de duas semanas. Na segunda abordagem, não se obteve progresso no descolamento do stent, sendo aplicado novo stent totalmente recoberto. Na terceira abordagem, após manipulação do stent com pinça de corpo estranho, foi possível aplicar um fio entre o stent e a via biliar, permitindo o uso de um balão de dilatação, sob controle fluoroscópico, o qual foi inflado no segmento aderido, auxiliando no descolamento e retirada do stent.

**DISCUSSÃO:** O uso de stents parcialmente ou não recobertos em patologias benignas do trato digestivo é questionado e sua remoção se torna um grande desafio na prática endoscópica. As técnicas descritas para a remoção desses stents são muitas vezes utilizadas em conjunto, somando seus resultados para o objetivo final. Descrevemos aqui uma técnica inédita que, se usada com a devida cautela, pode auxiliar no manejo desses casos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Mesmo com as dificuldades associadas à remoção do stent, a curto prazo, o resultado foi positivo, com resolução da estenose da via biliar.

**CONTATO AUTOR:** RENE RODRIGO CARDOZO PACHECO | rrcpp@hotmail.com

## **Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada**

### **1104392 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ADENOMA DE PAPILA DUODENAL MAIOR: UM RELATO DE CASO**

**AUTORES:** Aline Perciano Lopes Toledo (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil), Gabriela Mendes Toledo (Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil), Carlos Henrique Barros Amaral (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil), Tiago Torres Melo (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil), Leandro Valério Costa Batista (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil), Daniel Pacheco da Costa (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil), Herbeth José Toledo Silva (Santa Casa de Misericórdia de Maceió - Maceió - Alagoas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 46 anos, apresentando sintomas dispépticos, sem sinais clínicos de colestase, foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA), onde foi detectada lesão vegetante em papila duodenal maior. Foram solicitados exames laboratoriais (AST, ALT, fosfatase alcalina, Gama GT, bilirrubinas totais e frações), com resultados dentro da normalidade. Colangioproressonância não evidenciou dilatação das vias biliares. Posteriormente realizada Ecoendoscopia, que evidenciou adenoma de papila duodenal com estadiamento ue T1N0Mx, sendo então encaminhado para realização de Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), na qual foi diagnosticada lesão vilosa, amolecida ao toque, medindo cerca de 15mm. Submetido a papilectomia endoscópica, esfínterectomia do óstio do colédoco e passagem de prótese pancreática. Além disso foi constatado que não havia invasão ou dilatação de vias biliares. Na Análise histopatológica foi diagnosticado adenoma com displasia de baixo grau com base de ressecção livre. Paciente foi orientado a fazer seguimento com duodenoscopia em 3 meses.

**DISCUSSÃO:** Os tumores de papila duodenal maior são raros, mas sua incidência vem aumentando em adultos jovens, principalmente pela detecção incidental em EDA de rotina. Cerca de 95% dos casos são representados pelos tipos histológicos adenocarcinoma e adenoma, sendo este último uma lesão pré-neoplásica, com potencial de transformação maligna a partir da sequência adenoma-carcinoma. Quando não invasivos, a maioria dos tumores são assintomáticos. Quanto ao diagnóstico é importante a realização da CPRE para avaliar o tamanho, extensão e crescimento intraductal do tumor, e na decisão terapêutica é mandatória biópsia endoscópica e exame histológico das lesões, porém apresenta sensibilidade variável na detecção de adenoma e carcinoma, sendo recomendado ressecção completa da lesão na suspeita de neoplasia. A papilectomia endoscópica é considerada uma alternativa menos invasiva do que a cirurgia no tratamento de lesões precoces, permitindo a remoção tumoral total e apresentando menos morbimortalidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A EDA é crucial para o diagnóstico precoce dos tumores de papila duodenal e a CPRE é essencial na avaliação da lesão e importante modalidade terapêutica para as lesões iniciais.

**CONTATO AUTOR:** ALINE PERCIANO LOPES TOLEDO | [alineperciano@hotmail.com](mailto:alineperciano@hotmail.com)

## **Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada**

### **1104526 – Remoção endoscópica de Fasciola Hepática através de CPRE - relato de caso**

**AUTORES:** Guilherme Hoverter Callejas (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Fábio Henrique Ribeiro Maldonado (Centro Médico de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Martinho Antônio Gestic (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Murillo Pimentel Utrini (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Elinton Adami Chaim (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Francisco Callejas Neto (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil), Everton Cazzo (Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP; Instituto de Gastroenterologia e Cirurgia de Campinas (IGCC) - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 54 anos, encaminhada para avaliação após episódio de colangite. Há cerca de 10 anos, havia sido submetida à hepatectomia por abscessos hepáticos, cujo anatomopatológico evidenciou infiltrado eosinofílico inespecífico, sugestivo de doença parasitária. Na época, residia em área rural, trabalhava em uma plantação de agrião e foi tratada empiricamente com Albendazol. A colangiorressonância atual da paciente mostrou uma via biliar discretamente dilatada, sem evidenciar fator obstrutivo. Prosseguiu-se a investigação com Ecoendoscopia, que mostrou um colédoco com calibre pouco aumentado (10 mm), com formações isoecogênicas e alongadas, principalmente no terço distal, medindo cerca de 10 mm de comprimento, não formadoras de sombra acústico posterior e com mobilidade aparente e espontânea no interior da via biliar. A paciente foi submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE); à papilotomia, houve saída de secreção purulenta, e foram observadas falhas de enchimento na via biliar após injeção de contraste. Passado cateter de balão extrator com saída parcial de fasciola hepática pela papila duodenal. O parasita foi retirado completamente e recuperado com basket e houve clareamento completo da via biliar. A paciente teve alta no dia seguinte ao procedimento para tratamento com triclabendazol em dose única e seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A Fasciola Hepática é um trematódeo que ocasionalmente causa afecções em vias biliares. É geralmente encontrada em regiões de criação de bovinos e ovinos. O homem é um hospedeiro acidental, ingerindo água ou plantas contaminadas com metacercárias. As larvas penetram a parede intestinal e migram pela cavidade peritoneal até o parênquima hepático e eventualmente migram para a via biliar, onde se tornam adultos. Na fase aguda da infecção, o paciente pode se apresentar com febre, dor abdominal, cefaleia, prurido. Após 2 a 4 meses, o paciente pode ter manifestações associadas à obstrução biliar, abscessos hepáticos, fibrose, anemia e perda de peso importante. O teste sorológico e protoparasitológico podem auxiliar no diagnóstico. O triclabendazol pode ser usado no tratamento dos casos agudos e crônicos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A fasciolíase é uma zoonose pouco conhecida e pode representar um desafio diagnóstico. Neste caso, a CPRE auxiliou na definição diagnóstica e tratamento.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME HOVERTER CALLEJAS | [guilherme.callejas@hotmail.com](mailto:guilherme.callejas@hotmail.com)

## Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

### 1104558 – Manejo endoscópico e cirúrgico de estenose de coledocoduodenoanastomose, associada a recidiva de coledocolitíase

**AUTORES:** José Arthur Dantas Balduíno (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Jessé Clementino de Araújo Filho (Hospital de trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Victor Emanuel Gregorio de Andrade (Hospital de Trauma de Campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ana Lívia Dantas Balduíno Silva (Hospital de Trauma de Campina grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Giovanna de Fátima Silva Cavalcanti de Andrade (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Ítalo de Moura Sousa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Vinícius José Nascimento (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Diego Fabrício Ribeiro (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Cíntia Tainá Porfiro Mota (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Marina Cesarino de Sousa Machado (Hospital de Trauma de Campina Grande - campina grande - Paraíba - Brasil), Bruno Menezes Costa (Hospital Getúlio Vargas - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, com história de múltiplas manipulações de via biliar, por CPRE, colecistectomia com colangiografia e por último coledocoduodenoanastomose há 01 ano, admitida com sinais de colangite. Tentada nova abordagem endoscópica, com achado de fístula bileodigestiva associada a estenose de colédoco médio. Conseguida passagem de prótese, porém sem sucesso em dilatação, sendo optado por nova abordagem cirúrgica. Achado de fistula colédoco-duodenal com estenose de via biliar e coledocolitíase, sendo tratada por Hepaticojejunostomia em Y de Roux, sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** As complicações pós-operatórias precoces mais comuns da coledocoduodenoanastomose são infecção, sangramento e vazamento de conteúdo biliar. Já a complicação tardia mais relatada é a estenose do colédoco, que pode ser devido à cicatriz cirúrgica ou uma anastomose estreita, com uma taxa que varia de 10 a 30%, o que torna esses pacientes suscetíveis à coledocolitíase e colangite. O tempo entre o procedimento cirúrgico e o início dos sintomas é variável, podendo ocorrer até vários anos após a coledocoduodenostomia. Nesses casos, há indicação de intervenção endoscópica ou transparietal para colocação de endopróteses na anastomose. As fístulas biliares internas do tipo coledocoduodenal são complicações raras, sendo responsáveis por 2 a 5% de todas as fístulas bilioentéricas. Quanto ao fator causal, podem ser espontâneas, iatrogênicas, pós-intervenção cirúrgica ou trauma.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A anastomose direta do colédoco com o duodeno, não é a técnica de escolha em reconstrução do trato biliar, pois pode acarretar complicações como colangite de refluxo devido à inflamação no duodeno. Portanto, para minimizar o risco de estenose da anastomose, sugere-se que essa técnica seja utilizada apenas quando a via biliar apresentar mais de 2 cm de diâmetro. Para a correção da anastomose prévia, na qual não é possível através da colocação de stent, o tratamento cirúrgico definitivo é uma nova reconstrução biliodigestiva em Y de Roux.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

### 1104566 – Tratamento endoscópico de fístula bileo-pleural pós trauma abdominal fechado

**AUTORES:** José Arthur Dantas Balduino (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Jessé Clementino de Araújo Filho (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Victor Emanuel Gregorio de Andrade (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa Norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Antonio Mario Duarte Coelho da Paz Neto (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio de Souza Lima Cabral (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Luana Brito Leite Barbosa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Paula Rosemar Macedo Araújo (Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Zelia Gabriella Pereira Gonçalves (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Marina Cesarino de Sousa Machado (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Joao Pedro de Moraes Ferreira (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Rodrigo Cartaxo Eloy de Souza (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, admitido por trauma abdominal fechado com lesão hepática grau IV associada a lesão diafragmática.

Submetido a hepatorrafia em lobo direito, frenorrafia e drenagem torácica direita, com evolução grave em pós-operatório. No oitavo dia, evoluiu com saída de secreção biliar por dreno torácico, confirmada com dosagem de bilirrubina > 40 em líquido pleural. Submetido a Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), com achado de fístula biliar de origem em ramo biliar posterior direito e tratada com papilotomia e passagem de prótese. Evoluiu com diminuição do débito de dreno torácico e parada da saída de bile pelo tórax em torno do quarto dia pós operatório.

**DISCUSSÃO:** Fístula broncobiliar é uma condição rara, que se caracteriza pela comunicação da via biliar com a árvore brônquica. Causas obstrutivas e neoplásicas sendo as mais comuns, com cerca de 2/3 dos casos, porém podem ser traumáticas e até congênitas.

A fístula toracobiliar, seja ela broncobiliar ou bileopleural, pós-traumática é uma complicação rara de trauma toracoabdominal, com incidência maior em pacientes jovens, do sexo masculino e em traumas penetrantes. A apresentação mais comum é através de derrame pleural de aspecto bilioso, podendo haver ainda bilioptise em casos de fístulas brônquicas associadas. O tratamento inicial é a drenagem adequada da via biliar com stents apropriados inseridos tanto por via endoscópica como por via transparietohepática com o objetivo de reduzir a pressão biliar e conseqüentemente o extravasamento de bile. O tratamento cirúrgico deve ser reservado para os casos de falha do tratamento conservador.

O diagnóstico precoce de FBP é crucial no manejo dessa condição, evitando agravamento do quadro e complicações. A ultrassonografia abdominal e a tomografia computadorizada não delineiam a presença e localização de fístulas também, mas podem ajudar na detecção de drenagem de coleções. A CPRE é o exame de escolha para demonstrar o trato fistuloso, local do vazamento de bile e também para identificar e tratar obstruções distais que possam perpetuar a fístula.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A fístula bileo-pleural é entidade rara, de tratamento desafiador mesmo em centros com grande experiência. O manejo por métodos minimamente invasivos deve ser tentado de forma prioritária em virtude da alta morbidade cirúrgica de abordagens toraco-abdominais combinadas, sendo o tratamento endoscópico com papilotomia e aposição de prótese alternativa eficiente em casos selecionados.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 101856 – Retite ulcerativa por linfogranuloma venéreo: relato de caso.

**AUTORES:** RICHARD CALANCA (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA CAROLINE DOS SANTOS FERREIRA (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 51 anos, com AIDS e histoplasmoze disseminada prévios. Vem com sangramento anal e febre de 15 dias de evolução, sensação de corpo estranho anal, empachamento abdominal e crescimento de linfonodo inguinal a direita doloroso sem sinais flogísticos. Ao toque havia presença de 2 mamilos hemorroidários a direita não complicados, úlcera de borda anal ate 3 x 4 em reto baixo a direita dolorosa.

**DISCUSSÃO:** Entre as hipóteses diagnósticas principais foram lesão por citomegalovírus, um dos principais agentes oportunistas na AIDS com acometimento de trato gastrointestinal. Realizado exames, nos quais os laboratoriais foram inocentes. Na tomografia havia espessamento irregular de reto distal e linfonodomegalia inguinal direita 2,8 x 3,5cm com infiltrado inflamatório, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso. Na colonoscopia tivemos os seguintes achados: exame anal com todo canal anal e reto distal, ambos acometidos por lesões ulceradas extensas, confluentes, centro deprimido e irregular, bordos regulares, com retrações cicatriciais, notou-se secreção branco-amarelado espessa. Presença de inúmeras lesões ulceradas ovaladas e serpinginosas, com fibrina espessa e halo intenso com hiperemia ao redor, com diâmetro entre 0,5 a 1 cm em reto médio e distal, sendo a conclusão do exame: lesões ulceradas de região anorretal, reto médio e distal sugestivas de CMV e linfogranuloma venéreo. Na biópsia com anatomopatológico observou-se colite crônica com extensa erosão e tecido de granulação, tampão fibrino-leucocitário consistente com base de lesão ulcerada, sem achados específicos para outras patologias, a imunohistoquímica com PCR negativo para CMV e positivo para clamídia (*Chlamydia sp*).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante dos resultados foi realizado diagnóstico de linfogranuloma venéreo, sendo instituído tratamento específico com doxiciclina por 21 dias com melhora de lesões, após laudo sugestivo em colonoscopia. Conclui-se, portanto, que a abordagem em ISTs em geral é sindrômica, demonstrando a importância da caracterização de lesões e laudos sugestivos em colonoscopia com exame de biópsia para diagnóstico etiológico e melhor abordagem terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** RICHARD CALANCA | calancarichard@gmail.com



## Endoscopia - Colonoscopia

### 102016 – Paracoccidiodomicose intestinal: relato de caso

**AUTORES:** Monique Raquel Barbosa de Queiroz Fonseca (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Lara Tagliari Koyanagi (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Alexandre Tellian (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Gustavo Pignatari Rosas Mamprin (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Thomaz Tomo Sujdik (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Nicoli Papiani Gosmano (Hospital Universitário São Francisco - São Paulo - São Paulo - Brasil), Décio Luiz da Silva Mazzini (Hospital Universitário São Francisco - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ciro Carneiro Medeiros (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil), Danielle Gatti Tennis (Hospital Universitário São Francisco - Bragança Paulista - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 18a, dor abdominal e enterorragia há 1 mês, com piora há 1 semana. Nega hemorragia digestiva prévia e alteração do hábito intestinal. Quadro de dor abdominal intermitente há 02 anos. Antecedente: usuária de cocaína e maconha, paracoccidiodomicose (PCM) há 2 anos não tratada por má adesão. Na admissão: taquicardica, normotensa, afebril. Ao exame: abdome plano, flácido, discretamente doloroso, sem tumorações. Sangue no toque retal. Sem linfonodomegalias. Laboratoriais: Hb:9,8 Ht:29,4 Plaqueta:669mil, sorologias não reagentes. Iniciada investigação com endoscopia onde não foram encontradas anormalidades. Realizada colonoscopia que evidenciou, mais acentuado em reto, cólon ascendente, ceco e íleo terminal, inúmeras lesões ulceradas, entremeadas por mucosa normal, além de lesões sésseis, avermelhadas, de tamanhos variados. Progressão até 2cm do íleo terminal, com impossibilidade de seguimento devido a lesões ulceroinfiltrativas que culminam com estenose local. Realizadas biópsias seriadas e evidenciado processo inflamatório crônico erosivo intenso secundário a PCM. Paciente submetida a tratamento com sulfametoxazol e trimetoprima com melhora clínica. Evadiu no 5º dia de internação hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A PCM trata-se de doença granulomatosa sistêmica causada por fungos do complexo Paracoccidiodes brasiliensis. Predomina em pacientes dos 30 aos 59 anos, do sexo masculino devido à proteção conferida pelo estrogênio em mulheres. Apresenta-se na forma aguda em 5 a 25% dos casos, com linfonodomegalias, hepato-esplenomegalia e lesões cutâneas. Forma crônica em 74 a 96% dos casos com comprometimento pulmonar em 90% deles. O comprometimento intestinal é raro, e quando presente, os locais ricos em tecido linfoide são os mais acometidos como íleo terminal, apêndice e cólon direito. O tratamento é de longa duração com o objetivo de controlar os sintomas clínicos e deve ser mantido até obtenção dos critérios de cura, com base nos parâmetros clínicos, radiológicos e sorológicos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se tratar de um raro acometimento de paciente do sexo feminino em idade fértil, com evolução para doença intestinal, seu diagnóstico requer alto nível de suspeição clínica e investigação apropriada. As formas menos usuais da PCM são subestimadas. São diagnósticos diferenciais a tuberculose e Doença de Crohn. A avaliação patológica torna-se fundamental para elucidação diagnóstica e terapêutica direcionada, evitando-se assim desfechos desfavoráveis associados à doença.

**CONTATO AUTOR:** DANIELLE GATTI TENIS | gattidanielle@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102095 – Dissecção Submucosa Endoscópica de Schwannoma de Cólon: Relato de Caso

**AUTORES:** Cláudia Loureiro Martins Medrado (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Victor Rossi Bastos (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Andrea Maia Pimentel (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sylon Ribeiro de Britto Junior (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Mariama Alves Dantas Fagundes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 47 anos, feminino, queixa de alteração de ritmo intestinal, sem sinais de sangramento gastrointestinal. Exame físico e laboratorial dentro dos limites da normalidade. Colonoscopia observou lesão de aspecto subepitelial, medindo cerca de 10mm, localizada a 20 cm da borda anal, superfície lisa, amarelada e de consistência endurecida. Avaliação complementar com tomografia de abdômen sem alterações e ultrassonografia endoscópica, que visualizou uma formação nodular hipoecóica em colón sigmóide, medindo 10mm no maior eixo, acometendo a camada mucosa profunda com projeções para submucosa superficial. Não foi realizado punção ecoguiada por se tratar de lesão de baixo rendimento diagnóstico. Foi necessária ressecção endoscópica pela técnica de dissecção submucosa endoscópica (ESD). Procedimento realizado pela técnica convencional, em monobloco, com faca híbrida, sob anestesia geral e sem intercorrências. Peça esticada em isopor medindo 15mm. Apresentou boa evolução, aceitando bem a dieta via oral, com alta hospitalar em 24 horas. O relatório final da patologia foi de neoplasia submucosa de células fusiformes sem atipias, com estudo imuno-histoquímico positivo para S-100 e negativo para CD117, desmina e actina muscular, permitindo o diagnóstico de neoplasia de bainha de nervo periférico - Schwannoma.

**DISCUSSÃO:** O Schwannoma é uma neoplasia de origem neurogênica, crescimento lento, encontrado no trato gastrointestinal. Faz parte dos tumores estromais, como tumor estromal gastrintestinal e leiomioma. São mais frequentes no estômago e raros em cólon e reto. Apresentam-se assintomáticos, mas podem apresentar sinais de obstrução e sangramento digestivo. A maioria dos schwannomas gastrintestinais são achados incidentais durante exame endoscópico ou de imagem. A Endoscopia, apresentam-se como lesão de aspecto subepitelial, algumas com mucosa íntegra outras com ulceração. A ecoendoscopia podem exibir como imagem hipoecóica de segunda ou quarta camada, sem sinal patognomônico. O diagnóstico definitivo consiste no estudo anatomopatológico associado a avaliação imuno-histoquímica, com evidência maior para positividade de S-100. Em alguns casos, os pacientes podem ser tratados por ressecção endoscópica, sem passar por cirurgia radical.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Schwannoma é raramente encontrado no trato gastrointestinal. O comportamento benigno do tumor é responsável pelo bom prognóstico, com taxas de recorrência e metástase considerados eventos raros.

**CONTATO AUTOR:** CLÁUDIA LOUREIRO MARTINS MEDRADO | loureiroclaudia90@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102097 – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DO RETO - RELATO DE CASO

**AUTORES:** Fábio Kenedy Almeida Trigueiro (Hospital Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lucas Lobo Trigueiro (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Maria Eduarda de Oliveira França (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ana Luiza Wanderley Barros e Silva (Centro Universitário de João Pessoa - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Letícia da Silva Marques Elias (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Laís Soares Holanda (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade com história de dor abdominal há 3 meses no andar inferior, dor anal e dificuldade para evacuar. Ao exame físico constatou-se abdômen doloroso no mesogástrico e ao toque retal plicoma anal e pólipóide retal. A colonoscopia evidenciou hemorroidas internas e externas (Grau III) e lesão retal (polipóide, de localização submucosa, medindo 1cm). Foi realizada excisão endoscópica da lesão. O estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico evidenciaram tumor neuroendócrino (Grau I). Após o procedimento a paciente evoluiu bem e foi instituído tratamento clínico para a doença hemorroidária com medidas higienodietéticas, cuidados locais e medicação tópica.

**DISCUSSÃO:** Os tumores neuroendócrinos (TNEs) são originados das células neuroendócrinas, chamadas de células de Kulchitsky no trato digestivo. O TNE de reto é uma patologia rara e bem diferenciada, representando 27% de todos os TNEs gastrointestinais. A composição das células desse tipo de tumor tem características similares àquelas das células endócrinas normais do trato digestivo, expressando marcadores gerais de diferenciação neuroendócrina (usualmente cromogranina A difuso e intenso e sinaptofisina) conforme o sítio de origem, com atipia nuclear leve a moderada e baixo índice mitótico. Cerca de 50% dos pacientes são assintomáticos, no entanto, quando há presença de sinais e sintomas, os principais são: hematoquezias, sintomatologia anorretal (desconforto, tenesmo, dor), dor abdominal, alteração de hábitos intestinais, perda de peso, entre outros. A idade média de diagnóstico é de 54 anos, sendo mais comum entre homens. Aproximadamente metade dos doentes com TNE retais são diagnosticados por endoscopia, sendo esta solicitada devido a queixas clínicas ou por rastreios, portanto, trata-se de um diagnóstico incidental. O tratamento para o tumor que fornece garantia de cura é sua ressecção completa, contudo, na prática clínica, geralmente, opta-se por um algoritmo de tratamento baseado no tamanho tumoral e invasão da camada muscular própria.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico e tratamento de tumores carcinóides retais são desafiadores e continuam sendo uma condição com protocolos e modalidades terapêuticas pouco claros que ainda precisam de melhor avaliação. Com uma abordagem adequada, o prognóstico pode ser favorável, com alta sobrevida.

**CONTATO AUTOR:** FÁBIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO | fkhospital@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102114 – Perineurioma no Cólon Sigmoide: Relato de Caso.

**AUTORES:** Vinícius Claro Moreira (Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá - Santa Catarina - Brasil), Mariana Fantin Neves (Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá - Santa Catarina - Brasil), Marina Lopes de Souza (Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá - Santa Catarina - Brasil), Cíntia Scherer (Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 52 anos, com histórico de dores abdominais em região infra umbilical foi submetida a uma colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal pois possuía história familiar de primeiro grau positiva para esta neoplasia. No exame foi identificada uma lesão plano-elevada subepitelial com coloração amarelada de tamanho aproximado 10-12mm na altura do cólon sigmóide. O resultado da biópsia evidenciou proliferação fusocelular com malignidade indeterminada e imunoistoquímica inconclusiva devido a amostra insuficiente. A paciente também realizou uma Ressonância Magnética que demonstrou presença de líquido livre na pelve. Diante dos resultados foi realizada uma nova colonoscopia com mucosectomia da lesão e posterior análise histopatológica. O laudo histopatológico revelou proliferação fusocelular sem atipias, compatível com perineurioma e o resultado imuno histoquímico avultou positividade para o antígeno epitelial de membrana (EMA) e GLUT1. Os marcadores CD117 (e-kit), CD34, DOG1, Proteína S-100, Desmina, AML (actina de músculo liso) e IA4 apresentaram-se negativos. Diagnóstico conclusivo de perineurioma infiltrativo na mucosa e acometimento superficial da submucosa. A paciente evoluiu sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Perineurioma é um tumor benigno raro da bainha do nervo periférico, o perineuro. Esses tumores são encontrados geralmente em mulheres de meia idade, no cólon sigmóide ou intestino delgado. Se apresentam como uma lesão eremítica, séssil, com delimitação evidente e dimensão variando entre 2-15mm, evidenciando células fusiformes com núcleos alongados e citoplasma eosinofílicos envolto por um estroma de colágeno. A morfologia de lesões com células fusiformes pode compor um tecido não neoplásico, neoplásico maligno e até metastático, sendo imprescindível a realização do estudo imuno-histoquímico. Os marcadores EMA, marcador de Claudina-1 e GLUT-1 estão presentes, em média, em 93% dos casos. Entre os diagnósticos diferenciais do perineurioma, o tumor estromal gastrointestinal (GIST) apresenta particular importância pelo seu potencial de malignização.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante deste relato e frente aos inúmeros diagnósticos diferenciais existentes para uma lesão na mucosa da região retossigmoide, torna-se evidente a importância do perfil imunohistoquímico para a correta distinção entre a benignidade e malignidade da lesão, determinando o manejo e o desfecho clínico do paciente.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS CLARO MOREIRA | [moreiravinicius.cm@gmail.com](mailto:moreiravinicius.cm@gmail.com)

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102134 – CARCINOMA ESPINOCELULAR DE RETO: RELATO DE CASO.

**AUTORES:** Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo de Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Júnior (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mauro Mendes Picolo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Eiji Matuguma (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lila Graziela Bicalho Lopes (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renzo Feitoza Ruiz (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Clarissa Santos Souza (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Roberto Arruda Alves (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Fem, 51 a. Submetida a colonoscopia diagnóstica ambulatorial por queixa de puxo, tenesmo e hematoquezia.

Ao exame foi identificada lesão elevada, avermelhada, endurecida e friável, com pequena ulceração central, medindo cerca de 5 cm de diâmetro em parede lateral direita de reto médio. Realizadas biópsias da lesão.

O exame anatomopatológico evidenciou carcinoma de células escamosas bem diferenciado e superficialmente invasivo na amostra. Estudo imuno-histoquímico subsequente evidenciou expressão de oncoproteína p16ink4a e Ki-67 positivo em cerca de 90% dos núcleos neoplásicos.

Submetida a ressonância magnética de pelve que revelou lesão de 3,5 cm e borda superior abaixo da reflexão peritoneal, estendendo-se à fascia mesorretal, com evidência de 1 linfonodo acometido. (T3cN1). Investigação de metástases à distância se revelou negativa (M0).

Paciente foi submetida a quimioterapia com cisplatina e fluorouracil (2 ciclos) e radioterapia com intensidade modulada (45 Gy pelve + 9 Gy boost), com ressonância de controle após 40 dias revelando lesão com 50% de sinal de fibrose e 50% de tumor residual – TRG3, sem linfonodos acometidos. (Estadimento: yrm T3cN0).

**DISCUSSÃO:** O carcinoma de células escamosas do reto é uma neoplasia extremamente rara com incidência entre 0,002 e 1% dos cânceres colorretais. Pode estar associada a condições inflamatórias crônicas como radiação e colites ou infecções principalmente pelo Papiloma vírus humano (HPV) e esquistossomose. A apresentação se assemelha ao adenocarcinoma com queixa de puxo, tenesmo, hematoquezia e dor abdominal. O tratamento ideal para o CEC retal não está bem estabelecido devido à sua raridade. Historicamente, esses pacientes eram tratados como no adenocarcinoma retal, sendo o tratamento principal a ressecção cirúrgica. No entanto, mais recentemente, várias séries retrospectivas de casos institucionais únicos demonstraram que bons resultados podem ser obtidos usando-se quimiorradioterapia definitiva. Na maior série de 23 pacientes em uma única instituição, a sobrevida global em cinco anos foi de 86%, o controle local foi alcançado em 83% e a taxa de sobrevida livre de colostomia em cinco anos foi de 65%.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Carcinoma Espinocelular de Reto é entidade rara e seu comportamento biológico permanece desconhecido. Relatamos caso de carcinoma espinocelular de reto médio, localmente avançado, tratado com radio e quimioterapia, com regressão parcial da lesão. **CONTATO AUTOR:** LUCAS GIOVINAZZO CASTANHO BARROS | lucasgiovi@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102207 – Apresentação da Paracoccidioidomicose juvenil à colonoscopia

**AUTORES:** Bianca Seixas Gonçalves (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Valéria Ferreira de Almeida e Borges (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Edmar Silva de Araújo Júnior (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Jonathan Ferreira Brito (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Priscila Inocencio Rodrigues Ribeiro (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Clícia Milena dos Santos (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Victor Pereira Chaves (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Lucas Sincinato Silva (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil), Nestor Barbosa de Andrade (Universidade Federal de Uberlândia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 17 a, iniciou com 4 a 6 evacuações aquosas/dia; dor mesogástrica, contínua, intensidade 9 em 10, que a levava ao PS para analgesia; vômitos pós alimentares; hiporexia; astenia e perda de 5 Kg/6m. Negava febre, dispneia, tosse, tabagismo. Ao exame físico massamesogástrica palpável, linfonodomegalia dolorosa, retroauricular, cervical e supramandibular bilaterais, medindo entre 2 a 3 cm, confluyente, móvel, fibroelástica. Ausência de ascite, lesões de pele ou mucosas. Laboratorialmente, constatava-se anemia ferropriva e hipoalbuminemia. À tomografia computadorizada (TC) de abdome, múltiplos nódulos hipodensos ovalados no mesentério e retroperitônio, espessamento ileal, sendo interrogado doença linfoproliferativa. À TC de tórax não havia alterações. À colonoscopia, edema, erosões e úlceras em todos os segmentos do cólon, válvula ileocecal deformada. Anatomopatológico (AP) de linfonodo mostrou linfadenite granulomatosa não caseosa associada a elementos micóticos típicos de Paracoccidioides, confirmados na biópsia colônica. Iniciado anfotericina B lipossomal seguida de itraconazol oral.

**DISCUSSÃO:** A paracoccidioidomicose (PCM) é uma doença fúngica restrita à América Latina. A infecção ocorre em hospedeiros suscetíveis quando conídios aerossolizados são inalados. A forma de apresentação aguda/subaguda (juvenil), responsável por 5-25% dos casos, geralmente é grave, sendo mais comum em crianças e adolescentes. Todo trato gastrointestinal pode ser afetado pela PCM, com maior impacto nos intestinos. Raramente é suspeitada precocemente, com manifestações iniciais inespecíficas, permitindo o diagnóstico diferencial com doenças inflamatórias intestinais (DII), tuberculose e linfomas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A busca no PubMed, utilizando os descritores "Paracoccidioidomycosis" AND "intestinal", retornou 37 resultados. A organização Mundial da Saúde define como "doenças negligenciadas" um conjunto de doenças infecciosas que afetam principalmente populações mais pobres e com acesso limitado aos serviços de saúde, especialmente para aqueles que vivem em áreas rurais. Tecnicamente, a PCM se encaixaria nesta definição, embora não apareça nesta lista da OMS. Maior conhecimento do assunto poderá trazer um efeito na sociedade, considerando se tratar de uma doença pouco divulgada, a se basear pelo número de publicações indexadas.

A PCM juvenil, em sua apresentação endoscópica, faz parte do diagnóstico diferencial de DII e em áreas endêmicas e deve ser excluída antes do início da terapia imunossupressora.

**CONTATO AUTOR:** BIANCA SEIXAS GONÇALVES | biseixas@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102214 – Tratamento endoscópico no câncer de cólon inicial - Doença pT1

**AUTORES:** Bruna Menezes Gomes (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ana Karoline Rossetto Amaral (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Katia Regina Marchetti (Hospital Sírio Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 62 anos, previamente hígido, realizou colonoscopia de rotina que evidenciou uma lesão pediculada em cólon descendente de 50 mm, sendo submetido a ressecção em fragmentos da lesão via endoscopia. O anatomopatológico evidenciou Adenocarcinoma moderadamente diferenciado com áreas mucinosas com infiltração na camada submucosa de 2.500 µm, Haggitt nível 3 e margem livre.

**DISCUSSÃO:** Pólipos sésseis malignos (doença inicial - pT1) têm um potencial importante de metástase linfonodal correspondente a cerca de 8,5-16,1% com risco de desenvolvimento de doença avançada de 0,6%. O tratamento endoscópico é uma possibilidade terapêutica sendo realizado por polipectomia, ressecção endoscópica da mucosa ou dissecação endoscópica da submucosa. Diante do risco de metástases linfonodais, após a ressecção endoscópica deve-se avaliar o nível de invasão tumoral em pólipos pediculados (classificação de Haggitt), bem como a profundidade da invasão de submucosa, o grau histológico e a margem da ressecção.

Um estudo retrospectivo demonstrou que pólipos Haggitt nível 1 apresentaram risco de 0% de metástases linfonodais e 6,2% nos nível 3. Já com relação a profundidade de invasão da submucosa, vários estudos demonstraram que invasão > 1.000 µm está associada a maior risco de metástases linfonodais: meta-análise com odds ratio (OR) de 3,87 (IC 1,50-10,0, p = 0,005) e meta-análise com risco relativo de 5,2 (95% IC 1,8-15,4).

Com relação ao grau histológico, lesões pouco diferenciadas apresentam risco maior de metástases linfonodais quando comparado com bem e moderadamente diferenciadas (OR 5,60; IC 95%; 2,90-10,82; p < 0,00001). Quanto à margem de ressecção, margem < 1 mm está associada a um risco de 21-33% de recidiva de doença.

Retornando ao caso clínico, devido à ressecção fragmentada, à histologia moderadamente diferenciada e à infiltração de submucosa de 2.500 µm, foi indicado colectomia esquerda e linfadenectomia, cujo anatomopatológico não evidenciou malignidade. Paciente atualmente em seguimento sem evidência de doença.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento endoscópico é uma opção de tratamento curativo em pacientes com pólipos sésseis malignos. O procedimento deve ser realizado por um profissional gabaritado e com retirada da lesão íntegra. Após a ressecção, deve-se avaliar a necessidade de complementação cirúrgica através do Haggitt, da profundidade da invasão de submucosa, do grau histológico e da margem da ressecção.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA MENEZES GOMES | brunamegomes@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102224 – SÍNDROME PÓS POLIPECTOMIA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Ana Carolina Cunha Leal (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Guilherme Rodrigues Oliveira (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), José Miguel da Silva Maciel Júnior (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Hugo Assis Martins da Costa (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Tayna Ise Marinato (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Octávio Araújo Rodrigues Lima (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil), Alex Augusto Silva (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 39 anos, hipertenso, diabético tipo 2, obeso e com histórico familiar de câncer de cólon. Referiu que há 2 anos iniciou quadro de enterorragia, juntamente com dor abdominal em cólica difusa. Relatou piora do quadro clínico há 4 meses, mas sem perda ponderal. Foi submetido a colonoscopia, que identificou pólipos pediculados gigantes, com sinais de sangramento, há 30cm da borda anal. Indicada polipectomia colonoscópica (PC). O anatomopatológico constatou adenoma viloso com displasia de baixo grau e margens de ressecção livres. Após 2 dias da excisão, iniciou quadro de dor abdominal intensa. O paciente negou evacuações após o procedimento, mas relatou presença de flatos, apetite preservado e ausência de febre. Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste, a qual evidenciou edema de alça na topografia da polipectomia, sem sinais de pneumoperitônio. Paciente foi diagnosticado com síndrome pós-polipectomia (SPP) e submetido a cuidados clínicos, com melhora significativa da dor abdominal e com eliminações fisiológicas presentes, recebendo alta após 1 dia do início dos sintomas.

**DISCUSSÃO:** A PC reduz a incidência de carcinoma colorretal em aproximadamente 80%. É um procedimento com relativa segurança, porém, pode estar associado a complicações graves, como a SPP, perfurações e sangramentos. A SPP é caracterizada pelo desenvolvimento de dor abdominal, febre, leucocitose e inflamação peritoneal na ausência de perfuração visualizada por TC, que ocorre após PC com eletrocoagulação, como encontrado nesse paciente. A etiopatogenia inclui a queimação transmural, sem perfuração, devido à corrente elétrica durante a PC. Estudos estimaram que a incidência de SPP em pacientes submetidos à PC variou de 0,5-1,2%, tendo como fatores de risco para seu desenvolvimento a hipertensão arterial e a retirada de grandes lesões, características encontradas no paciente em questão. O diagnóstico da SPP é de grande importância, já que evita uma laparotomia exploratória desnecessária, e envolve o histórico recente de PC, os sinais clínicos e laboratoriais, e a ausência de perfuração na TC. O tratamento da SPP é conservador na maioria dos casos, e consiste em jejum e uso de antibióticos, tendo um bom prognóstico, assim como visto nesse relato de caso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A SPP tem uma baixa incidência, porém, deve ser lembrada como diferencial em pacientes com dor abdominal após PC para que se evite reoperações desnecessárias.

**CONTATO AUTOR:** ANA CAROLINA CUNHA LEAL | anacarolinacunhaleal@gmail.com



## Endoscopia - Colonoscopia

### 102243 – Enterorragia volumosa como manifestação clínica de Tuberculose Miliar

**AUTORES:** Vinicius Eduardo Nascimento Lemos Campos (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Andre Luiz Bassani (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Ricardo Pavanatto Cavassola (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Alexandre Luis Klamt (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ismael Maguilnik (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 73 anos, com antecedentes de Artrite Reumatóide, Hipertensão, Tabagismo, Doença Renal Crônica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral. História de internação em 2017 por anemia, na qual foi realizada Colonoscopia, que demonstrou pandiverticulose e lesão de espalhamento lateral no reto, que foi retirada por mucosectomia (Adenoma Vilotubular com displasia de baixo grau). Usuário de Aspirina e Prednisona. Veio à emergência com queixas de dispnéia, mialgia, febre e perda de peso iniciados na última semana. Os exames mostraram uma anemia leve, leucocitose com neutrofilia, aumento importante de Proteína C Reativa e teste para SarsCov-2 negativo. O raio-x de tórax demonstrou disseminação miliar, presumivelmente infecciosa granulomatosa. O doente evoluiu com episódios de enterorragia com queda progressiva de hemoglobina e hipotensão. Realizada colonoscopia, que mostrou úlceras ileais profundas e extensas, com porejamento de sangue, entremeadas com mucosa de aspecto normal. No cólon, observou-se divertículos em todos os segmentos examinados, sem sinais de sangramento. O exame anatomo patológico revelou Ileíte crônica e aguda ulcerada, com granuloma, sem necrose. Pesquisa de BAAR positivo. O paciente evoluiu com novos sangramentos digestivos com hipotensão refratária, sendo admitido em Centro de Terapia Intensiva e evolução para óbito a despeito de medidas invasivas como uso de drogas vasoativas e intubação orotraqueal.

**DISCUSSÃO:** A tuberculose intestinal se apresenta endoscopicamente com envolvimento da válvula ileocecal na maioria dos pacientes (85%). A detecção histológica de granulomas tem aproximadamente 80% de especificidade e acurácia em torno de 50%. Dor abdominal, diarreia, perda de peso e febre são os sintomas mais comuns. Sangramento gastrointestinal baixo ocorre em 5 a 15% dos pacientes, com enterorragia volumosa sendo extremamente rara.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso apresentado demonstrou-se um paciente com quadro de enterorragia grave como manifestação clínica proeminente de Tuberculose Miliar. Salienta-se a importância de realizar o diagnóstico precoce e da consideração do diagnóstico diferencial diante de quadro clínico/endoscópico compatível.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS EDUARDO DO NASCIMENTO DE LEMOS CAMPOS | [vinieducampos@gmail.com](mailto:vinieducampos@gmail.com)

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102277 – RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO EM DIVERTÍCULO DE SIGMOIDE

**AUTORES:** KARINNE SOARES ISAAC (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), MIRELA REBOUÇAS FERNANDES DE LIMA (HUGOL - GOIANIA - Goiás - Brasil), THALITA DA COSTA MARGARIDA (HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), AMERICO DE OLIVEIRA SILVERIO (HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), ISABELLE PINA DE ARAUJO (HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), NATHALIA CARVALHO FERNANDES (HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), FANNY GONÇALVES MORAIS LEITE (HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - GOIANIA - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 73 anos, queixa de dor abdominal em mesogástrio e andar inferior de abdome há cerca de 11 meses, com piora progressiva. Sem vômito e febre. Realizou colonoscopia em 28/10/2020 com 'divertículos em sigmoide e à 40 cm da margem anal presença de secreção purulenta drenando de orifício diverticular (diverticulite aguda?)', realizou tratamento de diverticulite, sem melhora. Nova colonoscopia em 11/08/21 com 'divertículos e corpo estranho transfixado em divertículo de sigmoide, em suas duas extremidades, associado a processo inflamatório local, realizado tentativa de mobiliza-lo, sem sucesso, devido risco de perfuração, foi encaminhado ao Hospital de urgências. Realizou tomografia de abdome em 11/08/21 que mostrou 'imagem hiperdensa alongada, com até 3,5 cm situado no cólon sigmoide, sugestivo de espinha de peixe. A imagem se insinua para a mucosa anterior, onde se observa indefinição parietal e densificação da gordura mesentérica adjacente. Optado por terapêutica endoscópica em 12/08/21 com retirada de corpo estranho (fragmento de osso de frango), 3,7 cm, em sigmoide, com orifício puntiforme em local de retirada. Após realizado tomografia de abdome para avaliação de possíveis complicações: 'Ausência de imagem que estava situado no sigmoide. Permanece espessamento parietal segmentar do sigmoide próximo ao local onde se encontrava o corpo estranho e discreta densificação dos planos adiposos adjacentes '. Paciente teve alta após 24 horas com melhora da dor abdominal, sem febre e boa aceitação de dieta Via Oral.

**DISCUSSÃO:** A deglutição acidental de um corpo estranho alimentar é frequente, mas as complicações são incomuns. Em 1% dos casos ocorre perfuração, os corpos estranhos alongados e pontiagudos (palito de dente, espinha de peixe e osso de galinha) são os que estão mais associados. O diagnóstico, geralmente, é tardio e a ingestão do corpo estranho não é relatada pelo paciente. Tratamento endoscópico vs cirúrgico vai depender da presença de complicações (perfurações, abscesso, fístulas), tende a ser conservador (endoscópico).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso destaca-se pela localização do corpo estranho dentro do divertículo, com diagnóstico tardio pela colonoscopia, com primeiro exame sugerindo diverticulite, mas sem evidenciar corpo estranho, e em segunda colonoscopia identificado corpo estranho. A Tomografia contribuiu para avaliação de complicações e orientar com segurança o tratamento endoscópico, garantindo sucesso do procedimento e melhora clínica do paciente.

**CONTATO AUTOR:** KARINNE SOARES ISAAC | karinneisaac@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102300 – PÓLIPO INFLAMATÓRIO CLOACOGÊNICO: UMA RARA CAUSA DE SANGRAMENTO RETAL

**AUTORES:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RICARDO CASTEJON NASCIMENTO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), ROBERTO MOTTA PEREIRA (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), WALTON ALBUQUERQUE (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RENATA FIGUEIREDO ROCHA (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RODRIGO ALBUQUERQUE CARREIRO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentamos um caso de um pólipó inflamatório cloacogênico identificado a partir de exame de videocolonoscopia em paciente do sexo feminino, de 84 anos com queixa de hematoquezia e história clínica de prolapso retal. Não havia relato de história familiar de câncer colorretal ou pólipos cólicos. Como comorbidades, registro de hipertensão arterial sistêmica com uso regular exclusivo de medicamentos anti-hipertensivos. Identificada lesão polipoide subpediculada de aproximadamente 15mm, próxima a borda anal. Realizada polipectomia no momento do diagnóstico com alça térmica, sem intercorrências. Análise anatomopatológica mostrou alterações na membrana retal com erosões superficiais recobertas por fibrina e diagnóstico compatível com pólipó inflamatório cloacogênico.

**DISCUSSÃO:** Pólipos cloacogênicos são um tipo raro de pólipos inflamatórios, na maior parte das vezes, com curso benigno, normalmente associados a clínica de hemorragia digestiva baixa. Sua fisiopatologia mostra injúria no epitélio próximo à transição do canal anal e reto baixo e associam-se condições como doenças inflamatórias intestinais, hemorroidas internas, prolapso retal e tumores.

Verifica-se predomínio no sexo feminino, da infância até a quarta ou sexta década de vida. O diagnóstico é realizado a partir da videocolonoscopia com biópsia, onde normalmente visualizamos pólipos sésseis, com tamanho entre 1 a 5 centímetros, mais comumente na parede anterior do canal anal. A análise histopatológica mostra superfície erodida, atipia reativa e alterações hiperplásicas com ramificação irregular nas glândulas e tecido de granulação.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Na literatura, existem registros de associação entre esse tipo de pólipó e carcinoma escamocelular, bem como presença de displasia após análise histopatológica e associação com papiloma vírus (HPV). Além disso, os pólipos cloacogênicos podem ser a primeira manifestação da doença de Crohn. Assim, é importante termos em mente a existência desse tipo de lesão que, apesar de rara, possui potencial maligno, sendo indicada terapêutica endoscópica, sempre que possível, bem como extensão propedêutica para investigação e manejo de condições clínicas associadas.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO | bruna.h.figueiredo@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102389 – Metástase em cólon de neoplasia de mama, relato de um caso

**AUTORES:** Ana Luisa Vieira Rodrigues Queiroz (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Casotti Pereira Posses (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Utimura Sueta (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Toledo Mota (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jamile Kelly Nascimento Soares (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Izabella Pontes Bruno Belsito (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Luz Carvalho (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 67 anos, realiza colonoscopia eletiva devido constipação e para de rastreio de neoplasia colorretal que visualizou múltiplas lesões plano-elevadas, de tamanhos variados por todo o cólon, algumas com superfície lisa, outros com superfície bocelada e endurecidas ao toque do aparelho. Realizadas biópias para elucidação diagnóstica que evidenciaram inicialmente colite crônica de leve intensidade e leve atividade inflamatória. Posteriormente, a paciente realizou ultrassonografia mamária para rastreio de neoplasia de mama que visualizou nódulo espiculado medindo 0,7x1,1x1,3 cm a direita – classificação BI-RADS 5. Devido nódulo em mama, foi realizada sua biópsia que foi sugestiva de carcinoma mamário invasivo. Diante neoplasia de mama e lesões colônicas, foi optado por realização de nova colonoscopia. No exame endoscópico foi observado no cólon ascendente lesões plano-elevadas irregulares de consistência endurecida de diversos tamanhos, algumas medindo até 40 mm e uma lesão no reto, a 9 cm da borda anal, medindo 10 mm, que foram biopsiadas. O anatomopatológico dessas lesões evidenciou neoplasia maligna de células epitelioides sugestivo de metástase de neoplasia de mama. A paciente foi encaminhada para oncologia para seguimento.

**DISCUSSÃO:** As metástases para trato gastrointestinal de neoplasias de mama são muito raras. Os cânceres lobulares invasivos têm uma maior propensão a metastizar para o trato gastrointestinal em comparação com outros tipos histológicos, assim como os cânceres positivos para receptores hormonais. Os locais mais comuns de metástases gastrointestinais de câncer de mama são o estômago e o cólon, enquanto as metástases no esôfago e no intestino delgado podem ocorrer, mas são ainda mais raras.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As metástases gastrointestinais do câncer de mama podem ocorrer muitos anos após o diagnóstico inicial e algumas podem responder à quimioterapia e terapia endócrina. Dessa forma, pacientes com sintomas gastrointestinais inexplicáveis devem ser encaminhados à gastroenterologia para avaliação do trato gastrointestinal e devem ser realizadas biópias de lesões suspeitas vistos nos exames endoscópicos para diagnóstico diferencial.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUISA VIEIRA RODRIGUES DE QUEIROZ | [aninhavrq@hotmail.com](mailto:aninhavrq@hotmail.com)

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102468 – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LIPOMA DE CÓLON TRANSVERSO - RELATO DE CASO

**AUTORES:** Fábio Kenedy Almeida Trigueiro (Hospital Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lucas Lobo Trigueiro (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Luana Honorato Gomes (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Ana Clara Amorim Noronha (Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Lorena Barbosa de Arruda (Centro Universitário Unifacisa - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Aryana Marques da Nóbrega Ayres (Faculdade de Medicina Nova Esperança - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, com 60 anos de idade, referindo quadro de dor abdominal crônica no mesogástrio, além de pirose, mal estar, náuseas e constipação intestinal. Relata antecedente cirúrgico de hieniorrafia umbilical e colecistectomia, e, ao exame físico, apresenta abdômen dolorido na região do mesogástrio, com toque retal sem alterações. Assim, realizou-se endoscopia digestiva alta e colonoscopia, as quais evidenciaram, respectivamente, gastrite erosiva e lesão polipoide no cólon transverso (medindo 3,0 cm, amolecida, amarelada, superfície lisa e depressível). Logo, fez-se a polipectomia da lesão (com injeção prévia de solução hipertônica de adrenalina), posteriormente caracterizada, através do estudo anatomopatológico, como lipoma colônico submucoso. Depois do procedimento, a paciente evoluiu bem, sendo instituído então o tratamento clínico para a gastrite, pautado nas medidas higienodietéticas e no inibidor da bomba de próton.

**DISCUSSÃO:** Os lipomas do cólon consistem em neoplasias benignas não epiteliais, raramente delimitados por uma capsula fibrosa, que representam 1,8% dos tumores benignos do cólon, frequentemente acometendo mulheres na faixa dos 70 anos. Estes podem ser sésseis ou pediculados, atingir a submucosa, a mucosa ou a subserosa, e ocorrer em todo o trato intestinal, sendo mais comuns no ceco e no cólon direito. Geralmente são assintomáticos, porém, caso maiores que 2 cm, desencadeiam dor abdominal, oclusão intestinal (devido à intussuscepção), alterações no hábito intestinal e hematoquezia. O diagnóstico do lipoma colônico se dá por meio dos exames clínico, proctológico e colonoscópico, além do uso de imagens (ultrassom e tomografia de abdômen), com posterior confirmação pelo estudo histopatológico do espécime cirúrgico. Seu tratamento depende da localização, dos sintomas e do tamanho do lipoma; lesões menores que 2 cm são tratadas por ressecção endoscópica, junto com a ultrassonografia endoscópica (a fim de minimizar os riscos de perfuração), enquanto o tratamento cirúrgico é recomendado para lesões maiores que 2 cm.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O lipoma colônico figura uma patologia de difícil diagnóstico, tendo em vista seu caráter amiúde assintomático, e apresenta opções terapêuticas variáveis, as quais dependem do tamanho do pólipom em questão. A polipectomia se mostrou eficaz e sem agravos no tratamento da lesão apresentada.

**CONTATO AUTOR:** FÁBIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO | fkhospital@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102487 – SUBOCLUSÃO INTESTINAL POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM NEOPLASIA DE CÓLON E SEU DESFECHO SEM ABORDAGEM CIRURGICA

**AUTORES:** Luiz Guilherme Parma Caputo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Lucas Parma Caputo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Luiz Felipe Parma Caputo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Leticia Brito Del Picchia Faria (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Marina De Oliveira Verissimo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Luiz Fernando Caputo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminino, 60 anos, tabagista de longa data, apresenta dor abdominal em cólica há 2 meses associada a distensão abdominal, emagrecimento e hiporexia.

**TOMOGRAFIA:** Espessamento parietal do ceco e cólon ascendente com significativa redução luminal de suspeita neoplásica.

**COLONOSCOPIA:** Lesão infiltrante de aproximadamente 25 mm em cólon ascendente, ulcerada, friável, obstruindo grande parte da luz intestinal e impedindo a passagem do aparelho.

**BIOPSIA:** Processo inflamatório crônico e agudo intensos, com granulomas epitelioides e numerosas estruturas fúngicas ovaladas, compatíveis com Paracoccidiodomicose.

**DISCUSSÃO:** A paracoccidiodomicose (PCM) é uma doença fúngica sistêmica rara acometendo 0,71 a 3,70 em 100.000 habitantes. Causada por fungos termodimórficos de duas espécies: Paracoccidoides brasilienses e Paracoccidoides lutzii. Por não ser doença de notificação compulsória, é subnotificada. É uma doença multissistêmica que pode aparecer em qualquer órgão ou sistema, pulmão em 90% das vezes, sendo comum na pele e em via digestiva superior. Pode manifestar com diversas formas clínicas, os principais fatores de risco podem contribuir para chegar ao diagnóstico. O padrão ouro é a detecção do fungo em um exame a fresco após coleta de material no sítio acometido. A paracoccidiodomicose pode acometer qualquer órgão ou sistema e apresenta achados clínicos cuja variedade dificulta sua classificação. A forma crônica, com 74-96% de prevalência, acomete adultos entre 30 a 60 anos de idade, predominando no sexo masculino. Se instala de forma lenta com “picos” de sintomas e apresenta evolução indefinida com gravidade variável. O acometimento do pulmão esta presente em 90% das infecções, podendo também acometer vias aerodigestivas superiores e pele. A internação pela doença nem sempre é indicada, avaliando principalmente a estabilidade clínica, complicações e comorbidades prévias do paciente. O tratamento consiste basicamente na administração de antifúngicos, sendo recomendado Itraconazol ou Anfotericina B. O fungo apresenta baixa resistência a esse tipo de medicação, em geral, com boa resposta ao tratamento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato de caso acima tem o objetivo de evidenciar um caso raro e com um grande desfecho ao tratamento clínico, principalmente quando se teve uma suspeita de neoplasia. Destaca-se a resolução de uma semiocclusão intestinal sem abordagem cirúrgica e notável regressão da doença.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ GUILHERME PARMA CAPUTO | lguilhermepc@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102491 – VOLVO DE SIGMOIDE: UMA ROTAÇÃO EM SEU PRÓPRIO EIXO RESOLVIDA POR COLONOSCOPIA.

**AUTORES:** Luiz Guilherme Parma Caputo (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Otavio Augusto S R Ribeiro (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Yuri De Oliveira Miranda (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Luciana B Bitencurt Carvalho (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Eliseu Gabriel Santos Lima (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil), Marcos Augusto Carvalho (Hospital Santa Isabel - Ubá - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** 88 anos, masculino, branco, encaminhado ao hospital devido a quadro de dor abdominal difusa há 48 horas associada a parada de eliminação de fezes e flatos e piora progressiva.

**TOMOGRAFIA:** Distensão difusa do intestino delgado, intestino grosso até cólon descendente. A reconstrução em 3D confirma rotação do sigmoide em seu próprio eixo, com ausência de conteúdo entérico após ponto de obstrução. Não identificada imagem em “Grão de café” como habitual de um volvo de sigmoide.

**DISCUSSÃO:** O volvo colônico é responsável por até 50% das causas de abdome agudo obstrutivo podendo apresentar-se em variadas topografias do cólon, sendo o volvo de sigmoide a apresentação mais comum em pacientes com idade variando entre quarta a sexta décadas de vida, tendendo a ser mais tardio em países desenvolvidos. Por abranger pacientes desta faixa de idade, muitos podem apresentar comorbidades associadas, e que, por vezes, impossibilitam a intervenção cirúrgica tradicional devido ao elevado risco de mortalidade deste grupo, tornando a intervenção colonoscópica uma opção de primeira escolha em alguns hospitais. No caso acima, foi tentado uma colonoscopia descompressiva, a qual se obteve sucesso. Foi realizada gradual insuflação após passagem do aparelho até o ponto de obstrução, notando-se assim a rotação contrária e logo desobstrução. Após movimentação total, houve êxito na passagem do aparelho, não sendo necessário nenhum procedimento cirúrgico de urgência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O colonoscópio flexível representa uma ótima opção de intervenção primária no volvo de sigmoide, visto que é capaz de promover a distorção, análise da mucosa do cólon com diagnóstico de possíveis lesões associadas. Neste caso, destaca-se uma rotação incomum do sigmoide em seu próprio eixo, no qual também obteve sucesso com a colonoscopia descompressiva. Em um hospital de médio porte, isso foi resolutivo e reduziu a taxa de morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ GUILHERME PARMA CAPUTO | lguilhermepc@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104224 – Lesão de Dieulafoy em Canal Anal: Relato de caso

**AUTORES:** Breno Alves Ferreira Meneguzzi (Hospital PUC-Campinas - campinas - São Paulo - Brasil), Marcelo Jacques Segal (Hospital PUC-Campinas - campinas - São Paulo - Brasil), Marcelo Castioni Santiago (Hospital da PUC-Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Ana Carina Feres Moreira (Hospital da PUC-Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil)

#### APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente do sexo feminino, 70 anos, hipertensa e anêmica crônica de base, sem etiologia definida, buscou atendimento por quadro de enterorragia volumosa necessitando de transfusão de hemocomponentes. Foi submetida a endoscopia digestiva alta e colonoscopia longa com preparo, ambas negativas para sangramento em todo trajeto. Solicitada tomografia computadorizada de Abdome com contraste endovenoso para elucidação do foco de sangramento. O exame evidenciou espessamento parietal heterogêneo no reto. Devida a melhora do quadro foi, então, solicitada uma retossigmoidoscopia flexível para estudo do canal anal. O exame foi realizado encontrando sangue vivo e coágulos na luz do reto. Progrediram para cólon descendente onde localizaram fezes formadas com resíduos hemáticos. Retornaram ao canal anal, junto a linha pectínea, notando-se pequena lesão elevada de três milímetros de extensão (figura 2), com coágulo aderido na sua porção apical. Após remoção do coágulo, notaram tratar de estrutura cujo aspecto se assemelhava a coto vascular por um possível vaso anômalo compatível com lesão de Dieulafoy. Realizada hemostasia com eletrocoagulador de plasma de Argônio, com bom aspecto. Paciente evolui estável do quadro hematimétrico, recebendo alta em bom estado geral.

**DISCUSSÃO:** A lesão de Dieulafoy (LD) é um sangramento do trato digestivo grave, que demanda internação hospitalar. São caracterizados por lesões vasculares vistas como artérias ou veias calibrosas da submucosa que se insinuam para mucosa sem alteração adjacente da superfície. A paciente chegou a apresentar hemoglobina de 5,1g/dL (normal de 11,6-14,) sendo necessária transfusão sanguínea. Não se é de costume o uso da tomografia para diagnóstico de LD, porém em casos de topografia colorretal passa a ter maior acurácia. Nesse caso foi optado pela retossigmoidoscopia flexível pela topografia vista na Tomografia Computadorizada.

Os tratamentos endoscópicos para LD descritos são vários, inclusive com boa acurácia, incluindo hemostasia com adrenalina; plasma de argônio; bandas hemostáticas, inclusive em terapia dupla. A angioembolização e ressecção cirúrgica do seguimento acometido também passam a ser alternativas no tratamento se falha endoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em conclusão, a LD pode ser ameaçadora para a vida e a necessidade de exames como a endoscopia e a tomografia computadorizada bem como a estrutura hospitalar para internação e tratamento desses doentes tornam-se fundamentais para melhores desfechos.

**CONTATO AUTOR:** BRENO MENEGUZZI ALVES FERREIRA | bmeneguzzi@yahoo.com



## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104240 – RELATO DE CASO – MUCOSECTOMIA UNDERWATER DE RECIDIVA TARDIA APÓS RESSECÇÃO UNDERWATER PRÉVIA EM CÓLON

**AUTORES:** Caio Almeida Perez (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luciano Lenz (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Mochate Flor (ICESP - Sao paulo - São Paulo - Brasil), Marina Tucci Gammara Baldavira Ferreira (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), John Alexander Guacho Lata (ICESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Renata Nobre Moura (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Sebastian Geiger (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Simas Lima (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Andrade de Paulo (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Fabio Shiguehissa Kawaguti (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (ICESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Caterina Maria Pia Simioni Pennacchi (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Carla Cristina Gusmon de Oliveira (ICESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno da Costa Martins (ICESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Adriana Vaz Safatle Ribeiro (ICESP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Fauze Maluf-Filho (ICESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, submetido à colonoscopia de rastreamento para câncer colorretal, com identificação de uma lesão de crescimento lateral (LST) medindo 20mm em cólon transverso, com superfície granular homogênea, melhor delimitada após cromoscopia com índigo-carmin 0,4%. Realizada ressecção por mucosectomia underwater, em dois fragmentos, sem intercorrências. Feita tatuagem submucosa com tinta Nanquim distal à lesão para facilitar a identificação do sítio de ressecção nos exames de seguimento. O estudo anatomopatológico veio compatível com adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau, não sendo possível avaliação das margens.

Na colonoscopia de controle em seis meses, foi identificada cicatriz esbranquiçada medindo 8mm, com retração de pregas. Realizada cromoscopia com Narrow-Band Imaging(NBI) e índigo-carmin 0,4%, e posteriormente biópsias sem evidência de lesões residuais.

Após três anos, o paciente foi submetido à nova colonoscopia de seguimento, sendo evidenciada lesão sésil medindo 7mm sobre a retração cicatricial, compatível com recidiva local tardia. Realizada novamente ressecção underwater com alça diatérmica, com remoção completa da lesão em fragmento único. Ao estudo anatomopatológico, observou-se um adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau com margens de ressecção livres, em concordância com o estudo histológico prévio e corroborando o diagnóstico de recidiva tardia, tratada com sucesso.

**DISCUSSÃO:** A técnica de mucosectomia sob imersão d'água é uma técnica segura e eficaz para o tratamento de lesões sésseis e planas do cólon, com baixo índice de recidiva. Este é um caso peculiar de recidiva tardia (após 3 anos) e após um controle negativo (em 6 meses, com exame detalhado e inclusive com biópsias do leito) após ressecção subaquática e novamente ressecada com a técnica underwater. A escolha desta modalidade se deu principalmente devido à localização da mesma sobre a retração cicatricial, o que dificultaria ou, até mesmo, inviabilizaria a elevação da lesão com injeção submucosa para realização da mucosectomia convencional.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar da recidiva pós mucosectomia underwater provavelmente ser mais rara que com a técnica convencional, ela pode ocorrer até mesmo após um longo período. Entretanto a mesma técnica pode ser empregada com sucesso nos casos de lesões residuais.

**CONTATO AUTOR:** LUCIANO LENZ | luciano88lenz@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104250 – Relato de Caso: Colite isquêmica não oclusiva

**AUTORES:** Livia Maria Pacelli Marcon (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Degiovani (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Trentini (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Teófilo Galvão Mendonça (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente U.V.Z.T, 41 anos, sexo feminino, previamente hígida, admitida em pronto atendimento com lombalgia, dor abdominal, diarreia sanguinolenta e vômitos. Ao exame, apresentava aumento dos ruídos hidroaéreos e dor abdominal a palpação em flanco esquerdo e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Ao toque retal, ausência de sinais de sangramento. Submetida a tomografia de abdome que demonstrou espessamento de cólon descendente e sigmoide, com redução da luz desses segmentos cólicos. Na colonoscopia, observou-se no sigmoide e descendente discreto estreitamento da luz, com mucosa edemaciada, presença de erosões e úlceras rasas com bordas definidas e recobertas por fibrina tênue, entre 5 e 15 mm no maior eixo. Realizadas biópsias dessas lesões que indicaram erosões de mucosa cólica com padrão isquêmico, sem etiologia específica e testes sorológicos negativos.

**DISCUSSÃO:** Isquemia cólica caracteriza-se pela interrupção do fluxo sanguíneo no cólon ou parte dele, sendo mais prevalente em jovens do sexo feminino e causadas por doenças arteriovenosas, como oclusão arterial aguda e trombose venosa, além de hipoperfusão. Alguns fatores de risco estão associados a esse quadro, como: estados de hipercoagulabilidade, infarto agudo do miocárdio, trombofilia, hemodiálise, mal formações arteriovenosas, exercícios físicos extenuantes, uso de anticoncepcionais orais, metanfetaminas, vasoconstrictores nasais. A colite isquêmica pode apresentar-se clinicamente com dor abdominal e diarreia sanguinolenta na fase inicial ou hiperativa. A segunda fase, denominada paralítica, mantém o quadro de dor, evoluindo com distensão abdominal e redução dos ruídos hidroaéreos. E por último, a fase de choque, secundária a necrose e perfuração do cólon.

Isquemia colônica não oclusiva é a forma mais comum, acomete principalmente ângulo esquerdo do cólon e transição retossigmoide de forma transitória ou prolongada (tempo superior a 8 horas), podendo acarretar em infarto transmural do cólon. O diagnóstico é realizado a partir do quadro clínico, exames laboratoriais, exames de imagem (tomografia computadorizada, arteriografia e colonoscopia) e exame histopatológico. O tratamento é direcionado pelo quadro clínico, podendo ser conservador ou cirúrgico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico precoce da colite isquêmica e de sua possível etiologia, permite direcionar o tratamento e reduzir a morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** LIVIA MARIA PACELLI MARCON | liviampacellim@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104363 – TÍTULO: RETIRADA DE GOSSIPIBOMA POR COLONOSCOPIA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Raquel Santana Ramos Oliveira Fittipaldi (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Erb Gama Cambrinha Monteiro (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Julyanne Luize de Lima Rios Castro (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Gustavo Santos de Carvalho (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Airton Costa Madureira (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), José Luiz de Figueiredo (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Thiago Guimarães Vilaça (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Marcos Paulo Gomes de Mattos (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Gustavo José Carneiro Leão Filho (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** C.M.C.D, 43 anos, histórico de histerectomia há cerca de 6 meses, admitida no contexto de dor abdominal em hospital terciário da região metropolitana de Recife-PE. Submetida à tomografia de abdome total, sendo evidenciada formação expansiva, exofítica, de contornos bem definidos ocupando parcialmente a luz do sigmoide, sugestiva de gossipiboma. Optado pela realização de colonoscopia que evidenciou a presença de corpo estranho arredondado de limites bem definidos, medindo cerca de 12 cm em seu maior eixo, com aspecto semelhante a matriz têxtil entremeada por restos fecais. Realizado apreensão do mesmo com auxílio de alça de polipectomia e posterior retirada através do orifício anal, sendo então identificado material compatível com compressa cirúrgica, utilizada em ato cirúrgico prévio. Após o procedimento, a paciente evoluiu com boas condições clínicas, recebendo alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** Gossipiboma é uma massa de algodão (compressa, gaze) dentro do corpo deixada acidentalmente durante um procedimento cirúrgico. Os procedimentos cirúrgicos mais relacionados a esse achado são colecistectomia, histerectomia e cesárea, principalmente em situações de urgência, cirurgias em pacientes obesos ou necessidade de modificação de plano cirúrgico durante o procedimento. O corpo estranho induz uma resposta inflamatória levando a complicações locais. É assintomático em um terço dos casos, mas pode ter apresentações clínicas variáveis. Quando sintomático, poderá apresentar-se como obstrução, peritonite, aderências ou fístulas no trato gastrointestinal, mimetizando situações como abscessos e tumores. O diagnóstico por imagem é inespecífico sendo frequentemente necessária abordagem cirúrgica. A abordagem endoscópica foi utilizada nesse contexto pois havia migração completa do corpo estranho para luz do cólon, na ausência de fístulas ou perfurações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Gossipiboma é uma entidade rara de diagnóstico desafiador, mas pode levar a complicações no trato gastrointestinal. O diagnóstico por imagem é inespecífico e muitos necessitam de abordagem cirúrgica. Neste caso foi identificado gossipiboma no cólon com tentativa de retirada por colonoscopia com sucesso após identificado corpo estranho inteiramente migrado para luz do órgão.

**CONTATO AUTOR:** RAQUEL SANTANA RAMOS OLIVEIRA FITTIPALDI | sro.raquel@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104390 – Tumor de células granulares de reto distal: relato de caso

**AUTORES:** Mariel Quadros Zimmermann (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Julia Teston (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Amanda Medeiros Recuero (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernanda Corrêa Pinto (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 56 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, realiza colonoscopia de rastreamento. Evidenciou-se, em reto distal, lesão polipóide sessil, de coloração amarelo-acinzentada, recoberta por mucosa de aspecto preservado, firme ao toque da pinça, medindo cerca de 08 mm, de aspecto subepitelial. Optou-se pela realização de mucosectomia, procedendo-se a ressecção em monobloco. O anátomo-patológico descreveu mucosa retal com discreto edema, com proliferação de células fusiformes em lâmina própria, com feixes entrecruzados, sem atipias ou mitoses significativas. A imunohistoquímica apresentou positividade para a proteína S100 e negatividade para actina de músculo liso, desmina e CD117. O diagnóstico foi de tumor de células granulares de reto. Na colonoscopia de revisão 6 meses após, o sítio de ressecção endoscópica não apresentou sinais de lesão à luz branca e cromoscopia eletrônica, sendo optado por biópsias do local, as quais não evidenciaram lesões residuais.

**DISCUSSÃO:** O tumor de células granulares é uma neoplasia predominantemente benigna de origem mesenquimal. Apresenta maior prevalência no sexo feminino (1,5:1), com pico de incidência entre a 4ª e 6ª década de vida. É um achado incomum no trato gastrointestinal, mas quando presente, o local de maior prevalência é o esôfago. A lesão costuma se apresentar polipóide e subepitelial, geralmente menor que 2 cm, de crescimento lento. Pode constituir achado incidental em exames endoscópicos, sendo a ressecção endoscópica considerada em casos de lesões menores que 2 cm. Em casos de lesões menores que 1 cm, é possível realizar o seguimento endoscópico. Relatos de malignidade se correlacionam com o tamanho do tumor, visto que cerca de 60% dos casos de metástases foram associados a lesões maiores que 4 cm. De acordo com os critérios de Fanburg-Smith, classifica-se como maligna a lesão que apresenta ao menos 3 dos seguintes critérios: necrose celular, células fusiformes, pleomorfismo, aumento da razão núcleo/citoplasma, núcleo vesicular com nucléolos aumentados, aumento da atividade mitótica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tumor de células granulares de reto constitui entidade rara, apresentando-se, neste caso, de maneira assintomática em colonoscopia de rastreamento. Devido a presença de apenas um critério de malignidade (células fusiformes), optou-se pela vigilância endoscópica após ressecção, com a primeira colonoscopia revisional sem evidência de lesões.

**CONTATO AUTOR:** MARIEL DE QUADROS ZIMMERMANN | mariiii.z@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104577 – TRAUMA ESPLÊNICO SECUNDÁRIO A COLONOSCOPIA: RELATO DE COMPLICAÇÃO RARA DO PROCEDIMENTO

**AUTORES:** José Arthur Dantas Balduino (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Francisco Ronaldo Gomes Gadelha (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Antonio de Sá Barreto Gondim Neto (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), João Antonio Ayres da Motta Teodoro (Hospital Regional da Asa norte - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ylanna Suimey da Silva Bezerra Gomes Gadelha (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Citânia Cordeiro da Nóbrega (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Barbara de Melo Balbino Bezerra (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Nefertite Augusta Guimarães de Oliveira (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Júlia Diniz de Souza (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Samara Rayssa da Silva Mandu (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Rodrigo Cartaxo Eloy de Souza (Hospital de Trauma de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Arthur Felipe da Silva Mota (Hospital Universitário Alcides Carneiro - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 69 anos, admitido com quadro de dor abdominal intensa de início após colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal, realizada 24 horas antes da admissão. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica associada a peritonite franca, com ultrassonografia evidenciando moderada quantidade de líquido livre e formação expansiva compatível com hematoma esplênico. Submetido a laparotomia exploradora com achado de lesão esplênica grau IV associada a hemoperitônio maciço. Não há relato de trauma, lesão primária esplênica, uso de anticoagulantes ou outras queixas. Paciente foi submetido a esplenectomia, evoluindo de forma satisfatória e recebendo alta em terceiro dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O uso crescente da colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico, facilita a identificação de doenças colorretais e a investigação de sinais e sintomas intestinais, porém esse procedimento pode gerar complicações, que variam de dor e distensão abdominal a perfuração e hemorragia graves.

Lesões viscerais extra-colônicas, como a ruptura esplênica são extremamente raras e pouco descritas na literatura. A lesão esplênica pós-colonoscopia ainda que não esteja entre as principais complicações do procedimento é considerada rara e potencialmente fatal, com taxa de mortalidade em torno de 5%. Seu mecanismo pode ser decorrente de trauma direto ou por excessiva tração do ligamento esplênico cólico, resultando em avulsão da cápsula esplênica e lesão parenquimatosa. Fatores de risco descritos são: sexo feminino, idade avançada, diminuição da mobilidade do cólon ou do baço por aderências, muitas vezes secundárias a cirurgias prévias ou processos inflamatórios locais, presença de esplenomegalia e anticoagulação. Os sintomas surgem nas primeiras 24 horas, porém uma minoria dos pacientes podem manifestar os sintomas até 10 dias após o procedimento.

A tomografia de abdômen se mostrou o exame mais sensível no diagnóstico desta complicação e o manejo segue as orientações para trauma esplênico, necessitando de esplenectomia na maioria dos casos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O aumento da acessibilidade a métodos invasivos como a colonoscopia tem permitido um grande avanço no diagnóstico precoce e tratamento de lesões colorretais, porém não é isento de riscos. O conhecimento e agilidade na detecção e tratamento de complicações graves, como no caso em questão, é fundamental para a segurança do paciente e do procedimento.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ARTHUR DANTAS BALDUINO | dr.arthurbalduino@gmail.com

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 102156 – Drenagem biliar com terapêutica combinada (rendezvous percutâneo/endoscópico, PTE-RV e ecoendoscópico, EUS-RV) em paciente oncológico: relato de caso

**AUTORES:** Morgana Andressa Silva Santos (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (IAMSPE - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Samuel Galante Romainini (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo Andrade Bertolotto (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente Paula (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Rezende Faria (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro krubniki (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Paula Cristina Morais Freitas (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Miguel Reynaldo Varca Neto (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil), Ibrahim El Ibrahim (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil), Facundo Galetti (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil), Alex Ingold (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil), Alexis Carvalho Hooper (Hospital 9 de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Otávio Micelli Neto (Hospital 9 de Julho - São paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 40 anos, com internações por colangite de repetição devido lesão infiltrativa hilar tipo Bismuth IV (secundária à neoplasia de cólon). Tomografia de abdome evidenciando lesão com cerca de 1,6cm e próximo à via biliar direita/confluência dos ductos. Submetida a uma primeira abordagem endoscópica e inserção de prótese autoexpansível (SEMS) não recoberta, em via biliar direita através de colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE). Quatro meses após, retorna com quadro de dor abdominal, vômitos, icterícia, febre e hiperbilirrubinemia (BT 17,92 mg/dl) sem melhora após antibioticoterapia. Indicada drenagem paliativa com procedimento combinado percutâneo/endoscópico. Realizada passagem endoscópica de SEMS não recoberta em via biliar esquerda e com auxílio de punção percutânea à direita foi possível passagem do fio guia por dentro da malha da primeira prótese e implantação de uma nova SEMS não recoberta (PTE-RV). Paciente evolui com melhora clínica e laboratorial (BT 1,39mg/dl). Após um ano, paciente foi submetida à outra drenagem paliativa, com auxílio da técnica de EUS-RV, devido novo episódio de colangite. Através da ecoendoscopia foi puncionada via biliar esquerda com agulha de 19G e introduzido fio guia até duodeno. Realizada passagem de duodenoscópio até 2ª porção duodenal e evidenciado fio guia e prótese exteriorizados, possibilitando implantação de prótese plástica (8,5Fr) com extremidade proximal alocada em via biliar esquerda e distal, transpapilar. Paciente evolui com melhora da dor abdominal e queda dos valores de BT (2,13mg/dl). Paciente reinternada, alguns meses após, com quadro de encefalopatia hepática, desnutrição e dor abdominal de difícil controle analgésico sendo optado por uma conduta paliativa.

**DISCUSSÃO:** A CPRE é o procedimento de escolha para a drenagem da via biliar comum em casos de obstruções distais, no entanto, em pacientes oncológicos ou com anatomia modificada cirurgicamente, o acesso convencional por CPRE tem baixas taxas de sucesso. A terapêutica combinada, como drenagem biliar percutâneo/endoscópica e drenagem biliar ecoguiada (DBEG), são alternativas importantes nos casos de falha de cateterização por CPRE.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Relatamos um caso de obstrução de vias biliares tipo Bismuth IV em que foi realizado drenagem percutâneo/endoscópica e DBEG, após insucesso na terapêutica endoscópica por CPRE. O manejo combinado das vias biliares caracterizou-se como uma técnica de resgate relevante para o êxito terapêutico.

**CONTATO AUTOR:** MORGANA | nanaeu01@gmail.com

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 102183 – Apresentação Ecoendoscópica de Lesões Pancreáticas na Síndrome de von Hippel-Lindau

**AUTORES:** Marina Tucci Gamarro Baldavira Ferreira (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luciano Lenz (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Mochate Flor (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caio Alemida Perez (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), John Alexander Lata Guacho (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Adriana Vaz Safatle-Ribeiro (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno da Costa Martins (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carla Cristina Gusmon de Oliveira (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caterina Maria Pia Simioni Pennacchi (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fábio Shiguehissa Kawaguti (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Andrade de Paulo (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Simas de Lima (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Sato Uemura (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sebastian Naschold Geiger (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 43 anos, com antecedente familiar (tia e prima paternas) de síndrome de von Hippel-Lindau (SVHL), evoluindo no seguimento da doença com lesões císticas pancreáticas.

À colangiorrressonância, foram identificadas múltiplas lesões císticas pancreáticas, algumas exibindo aparente comunicação com o ducto pancreático principal ou com ductos secundários, de até 1,3 cm, além de conglomerado de cistos na cabeça do pâncreas de cerca de 2 cm, com foco de calcificação central. Observaram-se também 2 lesões sólidas hipervasculares adjacentes, localizadas na cabeça pancreática, de 3,2 e 2,5 cm, mantendo contato com a terceira porção duodenal, sem linfonodomegalias.

Diante do resultado do exame, solicitada ecoendoscopia, que revelou múltiplas lesões anecoicas de paredes finas, convergentes e com calcificação central, localizadas em cauda pancreática, medindo 1,8 cm (sugestivas de cistoadenomas serosos); lesões anecoicas de paredes finas e limites bem definidos, homogêneas, as maiores de cerca de 1 cm e distribuídas ao longo de todo o corpo pancreático, uma delas demonstrando nítida comunicação com ducto pancreático principal (sugestivas de neoplasia intraductal mucinosa); duas lesões hipoecoicas com halo anecoico, de contornos regulares, bem definidas e vascularizadas ao doppler, medindo a maior delas 2,4 cm em sua porção sólida e 1,2 cm em sua porção cística, localizadas em cabeça pancreática (sugestivas de neoplasias neuroendócrinas sem aspectos de malignidade), além de uma lesão hipoecoica com halo anecoico e hipervascularizada, porém de limites mal definidos, de cerca de 4,6 cm e localizada em processo uncinado (sugestiva de neoplasia neuroendócrina com aspecto de malignidade). Esta última lesão foi puncionada com agulha de 22g, com obtenção de material, enviado para análise citológica (lâminas em álcool) e micro-histológica (cell block), sem linfonodomegalias.

A análise citológica evidenciou quadro compatível com neoplasia de células epitelioides e a imunocitoquímica favoreceu o diagnóstico de tumor neuroendócrino bem diferenciado grau 2.

**DISCUSSÃO:** A SVHL é uma doença rara. O envolvimento pancreático é visto na maioria dos pacientes com SVHL e várias lesões pancreáticas foram descritas, incluindo lesões císticas, tumores neuroendócrinos, metástases de tumores de células renais e o adenocarcinoma primário.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Ecoendoscopia com punção com agulha fina permite o diagnóstico definitivo das lesões sólidas em portadores desta síndrome.

**CONTATO AUTOR:** LUCIANO LENZ | [Luciano88lenz@gmail.com](mailto:Luciano88lenz@gmail.com)

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 102187 – Tratamento endoscópico de "walled-off-necrosis" (WON) em paciente com bypass gástrico.

**AUTORES:** Rafael Ronniele Cândido Cardoso (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Giovanna Veríssimo Brandizzi (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Camila Regino de Oliveira (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Lucas Santana Nova da Costa (Hospital Santa Helena, Hospital Sírio-Libanês, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Santa Luzia e Hospital Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Bruno Chaves Salomão (Hospital Brasília e Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Flavio Hayato Ejima (Hospital Santa Helena, Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Santa Luzia, Hospital Brasília e Hospital DF Star - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 56 anos, feminino, com passado de cirurgia bariátrica (bypass gástrico em Y de Roux), apresentou quadro de pancreatite necrosante há 4 meses com formação de coleção peripancreática. Devido ao aumento progressivo da coleção associado a dor abdominal, indicada avaliação para drenagem ecoguiada. Ecoendoscopia revelou coleção medindo 13 x 10 cm, com debris ecogênicos no interior, caracterizando WON. Observada distância menor que 1 cm entre a coleção e o coto gástrico, permitindo então a drenagem com o dispositivo Hot Axios Stent de 15 mm, sem intercorrências. Após 7 dias, paciente retorna com desconforto abdominal e elevação de PCR. Tomografia de abdome revelou redução significativa da coleção (7 x 7 cm), porém com grande conteúdo necrótico no interior. Reavaliação endoscópica evidenciou grande quantidade de debris no interior do cisto, com obstrução parcial da prótese. Realizada necrosectomia com debridamento químico e mecânico. Paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no dia seguinte com antibioticoterapia oral. Exames de imagem revelaram redução progressiva da coleção, com retirada da prótese após 4 semanas da drenagem.

**DISCUSSÃO:** O manejo ideal das coleções peripancreáticas segue um desafio. O tratamento endoscópico com drenagem transgástrica é o método de escolha, com maior taxa de sucesso e menor morbidade. O tratamento das coleções necróticas é ainda mais desafiador, com sucesso terapêutico variando entre 70 a 90% e com eventos adversos em até 35% dos casos. A necessidade de necrosectomia é baseada na abordagem step-up.

Em pacientes com anatomia alterada como o caso descrito, observa-se maior dificuldade técnica devido ao pequeno espaço para acesso ao cisto através do coto gástrico remanescente. A interposição de alça ou do estômago excluído são outros fatores que podem impedir a drenagem endoscópica. A avaliação por ecoendoscopia permitiu a busca da janela para drenagem adequada, evitando assim procedimento mais invasivo. A realização de necrosectomia foi facilitada pelo uso de prótese metálica com aposição de lumens, permitindo a fácil entrada na coleção para debridamento. A busca na língua inglesa na base de dados Pubmed não revelou outros casos semelhantes descritos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ecoendoscopia permite a drenagem ecoguiada de coleções peripancreáticas mesmo em pacientes com bypass gástrico. A drenagem através do coto gástrico e posterior necrosectomia, se necessário, podem ser realizadas de forma segura e eficaz.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL RONNIELE CANDIDO CARDOSO | rafaelronniele@gmail.com



## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 1104384 – Acesso Ecoendoscópico Direto Transgástrico para CPRE e Drenagens de Coleções Fluidas Pancreáticas em Pós-operatório de Gastroplastia Redutora em Y de Roux.

**AUTORES:** Vitor Rossi Bastos (Hospital Aliança - Salvador - Bahia - Brasil), Eduardo Carvalho Pimenta (HGRS - Salvador - Bahia - Brasil), Luciana Leal Silva (Hospital Aliança - Salvador - Bahia - Brasil), Igelmar Barreto Paes (Hospital Aliança - Salvador - Bahia - Brasil), Vinicius Santos Nunes (Hospital Aliança - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo masculino, 44 anos, pós-operatório de gastroplastia redutora em Y de Roux (GRYR) há 8 anos. Após tratamento da obesidade, aumentou ingestão alcoólica, apresentando diversos episódios de pancreatite aguda alcoólica recorrente, sendo o evento mais recente há 6 semanas da nova admissão com sinais de coleção fluida peri-pancreática pequena (menor que 3cm). Na unidade de urgência, o relato era de dor abdominal, irradiação para dorso, mais evidente há 48 horas. Apresentava ainda redução da aceitação alimentar, esteatorreia e perda ponderal (15% do peso corporal). Amilase e lipase eram normais. RNM de abdômen evidenciava duas coleções fluidas peri-pancreática compatíveis com necrose organizada, localizadas junto a estômago excluído, a maior medindo 12cm, além de trombose portal.

Após discussão multidisciplinar, decidido por drenagens via ecoendoscopia, impossibilitada por alteração anatômica da GRYR. Foi necessário acesso ecoendoscópico direto transgástrico (AEDT) ao estômago excluído utilizando prótese metálica de oposição luminal (PMOL) para formação da fístula gastro-gástrica, em seguida programado as drenagens após maturação do acesso. Após 5 dias, apresentou colestase e sinais de colangite. Optado por drenagem de urgência por radiologia intervencionista da coleção maior. Após 14 dias, realizada ecoendoscopia pelo acesso gastro-gástrico, observando coleção fluida residual de 3cm, seguida de CPRE e papilotomia com saída de grumos da via biliar, além de esfínterectomia pancreática com estudo radioscópico do ducto pancreático principal, sem evidência de escape ou estenose. Retirada PMOL e mantido acesso transgástrico com prótese plástica tipo pigtail. Evoluiu com melhora do quadro e imagem controlada com resolução das coleções. Não apresentou ganho ponderal considerado até o fechamento da fístula gastro-gástrica com 8 semanas.

**DISCUSSÃO:** CPRE com AEDT em pacientes com cirurgia bariátrica é alternativa a CPRE com acesso cirúrgico e por enteroscopia. Apresenta sucesso clínico elevado, com perfil de risco aceitável. A fístula após retirada da PMOL tem fechamento espontâneo em 90% dos casos. Alteração de peso apresenta resultados heterogêneos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** CPRE com AEDT é um procedimento minimamente invasivo para tratamento endoscópico avançado de patologias do pâncreas e vias biliares direcionado a pacientes com GRYR.

**CONTATO AUTOR:** EDUARDO CARVALHO PIMENTA | pimenta86@yahoo.com.br

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **100752 – Ressecção endoscópica de tumor primário superficial de esôfago sincrônico em paciente portador de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço: relato de caso em um hospital público terciário do Distrito Federal**

**AUTORES:** Ana Paula Silva Pereira Lopo (INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Eduardo Nasser Vilela (INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Heinrich Bender Kohnert Seidler (Laboratório Brasiliense - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Isadora Abrão Silva (INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Juliana Meneses (INSTITUTO HOSPITAL DE BASE - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O carcinoma de células escamosas de vias aerodigestivas superiores é fator de risco para uma segunda neoplasia primária no esôfago, com grande impacto no tratamento e sobrevida, sendo recomendada a realização de endoscopia digestiva alta nessa população. Paciente masculino de 59 anos, pardo, tabagista e ex-etilista, com disfonia há três meses. Realizou videolaringoscopia evidenciando lesão leucoplásica nas pregas vocais (displasia de alto grau), sendo então encaminhado para rastreamento de tumor sincrônico. A endoscopia digestiva alta revelou lesão com alterações sutis de relevo e cor da mucosa. As neoplasias precoces de esôfago podem passar despercebidas, pois os pacientes são assintomáticos e as alterações endoscópicas são tênues. O paciente foi submetido à cromoscopia digital e à aplicação de corante de superfície lugol 2% na endoscopia, realçando locais suspeitos. As biópsias evidenciaram áreas de displasia de baixo e alto grau. Para estadiamento foi realizada endoscopia com magnificação, com achados de neoplasia restrita à mucosa, passível de tratamento curativo endoscópico. Em um mês o paciente foi submetido à Ressecção Endoscópica de Submucosa, com envio de peça em bloco para análise anatomopatológica, evidenciando carcinoma de células escamosas intraepitelial com margens livres. Evoluiu com alta em 48 horas e nova endoscopia em 45 dias, evidenciando cicatrização satisfatória, sem estenoses.

**DISCUSSÃO:** Em 1966, a solução de lugol foi introduzida para auxílio no diagnóstico endoscópico câncer esofágico precoce, recentemente otimizado com a cromoscopia digital. A avaliação do grau de invasão vertical da neoplasia pode ser estimada por ecoendoscopia ou pela endoscopia com magnificação indicando-se tratamento endoscópico quando a profundidade está restrita ao epitélio e lâmina própria. As técnicas de ressecção (mucosectomia ou Dissecção Endoscópica de Submucosa) permitem a análise histopatológica da lesão neoplásica erradicada, definindo se a terapia endoscópica foi curativa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Demonstram-se a viabilidade técnica e a eficácia do uso de Endoscopia digestiva alta associada à cromoscopia no diagnóstico precoce de neoplasia in situ de esôfago, sobretudo quando fator de risco como neoplasia de cabeça e pescoço coexiste. A elevada morbimortalidade da esofagectomia associada ao incremento da detecção da neoplasia em estágio precoce pela endoscopia digestiva alta vem impulsionando o aprimoramento da endoscopia terapêutica, preservando o órgão e a qualidade de vida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA DA SILVA PEREIRA LOPO | lopinhamg2411@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 100775 – Suboclusão intestinal causada por lipoma duodenal: Relato de caso

**AUTORES:** DAVI MORAES ALBUQUERQUE (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), RODRIGO TADEU SILVESTRE (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), CARLOS EDUARDO BRAGA (HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSE DO RIO PRETO - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), GILBERTO SOUBHIA FILHO (ENDORP - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), AUGUSTO GANDOLFI (ENDORP - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 75 anos, sexo feminino, sem comorbidades conhecidas, com história de plenitude pós-prandial progressiva com 2 anos de evolução e vômitos pós prandiais tardios com piora progressiva nas últimas semanas, sem sinais de alarme como disfagia, anemia, perda de peso. Realizado endoscopia digestiva alto como primeiro método complementar diagnóstico onde evidenciou-se um abaulamento submucoso em segunda porção duodenal que se expandia até a terceira porção duodenal com características macroscópicas e semiológicas sugestivas de lipoma de grande dimensão, cerca de 5cmx4xm. Complementado a pesquisa diagnóstica com a realização de Eco- endoscopia setorial onde verificou-se ser uma lesão homogênea, predominantemente hiperecótica, com algumas diminutas áreas hipoecóticas, ausência de fluxo vascular ao doppler e localizada na camada submucosa medindo cerca de 39,5mmx 12,5mm. Realizado ligadura elástica da base com Endoloop (Olympus Optical Co, Ltd, Japan) com três cargas onde evidenciou-se mudança de coloração sugerindo estrangulamento de lesão e congestão venosa com posterior injeção submucosa de adrenalina 1 :200000 com auxílio do cateter injetor para hemostasia adicional , após realizou-se ressecção com alça diatérmica seguido de hemostasia mecânica com quatro clips hemostáticos sobre coto remanescente . O anatomopatológico resultado da exérese evidenciou lipoma submucoso bem diferenciado. Não houve complicações referentes ao procedimento.

**DISCUSSÃO:** O lipoma duodenal é um tumor benigno raro, são geralmente achados incidentais em exame endoscópico ou radiológico. As localizações mais comuns desses tumores benignos são colón, seguido de íleo e jejuno, sendo os localizados no duodeno, raros. São geralmente assintomáticos , sendo manifestações clínicas agudas como: obstrução, intuscepção, síndrome dispéptica, ulcerações e hemorragia digestiva , ainda mais raras. O tratamento de escolha foi baseado no tamanho da lesão duodenal e na dificuldade de elucidação de seu diagnóstico etiológico, combinado a necessidade terapêutica de outra patologia associada. Apesar de sua raridade, o lipoma duodenal deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores da parede do duodeno.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Lipoma duodenal é um tumor raro do trato gastrointestinal, onde o espectro de manifestações clínicas é amplo podendo ser desde assintomático até casos emergenciais como hemorragias, intuscepção e obstrução intestinal. Portanto deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores da parede duodenal.

**CONTATO AUTOR:** DAVI DE MORAES ALBUQUERQUE | davi\_malbuquerque@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101144 – ESOFAGITE HERPÉTICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Nathan Uehara Lira (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Leonardo Oba (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Clovis Kuwahara (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Ricardo Papi (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Maria Fernanda Galdino Soares Luchetti (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Carina Daniele Fava (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Isabelle Silva Kristal (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Amanda Luiza do Espírito Santo Pinheiro (Faculdade Atenas Sete Lagoas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Lude Uehara Lira (UFAL - Maceió - Alagoas - Brasil), Enzo Uehara Lira (UEMS - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 19 anos, vem ao consultório apresentando queixas de epigastria e disfagia para sólidos e líquidos com início há dois dias. Apresentou episódio único de êmese com vestígios hemáticos. Sem febre. Estava em uso de azitromicina e prednisona para tratamento de uma faringite. Após a consulta foi solicitado uma endoscopia digestiva alta, onde foram visualizadas lesões erosivas coalescentes em todo trajeto esofágico compatível com esofagite herpética. Coletado biópsias das bordas da lesões. Anatomopatológico: Esofagite crônica moderada e erosiva, com presenças de inclusões nucleares com características de Herpes.

**DISCUSSÃO:** Em geral, a infecção esofágica pelo HSV pode ser consequência de vários eventos: a) por contaminação pela orofaringe; b) reativação do vírus; c) disseminação para mucosa esofágica através do nervo vago. Em pacientes imunocompetentes a infecção é autolimitada. As principais manifestações clínicas são: disfagia e odinofagia (85%), dor torácica (68%), e febre (44%). Também foram descritos náuseas e vômitos em 15% dos casos e associações com lesões orais em 29%. Há também relatos de hemorragia digestiva (5,3%). Ao exame endoscópico, as lesões esofágicas pelo HSV são localizadas no terço distal (50%), podendo ser encontradas em outros setores ou eventualmente ser difusas (32%). Inicialmente apresenta-se como vesículas medindo 1 a 3mm, localizadas principalmente em terço médio e distal do esôfago, podendo haver descamação com formação de pequenas úlceras de 1 a 3mm, que podem ser descritas como superficiais ou estelares com fundo eritematoso, edema ou eritema. Existem também algumas formas especiais com aspecto de vulcão. Eventualmente são observadas presença de pseudomembranas lembrando candidíase esofágica. As úlceras herpéticas podem evoluir com estenoses ou fístulas. As margens das úlceras devem ser biopsiadas ou pode ser realizado um escovado para citologia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A Esofagite herpética é uma alteração rara de ser encontrada em pacientes imunocompetentes e seu diagnóstico depende de uma endoscopia digestiva alta com coleta de material para biópsia. O tratamento é realizado com aciclovir e alguns artigos citam apenas tratamento de suporte por ser uma infecção autolimitada. Então é muito importante que os endoscopistas tenham conhecimento da mesma, não deixando passar seu diagnóstico e evitando assim suas possíveis complicações.

**CONTATO AUTOR:** NATHAN UEHARA LIRA | nathan\_uehara@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101499 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE PERFURAÇÃO TRAUMÁTICA DE ESÔFAGO PROXIMAL.

**AUTORES:** Nathan Uehara Lira (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Leonardo Oba (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Clovis Kuwahara (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Ricardo Papi (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Maria Fernanda Galdino Soares Luchetti (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Carina Daniele Fava (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Isabelle Souza e Silva Kristal (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Amanda Luiza do Espírito Santo Pinheiro (Faculdade Atenas de Sete Lagoas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Lude Uehara Lira (UFAL - Maceió - Alagoas - Brasil), Enzo Uehara Lira (UEMS - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 32 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em zona 3 cervical com orifício de entrada em região supraclavicular a esquerda e sem orifício de saída. Palpa-se projétil alojado em região cervical posterior à direita. Realizado tomografia computadorizada de pescoço e tórax que evidenciaram: Fratura cominutiva com rastilhos metálicos do 1º arco costal posterior à direita. Artefato metálico (projétil) em meios planos musculares da parede torácica posterossuperior à direita. Rastilhos metálicos em meio aos planos mioadiposos da parede torácica anterossuperior à esquerda, anteriormente a porção distal da clavícula deste lado. Enfisema de partes moles entremeando os planos do adiposos profundos da região cervical inferior, estendendo-se para o mediastino. Sinais de pneumomediastino. Realizado Endoscopia Digestiva Alta pela suspeita de perfuração esofágica. Nota-se perfuração em parede posterior de esôfago proximal com orifício medindo aproximadamente 4mm. Realizado colocação de clipe endoscópico para fechamento de orifício e passagem endoscópica de sonda nasoenteral para alimentação. Foi mantido nutrição enteral por 14 dias, onde foi realizado Esofagograma que não evidenciou extravasamento de contraste. Liberado dieta por via oral com boa evolução e alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A perfuração esofágica é uma emergência clínica grave, pois os sucos digestivos podem transbordar pela perfuração, resultando em uma inflamação grave na cavidade peritoneal. Esse acometimento pode levar à morte por efeitos tóxicos sistêmicos causados pela infecção supurativa aguda. Em trauma penetrante de esôfago, a endoscopia tem alta especificidade e sensibilidade de diagnóstico, sem complicações adicionais. O manejo terapêutico nas perfurações esofágicas objetiva controlar o processo infeccioso, manter o estado nutricional do paciente e restaurar a integridade do trato digestivo. O cenário ideal de abordagem endoscópica é quando o diagnóstico ocorre dentro das primeiras 48h, em ferimentos com diâmetro menor que 1cm e não existe sinais de sepse. O tratamento endoscópico visa principalmente evitar a contaminação séptica e guiar a reepitelização da mucosa, através da colocação de clipe esofágico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Tendo em vista a gravidade da situação e as possíveis complicações, assim que a perfuração ocorrer o diagnóstico e os tratamentos oportunos devem ser realizados imediatamente, sendo o tratamento endoscópico uma boa alternativa terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** NATHAN UEHARA LIRA | nathan\_uehara@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101675 – Remoção endoscópica de cálculo em síndrome de Bouveret: relato de caso em um Hospital público terciário do Distrito Federal

**AUTORES:** Ana Paula da Silva Pereira Lopo (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Eduardo Nasser Vilela (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Lucas Santana Nova da Costa (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Flávio Hayato Ejima (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Rodrigo Aires de Castro (Instituto Hospital de Base - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Kelson Lopes Pontes Albano Batista (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina de 55 anos, obesa e hipertensa, vinda 19/04/2021 procedente de outro estado, com queixas de náuseas e vômitos há 15 dias. Traz laudo de endoscopia digestiva alta de serviço privado evidenciando impactação de corpo estranho não especificado em bulbo duodenal. Paciente não se recordava de ter engasgado ou ingerido qualquer tipo de corpo estranho.

Foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou líquido de estase gástrico e corpo estranho (cálculo biliar) com cerca de 4x4 cm de diâmetro impactado em bulbo duodenal, removido para o estômago com auxílio de balão dilatador hidrostático, insuflado até 18 mm além do ponto de obstrução e tracionado junto com o aparelho até o estômago. Com auxílio de basket com litotriptor mecânico foi possível fragmentar o cálculo em pequenos pedaços, um deles removido por cavidade oral, causando lacerações superficiais em esfôfago. O restante dos fragmentos ficou em estômago para eliminação espontânea.

Assintomática, realizou endoscopia em 30 dias evidencia patência da fístula biliar em bulbo, com drenagem de bile e colangiorrressonância realizada após o procedimento descreve: “trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e o duodeno caracterizado por pneumobilia compatível com fístula colecistoduodenal”.

**DISCUSSÃO:** Íleo biliar é uma forma rara de obstrução intestinal mecânica, mais prevalente em mulheres com mais de 65 anos. Devido aos sintomas obstrutivos, necessita de resolução precoce, seja por cirurgia ou endoscopia.

Neste caso foi realizado o diagnóstico e terapêutica no mesmo exame.

A modalidade de resolução endoscópica na síndrome de Bouveret poupa a paciente de anestesia profunda e de acesso cirúrgico, permitindo alta hospitalar precoce e menos riscos relacionados à hospitalização.

Neste caso houve sucesso na terapêutica, com paciente assintomática, mas com fístula biliar que optamos por não realizar fechamento endoscópico ou cirúrgico, visto não causar qualquer repercussão clínica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Evidenciamos caso de síndrome de Bouveret em paciente com sintomas obstrutivos com completa resolução endoscópica. O sucesso do procedimento deveu-se à sua realização em centro de referência, com materiais de litotripsia de cálculos biliares, normalmente usados em CPRE e pessoal treinado em seu manuseio.

Uma alternativa de tratamento seria por modalidade cirúrgica, seja por laparotomia ou laparoscopia, com acesso à cavidade gástrica e duodenal e retirada do cálculo ou com a confecção e cirurgia billodigestiva, com maiores morbidade e custo.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA DA SILVA PEREIRA LOPO | lopinhamg2411@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101841 – ESÔFAGO NEGRO EM PACIENTE PÓS OPERATÓRIO DE ENXERTO FEMOROTIBIAL POSTERIOR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA

**AUTORES:** Nathan Uehara Lira (Irmandade Santa Casa de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil), Leonardo Oba (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Clovis Massato Kuwahara (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Ricardo Capello Papi (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Maria Fernanda Galdino Soares Luchetti (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Carina Daniele Fava (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Isabelle Souza e Silva Kristal (Irmandade Santa Casa de Londrinha - Londrina - Paraná - Brasil), Amanda Luiza do Espirito Santa Pinheiro (Faculdade Atenas Sete Lagoas - Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil), Lude Uehara Lira (Universidade Federal de Alagoas - Maceió - Alagoas - Brasil), Enzo Uehara Lira (Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul - Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil)

#### APRESENTAÇÃO DO CASO:

Paciente masculino, 81 anos, internado para cirurgia vascular por obstrução arterial aguda de origem trombótica em membro inferior esquerdo, Rutherford IIb, com evolução de 10 dias, é submetido a cirurgia para enxerto femoro tibial posterior com utilização de veias basilicas. Procedimento ocorreu sem intercorrências. Apresentou vômitos no pós-operatório imediato com melhora ao uso de sintomáticos. Pela noite apresentou episódio de hematêmese, onde foi solicitado uma endoscopia digestiva alta pelo médico intensivista. Ao exame, realizado deitado em UTI, foi visualizada em terço medial de esôfago descoloração circunferencial enegrecida que se estendia até junção gastro esofágica com interrupção abrupta, caracterizando esofagite necrotizante.

**DISCUSSÃO:** A esofagite necrotizante é uma patologia rara, causa de hemorragia digestiva alta, resultante da combinação de isquemia esofágica, corrosão pelo conteúdo gástrico e prejuízo na reparação da mucosa. Ela se apresenta com alteração variável na mucosa, desde perda parcial do epitélio com ulceração até descamação de todas as camadas da mucosa e envolvimento das camadas profundas dos músculos e perfuração. Também apresenta necrose e devido à coloração escura ao exame endoscópico, é conhecida como esôfago negro. Tem causa multifatorial, tendo como mecanismos etiopatogênicos a Isquemia, obstrução gástrica, hipersensibilidade a antibióticos, infecções, hipotensão prolongada, trombose vascular, malignidades, imunossupressão, doenças hepáticas e cetoacidose diabética. O diagnóstico é essencialmente endoscópico e os achados são diversos e exigem que outras etiologias que produzam alterações semelhantes sejam excluídas, como ingestão de cáusticos, infecções, radioterapia, melanoma metastático, entre outros. O tratamento é inespecífico com bloqueio da secreção ácida, medidas gerais de suporte clínico como a hidratação, tratamento das patologias de base e repouso esofágico. O prognóstico é desfavorável, com alta mortalidade. No entanto é possível que a elevada taxa de mortalidade esteja relacionada com a gravidade das situações clínicas subjacentes e não com a evolução das lesões esofágicas, tendo em vista que a história natural da doença é a resolução espontânea.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A necrose esofágica aguda é uma complicação rara e deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais do médico que se depara com quadro de hemorragia digestiva nos pacientes em pós-operatório recente.

**CONTATO AUTOR:** NATHAN UEHARA LIRA | nathan\_uehara@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101842 – Tratamento endoscópico à vácuo de fístula esôfagojejunal após gastrectomia total: um relato de caso

**AUTORES:** LUISA GONZALLES YAZAKI (FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), LARISSA MARIANA AYDE (FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BARBARA DE ARAUJO CASA (FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA BEATRIZ ALVARENGA CANSANÇÃO (FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), TAMY DRUMMOND ZLOCHEVSKY (FMABC - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIELA CAMILO TEIXEIRA (FMABC - sao bernardo do campo - São Paulo - Brasil), JOÃO EMILIO PINHEIRO (HCSBC - SAO BERNARDO DO CAMPO - São Paulo - Brasil), FERNANDA CAVALCANTE CABRAL (HCSBC - SAO BERNARDO DO CAMPO - São Paulo - Brasil), Isabella Cristina Couto (FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mylena Nogueira da Cruz (FMABC - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.A.F, 68 anos, comparece ao Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo, por quadro de hemorragia digestiva alta, exteriorizada por melena. Antecedente cirúrgico: Gastrectomia parcial com reconstrução à B2 há 20 anos por úlcera gástrica perfurada. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que evidenciou lesão ulcerada de 2cm, na parede anterior do corpo gástrico remanescente (BORRMANN 2). Optou-se pela terapêutica endoscópica, com colocação de clipe metálico e escleroterapia. Paciente manteve instabilidade hemodinâmica e devido à refratariedade do tratamento, foi submetido à gastrectomia total (GT) com reconstrução em Y de Roux por tumor ulcerado. No 7º dia pós operatório (PO), apresentou conteúdo turvo em dreno abdominal (DA) vigiando esofagojejunoanastomose, com teste do azul de metileno positivo. Por ser uma fístula de baixo débito e sem repercussão clínica, optou-se pela conduta conservadora. No 19º PO, paciente manteve aspecto turvo em DA, com aumento progressivo de débito. Assim, optou-se pelo tratamento endoscópico à vácuo (EVT), que evidenciou anastomose esôfago jejunal distensível e orifício fistuloso de 10 mm com trajeto epiteliado e bloqueado, além de presença de dreno de penrose. Substituiu-se esse, pelo Pigtail 10Fr para instituição do vácuo e passagem de sonda nasoenteral. Paciente realizou troca de vácuo a cada 7 dias via EDA, e após 30 dias manteve-se estável, tendo alta hospitalar com resolução completa do quadro fistuloso.

**DISCUSSÃO:** A fístula de anastomose esofagojejunal é uma complicação comum pós gastrectomia. O tratamento conservador é preferível em casos assintomáticos. Se necessário intervenção, opta-se pela drenagem cirúrgica, desvio do trânsito alimentar ou oclusão por EDA. O tratamento endoscópico à vácuo (EVT), elegido no caso relatado, é uma opção recente de tratamento para o fechamento das fístulas e apesar de estudos relatarem altas taxas de sucesso terapêutico, ainda faltam diretrizes para sua indicação. O EVT consiste na utilização de uma esponja ligada a um sistema de pressão negativa, que proporciona aproximação das bordas da ferida, absorção de exsudatos, estímulo da microvascularização e controle de infecção. Estudos recentes mostram altas taxas de cicatrização com o uso do EVT, além de melhora do quadro infeccioso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Além da eficácia da técnica, o EVT tem poucos efeitos adversos, é minimamente invasivo e tende a ser cada vez mais utilizado.

**CONTATO AUTOR:** LUISA GONZALLES YAZAKI | luisa.yazaki@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101848 – Esofagite herpética- Relato de caso

**AUTORES:** Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Da Costa Martins (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo De Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Junior (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), SÉRGIO EJI MATUGUMA (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renan Ribeiro Ribeiro (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sônia Nadia Fylyk (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Sakai (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 48 anos, HIV positiva, carga viral indetectável, em QT para câncer de mama metastático, com história de uso recente de corticoide, interna por dor retroesternal e disfagia há 1 semana. EDA evidenciava esôfago com mucosa espessada, múltiplas ulcerações rasas, confluentes e recobertas por fibrina, distribuídas por toda extensão esofágica (figura 1). Ao estudo AP foi constatado borda e fundo de úlcera com exuberante tecido de granulação e exsudato fibrinoleucocitário (figura 2), com pesquisa imuno-histoquímica positiva para antígenos relacionados ao vírus herpes simplex (HSV) I e II, caracterizando esofagite herpética (EH).

**DISCUSSÃO:** A EH é mais frequente em pacientes imunocomprometidos (ICPM), sendo ocasionalmente observada em pacientes imunocompetentes (ICT). A maioria das infecções está relacionada ao HSV-1. A EH pode ocorrer durante a infecção primária pelo HSV ou pode resultar da reativação da infecção. A disseminação do vírus para a mucosa esofágica pode ocorrer por meio do nervo vago ou por extensão direta da infecção orofaríngea para o esôfago.

Os principais sintomas são odinofagia e disfagia, mas febre e dor retroesternal podem estar presentes. A associação com herpes labial e úlceras orofaríngeas é frequente. As principais complicações são sangramento, fístula traqueoesofágica e impactação alimentar, com alguns relatos de associação com esofagite eosinofílica.

O diagnóstico é dado pelos achados endoscópicos, confirmados por exame AP das lesões observadas.

As lesões geralmente afetam a mucosa do esôfago distal, apresentando-se inicialmente como vesículas, que se coalescem para formar úlceras (geralmente menores de 2 cm), frequentemente com mucosa intermediária de aparência normal. Exsudatos, placas e erosões também podem estar presentes. As biópsias devem ser feitas na borda da úlcera.

O tratamento depende do estado imunológico do paciente. A resolução espontânea geralmente ocorre em pacientes ICT após 1-2 semanas. No entanto, pacientes ICPM devem ser tratados com antivirais pelo período de 14-21 dias.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A EH geralmente afeta pacientes ICPM e é incomum em ICT. Na maior parte dos casos a sintomatologia é típica e os achados endoscópicos e AP caracterizam seu diagnóstico. Na maioria dos casos a evolução é favorável após tratamento antiviral.

**CONTATO AUTOR:** FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA | cicutomed@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101884 – Tumores distintos em mesma topografia em paciente vivendo com HIV/AIDS

**AUTORES:** RICHARD CALANCA (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), VICTOR GARCIA NUÑEZ (INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 32 anos, diagnóstico de infecção pelo HIV há 5 anos sem tratamento antirretroviral prévio. Queixa de úlceras dolorosas em região anal há 3 meses e perda ponderal de 15 kg. Ao exame estava descorado, com 4 úlceras em região perianal e máculas violáceas em dorso, pescoço e orelha direita. Apresentava critérios para AIDS e imunossupressão grave. Paciente foi internado para investigação das lesões perianais, cutâneas e anemia.

**DISCUSSÃO:** Em busca do diagnóstico etiológico foram solicitadas biópsias, evidenciando acometimento perianal com úlceras por Citomegalovírus (CMV) e máculas violáceas disseminadas correspondentes a Sarcoma de Kaposi (SK) pelo Herpesvírus 8 (HHV-8). Diante do quadro de síndrome consumptiva, anemia, imunossupressão grave e confirmados dois agentes potencialmente causadores de lesão em TGI, foram realizadas EDA e Colonoscopia. Na EDA foi visualizada em estômago uma extensa lesão tumoral, úlcero infiltrativa, nodular e bocelada, com áreas de necrose e sangramentos superficiais puntiformes. A lesão principal poupava o piloro e acometia o antro, corpo distal e médio e parte do corpo alto, preservando o fundo e o hiato onde haviam 3 diminutas lesões avermelhadas e pouco elevadas, com macroscopia sugestiva de SK visceral. Na Colonoscopia também foram visualizadas lesões diminutas e avermelhadas em mucosa de reto com aspecto macroscópico sugestivo de SK. O anatomopatológico e a imuno-histoquímica confirmaram diagnóstico de SK visceral com acometimento de reto e estômago. A lesão tumoral em estômago foi identificada como Linfoma Plasmablástico, subtipo raro de linfoma difuso de grandes células B relacionado ao Epstein-Barr vírus (EBV), com prevalência maior em pacientes vivendo com HIV/AIDS que na população geral.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso aponta uma situação notável de acometimento gástrico por dois tumores distintos, o Linfoma plasmablástico e Sarcoma de Kaposi, ambos em mesma topografia. O Linfoma em questão acomete com mais frequência a cavidade oral porém o restante do TGI pode ser afetado, o prognóstico é ruim sendo a lesão recidivante e refratária aos principais esquemas de quimioterapia. Importante destacar o CMV, HHV-8 e EBV como membros da família dos Herpesvírus, que, juntos também com o Herpesvírus simples 1 e 2, correspondem por diversos achados endoscópicos, como úlceras e neoplasias, principalmente em paciente vivendo com HIV/AIDS.

**CONTATO AUTOR:** RICHARD CALANCA | calancarichard@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101892 – Ressecção de tumor neuroendócrino duodenal por mucosectomia: relato de caso

**AUTORES:** RENATO BASTOS PIMENTA AMORIM (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SAO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO GUIDINI MENDES (Linhares Medical Center - Linhares - Espírito Santo - Brasil), FILYPPO FERREIRA PORTO DECARIA (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), GUSTAVO GARCIA AGRA NAUFAL (NIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), RAFAEL GALVAO DE DONO TAVARES (NIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), ANA VITORIA PEREIRA SANTOS (NIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), ANA CAROLINA DE BRITO TROTTA (NIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 45 anos, submetida a endoscopia digestiva alta por apresentar sintomas dispépticos. Ao exame, foi identificada uma lesão polipoide de 8 mm no bulbo duodenal e indicada mucosectomia. Realizada terapêutica com injeção de manitol 10%, corte com alça diatérmica e aproximação das bordas com cliques. Resultado histológico: Tumor neuroendócrino bem diferenciado, com infiltração até submucosa, ressecado com margens livres, índice mitótico < 1/2 mm<sup>2</sup>, infiltração angiolinfática e perineural ausentes.

**DISCUSSÃO:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) de duodeno são raros, correspondendo a 15% de todos os TNE do trato gastrointestinal.

Sabe-se que as células enterocromafins, que dão origem a este tipo de tumor, se localizam na mucosa profunda, podendo invadir a submucosa.

Portanto, ao ressecar essas lesões, preocupa-se com a ressecção adequada da margem profunda.

Lesões até 10mm de diâmetro, confinados à submucosa e sem acometimento linfonodal ou metástases à distância, são passíveis de ressecção endoscópica, sendo a mucosectomia uma das técnicas disponíveis.

Outras modalidades como mucosectomia com alça monofilamentar, dissecação endoscópica de submucosa (ESD) e ressecção endoscópica submucosa com auxílio de banda elástica também são bem descritas na literatura.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento endoscópico é uma alternativa para TNE menores que 10mm, segundo o consenso europeu.

O resultado histopatológico tem suma importância para determinação dos critérios de cura e necessidade de posterior complementação com tratamento cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** RENATO BASTOS PIMENTA AMORIM | rebapiam@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101963 – DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÍLULA DE SUBMUCOSA CIRCUNFERENCIAL EM BLOCO DE LESÃO PRECOCE DE ESÔFAGO: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - Brasília - Distrito Federal - Brasil), TÉCIO DE ARAÚJO COUTO (HOSPITAL DE BASE - DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil), EDUARDO NASSER VILELA (HOSPITAL DE BASE - DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil), ANA PAULA DA SILVA PEREIRA LÔPO (HOSPITAL DE BASE - DF - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 70 anos, portadora de dislipidemia, hipotireoidismo, DPOC e tabagista (100 maços/ano). Comparece a hospital público terciário do Distrito Federal para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) com queixa de pirose há 18 meses.

À EDA observou-se em região proximal de esôfago alteração no padrão de mucosa, com tortuosidade e espessamento de vasos e áreas com pontos de fibrina, quase circunferencialmente ao órgão, com comprimento de cerca de 5 cm. Cromoscopia com lugol a 2% mostrou região iodo negativa. Lesão classificada como Lesão plana esofágica – Paris 0-IIb

Realizada biópsia de lesão esofágica, que revelou neoplasia intraepitelial escamosa com displasia de alto grau. Foi programada dissecação endoscópica de submucosa da lesão (ESD).

Realizada ESD de lesão esofágica com dissecação circunferencial em bloco único, sem intercorrências.

Paciente continuou internada sob vigilância clínica por 48h. Evoluiu bem, sem intercorrências. Segue em uso de corticoide oral como estratégia de redução de estenose esofágica. Orientado retorno em 30 dias para revisão endoscópica.

**DISCUSSÃO:** O Carcinoma esofágico é o 6º mais letal no mundo e possui dois subtipos: adenocarcinoma e CEC, este o mais frequente (96% dos carcinomas esofágicos no Brasil). Acomete mais o sexo masculino e tem como principal fator de risco o tabagismo.

A detecção precoce dessas lesões é difícil por não haver estratégia de rastreamento efetivas. Em estágio inicial não apresentam sintomas específicos e, por isso, quando indicado, o exame endoscópico deve buscar lesões precoces, que são passíveis de terapia endoscópica – via ESD ou ressecção endoscópica de mucosa (EMR)

Neste caso, o diagnóstico precoce da lesão ainda em estágio T0 (risco muito baixo de metástase linfonodal), possibilitou a terapia endoscópica – optou-se por ESD. Vale ressaltar que a ressecção em bloco único circunferencial à luz esofágica realizada é rara e de alta complexidade.

A técnica de ESD consiste em marcar as bordas da lesão utilizando uma ESD knife. Em seguida utiliza-se agulha para injeção de solução salina ou colóide que irá permear as camadas submucosa e muscular própria, possibilitando a dissecação das camadas e, portanto, a ressecção da lesão.

Tal técnica é similar à esofagectomia em de taxa de cura e sobrevida em 5 anos, todavia é menos associada a complicações pós procedimento; e superior à EMR em taxa de cura e com menor recorrência local.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Aguardamos laudo histopatológico para confirmar bordas livres e sucesso terapêutico.

**CONTATO AUTOR:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA | kelson.lops@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **101967 – The first endoscopic diverticulectomy for a Zenker’s Esophageal Diverticula in Iran**

**AUTORES:** Pezhman Nejad, Luciano Lenz (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Azam Sattari, Samira Mohammadi

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A 95-years-old woman presenting with a chronic history of frequent cough, dysphagia for solids and later difficulty in swallowing fluids along with decreased appetite and weight loss from 6 months ago. The primary diagnosis was food impaction and the upper gastrointestinal endoscopy was performed for several times and the oesophageal lumen was not visible and couple of endoscopists reported esophagus as blind loop full of food remnant.

We supposed these reposts compatible with diverticula. So a barium swallow requested, but the patient was so disabled and unable to do it. So at first the food remnant exsect by a basket, then after several attempts, the entrance of esophagus found beside large inlet of diverticula. According to the patient’s age and general condition, the surgeon consultation considered her as inoperable and offered a surgical gastrostomy. So a endoscopic diverticulectomy was considered as a therapeutic option for the management. Endoscopic Zenker diverticulotomy was done using flexible endoscope under deep sedation. At first a guide wire passed into the stomach, then a NG tube passed to keep the lumen of esophagus open, then the cricopharyngeal muscle and septate between diverticula and esophagus cut with knife and 4 hemoclips deployed in the site of diverticulectomy and hemostasis achieved. Both the procedure and the postoperative course were free of complications. The patient kept NPO for 72 h then she permitted to swallow water and the day after, she start to eat. 5 days after procedure, she discharged with improvement of general condition

**DISCUSSÃO:** Traditionally surgical resection has been the optimal treatment of esophageal (Zenker) diverticula over the past century. Developments in minimally invasive surgery and new endoscopic devices have led to a paradigm change.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Nowadays, Zenker’s Diverticulum can be treated by flexible endoscopy as a quick and safe technique

**CONTATO AUTOR:** LUCIANO LENZ | [Luciano88lenz@gmail.com](mailto:Luciano88lenz@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101978 – Lesões gástricas como apresentação atípica de tuberculose: relato de caso

**AUTORES:** Nicolle Mesquita Salvadori (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Victor Vasconcelos da Silva (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Mylena Munaro Bruschi (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Saulo Bueno de Azeredo (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Rubens Rodriguez (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Robson Rottenfusser (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Marina Ractz Bueno (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Julia Pastorello (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Martina Estacia Da Cas (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Crislei Casamali (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 52 anos, encaminhada a hospital de referência por distensão abdominal, vômitos e perda ponderal. TC de tórax com derrame pleural bilateral. TC de abdome mostrou ascite, sinais sugestivos de carcinomatose peritoneal e pequenos granulomas hepáticos. Videolaparoscopia diagnóstica e lavado peritoneal normais. Dosagens de marcadores tumorais negativos. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) identificou duas áreas deprimidas (0-IIc de Paris), irregulares, mal delimitadas, pálidas, com cerca de 20mm e 25mm, na grande curvatura gástrica distal. Anatomopatológico mostrou gastrite crônica granulomatosa, sem necrose caseosa, compatível com tuberculose (TB). Pesquisa de BAAR foi positiva para coloração de Wade. Paciente encaminhada ao ambulatório de infectologia para tratamento.

**DISCUSSÃO:** A TB é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, sendo a manifestação pulmonar a mais frequente. O acometimento do trato gastrointestinal perfaz apenas 5% dos casos e o envolvimento gástrico é raro.

Não há sintomatologia específica e o diagnóstico endoscópico é difícil. EDA é fundamental na identificação e biópsia das lesões, frequentemente vistas como úlceras (57-95%) na pequena curvatura do antro. Outras apresentações infrequentes são hipertrofia de pregas e lesões subepiteliais. O diagnóstico diferencial é feito com infecção gástrica por sífilis, fungos, doença de Crohn, sarcoidose, gastrite granulomatosa primária e carcinoma. A visualização histológica de granulomas caseosos e/ou a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por exame direto, cultural ou técnicas de PCR, permite estabelecer o diagnóstico. O rendimento das biópsias endoscópicas é baixo e o diagnóstico geralmente é feito a partir de peças cirúrgicas devido a complicações como obstruções, perfurações, abscessos e sangramentos maciços. Nesse caso, o diagnóstico firmado pelas biópsias endoscópicas mudou a conduta terapêutica, já que foi possível inferir que o diagnóstico de lesões peritoneais se tratava da mesma doença. O paciente foi encaminhado para tratamento clínico com esquema tuberculostático convencional por 9 a 12 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico de tuberculose gástrica exige alto grau de suspeição. Este caso se faz importante pois evidencia lesões de morfologia atípica à endoscopia, em relação às relatadas na literatura. Além disso, o diagnóstico firmado a partir de biópsias endoscópicas mudou a conduta terapêutica. A raridade dessa patologia e sua apresentação endoscópica justifica o relato.

**CONTATO AUTOR:** NICOLLE MESQUITA SALVADORI | nicolle\_ms@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101998 – DOENÇA DE MÉNÉTRIER: RELATO DE CASO EM ADULTO

**AUTORES:** TAYSSA BRANDÃO PACHECO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), ANDRÉ LUIS VOLPATTO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), PAOLA de ARAÚJO SARDENBERG ALVES (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), DIOGO de OLIVEIRA LIMA (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), DANIEL VILELA MARTINS (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), ROBERTA FRANCO PICCHIONI (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), CAIO COLTURATO COIMBRA (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), DIOGO PERAL CAETANO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, admitido com queixa de epigastralgia, perda ponderal, vômitos e dispepsia. Sem comorbidades ou cirurgias prévias. Durante investigação diagnóstica, inicialmente foi realizada TC de abdômen com espessamento e realce parietal inespecífico da mucosa gástrica. Posteriormente, realizado endoscopia digestiva alta, evidenciando hipertrofia das pregas gástricas em corpo e fundo, múltiplas erosões e uma úlcera em parede posterior do estômago em atividade. Ao exame ecoendoscópico, visualizado espessamento difuso da segunda camada gástrica (muscular da mucosa). O resultado do anatomopatológico das biópsias evidenciou gastrite crônica com hiperplasia foveolar regenerativa intensa, atrofia glandular superficial e profunda e congestão vascular, com pesquisa de *H. pylori* negativa. Exames laboratoriais complementares evidenciaram hipoalbuminemia e citomegalovírus positivo. Iniciado inibidor de bomba de prótons e medicações sintomáticas, com paciente evoluindo com melhora das queixas após 3 dias de internação, recebendo alta para seguimento ambulatorial. Endoscopias de controle evidenciaram melhora significativa das alterações prévias, com paciente mantendo bom controle dos sintomas com IBP.

**DISCUSSÃO:** A Doença de Ménétrier, também chamada de gastropatia hipertrófica perdedora de proteína, é uma condição adquirida rara do estômago, que afeta 1 em cada 200.000 habitantes, caracterizada pelas pregas gigantes da mucosa de fundo e corpo gástrico, hiperplasia foveolar e hipoalbuminemia. A apresentação clínica é inespecífica, com sintomas como epigastralgia, náuseas, anorexia e sintomas relacionados à hipoproteinemia, como edema e ascite. Mais comum em adultos entre 40 e 60 anos, tem potencial maligno se não resolvido precocemente. Há raros relatos de remissão espontânea da doença. Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam hipoproteinemia, com perda proteica entérica aumentada. A etiologia ainda não é bem esclarecida, porém há indicativos de associação com causas infecciosas, como por *H.pylori* e Citomegalovírus.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A Doença de Ménétrier é incomum e apresenta um quadro clínico pouco específico, tornando-se difícil a suspeição diagnóstica. Tem uma evolução variável, desde a resolução espontânea até a malignização, por isso a importância da realização da endoscopia digestiva alta com biópsias para diagnóstico precoce. Seu tratamento é desafiador e a melhor abordagem terapêutica não está clara, por isso a importância de mais ensaios clínicos.

**CONTATO AUTOR:** TAYSSA BRANDÃO PACHECO | tata\_tayssa@hotmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102008 – Impactação de corpo estranho no esôfago de difícil resolução em adulto jovem**

**AUTORES:** David Eccard José (Hospital Ana Costa - Santos - São Paulo - Brasil), Ricardo Sato Uemura (Hospital Ana Costa - Santos - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Junior (Hospital Ana Costa - Santos - São Paulo - Brasil), Rogério Kuga (Hospital Americas - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 34 anos, deu entrada no pronto socorro com queixa de disfagia e sialorreia após ingestão de carne há cerca de 12 horas, referindo que já teve episódios semelhantes há alguns anos, e estava em investigação diagnóstica com suspeita de acalásia. Foi submetido a endoscopia digestiva alta para avaliação, sendo evidenciado diversos pontos anelares de constrição no esôfago. A cerca de 25 centímetros da arcada dentária superior existia uma área de estenose que impedia a progressão do gastroscópio convencional, sendo então optado pelo uso de broncoscópio para avaliação. Logo em esôfago distal foi observado uma impactação alimentar ocluindo toda luz do órgão, contendo partículas não aspiráveis e sendo então iniciado a sua remoção com auxílio de pinça dente de rato, com certa dificuldade devido a fragmentação do material, na qual acarretou em um longo tempo de exame e uso de diversos outros instrumentos para remoção completa, como: alça com rede, tripé e basket. Após diversas entradas com o aparelho e retirada de fragmentos, foi obtido a remoção de todo material impactado. Durante a realização do restante da esofagogastroduodenoscopia, não foi identificado demais alterações, exceto discretas lacerações superficiais no esôfago em trajeto proximal a impactação. Em seguida foram colhidas 4 amostras de biópsias em esôfago proximal e distal, além de outras amostras no antro gástrico e duodeno para elucidação diagnóstica, que logo confirmou como etiologia de base a esofagite eosinofílica.

**DISCUSSÃO:** A esofagite eosinofílica é uma condição crônica e imunomediada que cursa com disfunção da motilidade esofágica, sendo considerada atualmente a principal causa de disfagia para sólidos em adultos. Deve ser suspeitada e considerar sua pesquisa através de biópsias em todo caso de impactação alimentar em pacientes jovens, principalmente quando não apresentam outra alteração endoscópica compatível com a disfagia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Sabe-se que 80% dos corpos estranhos passam espontaneamente pelo trato digestivo, 19% necessitam de alguma terapia clínica ou endoscópica e somente cerca de 1% necessita de cirurgia. A definição diagnóstica precoce da causa da disfagia, principalmente em pacientes jovens, é de suma importância para evitar a progressão da doença e facilitar o tratamento de possíveis complicações futuras, assim como o insucesso da resolução por técnicas minimamente invasivas como a endoscopia digestiva, e podendo demandar de tratamento cirúrgico nessa minoria dos casos.

**CONTATO AUTOR:** DAVID ECCARD JOSE | davejose90@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102024 – LINFOMA MALT AVANÇADO COM LINITE PLÁSTICA

**AUTORES:** LUCAS ZOUAIN FIGUEIREDO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), KENDI YAMAZAKI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JULIA MAYUMI GREGÓRIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LEONARDO DE SOUZA FONSECA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUCAS GIOVINAZZO CASTANHO BARROS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO DA COSTA MARTINS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA PAULA SAMY TANAKA KOTINDA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SERGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminino, 50 anos, interna por náuseas e vômitos incoercíveis, dor abdominal e esplenomegalia. Realizou EDA que mostra mucosa de cárdia e corpo com aspecto infiltrado e espessado, com áreas avasculares, compatível com linite plástica. Foram realizadas biópsias gástricas. O exame anatomopatológico mostra infiltração por linfoma Não-Hodgkin em mucosa de corpo e cárdia com metaplasia intestinal. O estudo imuno-histoquímico confirma linfoma de zona marginal extra-linfonodal (tipo MALT). H. pylori negativo. Foi realizado PET-CT para estadiamento, que mostrou espessamento acentuado e heterogêneo da parede de todo o estômago com captação difusa, espessamento do grande omento adjacente ao estômago com captação difusa, linfonomegalia na cadeia torácica interna esquerda e cadeias cardiopneumônicas direita e esquerda. Foi estadiado como Linfoma MALT gástrico IV E. Após estadiamento da doença, foi programada Quimioterapia. Evolução: Iniciado QT (RCHOP) e após segunda sessão de quimioterapia, Interna por neutropenia febril. A TC mostra redução das dimensões das linfonomegalias pericardiopneumônicas e para-aórticas e nova endoscopia mostra que surgiram áreas com intenso enantema e áreas ulceradas.

**DISCUSSÃO:** Linfoma primário gástrico é o sítio extra-nodal mais comum dos linfomas não-Hodgkin. Os tipos histológicos mais comuns são linfoma de células B da zona marginal (tipo MALT) e linfoma difuso de grandes células B (mais comum). Os linfomas MALT são lesões de baixo grau, enquanto que os linfomas de grandes células B são de alto grau. O linfoma MALT está fortemente associado com H. pylori e outros fatores ambientais como obesidade, assim como fatores genéticos. Apresentação clínica varia de náusea, dor abdominal, até hemorragia digestiva, anemia, emagrecimento e sintomas B. A aparência endoscópica pode ser de erosões irregulares, úlceras, pregas espessadas e nodularidade. O estadiamento é mandatório, e os exames de imagem utilizados são TC de tórax e abdome; Eco-EDA e PET-CT. Classificação de Ann Arbor de linfoma gástrico: IE: Restrita ao estômago, IIE: Extensão para linfonodos, IIIE: linfonodos em ambos os lados do diafragma, IVE: Extensão para tecido extra-gastrointestinal ou outros órgãos. A primeira linha de tratamento para MALT de estágios precoce é a erradicação do H. pylori, enquanto que para estágios avançados, é recomendado associar quimioterapia, imunoterapia, radioterapia ou Cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Linfoma MALT está entre os tipos mais comuns de linfoma extra-nodal e tem evolução indolente.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS ZOUAIN FIGUEIREDO | lucaszf2@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102025 – ESÔFAGO NEGRO EM PACIENTE COM PANCREATITE GRAVE - UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Mariana Saad Guarda (Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Amantini Messias (Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil), Giovanna Riccitelli (Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 71 anos, com quadro clínico de agudização de doença renal crônica. Relatou ser portadora de doença renal crônica não dialítica, hipertensão arterial, diabetes, hipotireoidismo e acidente vascular encefálico prévio há 15 anos. Realizado diagnóstico de síndrome urêmica e aberto protocolo de sepse de foco urinário. Encaminhada para a unidade de terapia intensiva com antibioticoterapia de amplo espectro, sendo indicado diálise pela equipe da nefrologia. Evoluiu com piora clínica e laboratorial associado a distensão abdominal, sendo optado pela realização de tomografia de abdome. O exame identificou pâncreas de morfologia normal apresentando múltiplos focos gasosos adjacentes à cauda e corpo pancreáticos e fundo gástrico com intensa obliteração da gordura adjacente. Com base nesses achados aventou-se a hipótese de pancreatite aguda grave. Após 10 dias de internação, paciente evoluiu com quadro de hematêmese e melena associado a instabilidade hemodinâmica, sendo submetida a endoscopia digestiva alta. Exame demonstrou esôfago negro estendendo-se até próximo da cárdia, sem evidência de sangramento no momento, associado a úlceras ativas no corpo gástrico (forrest IIC) e úlcera ativa no bulbo duodenal (forrest IV). Realizado escleroterapia sem intercorrências e passagem de sonda pós pilórica". Paciente sacou a sonda nasoenteral e nova endoscopia digestiva foi solicitada para repassagem da mesma. Após 72 horas do exame inicial, o novo exame endoscópico demonstrou "cicatriz de úlcera gástrica S1 de Sakita, úlcera bulbar H2 de Sakita e não evidenciou mais o esôfago negro, com total reperfusão do órgão.

**DISCUSSÃO:** A necrose esofágica aguda ou esôfago negro é uma rara causa de hemorragia digestiva alta, caracteriza-se por enegrecimento circunferências e difuso da mucosa esofágica. A fisiopatologia parece ser multifatorial e é provavelmente secundária a uma combinação do comprometimento isquêmico como estado de baixo fluxo e desnutrição. Estados de má perfusão podem afetar outros sistemas concomitantemente como por exemplo, a circulação esplâncnica, causando hipoperfusão de órgãos como fígado e pâncreas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato de caso traz um dos exemplos descritos no qual a paciente apresenta alguns fatores de risco para desenvolvimento do esôfago negro. A evolução clínica favorável dependeu de adequada reposição volêmica e melhora do status perfusional. Finalmente ressaltando a rápida recuperação completa da mucosa esofageana após 72 horas da constatação do esôfago negro.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA SAAD GUARDA | mari\_ypm@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102034 – INTUSSUSCEPÇÃO DE ALÇA INTESTINAL EM GASTRECTOMIA A BII IDENTIFICADA POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Andressa Tomé Rezende de Faria (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Celso Ardengh (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tarik Walid Omairi (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna de Castro Oliveira (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente de Paula (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo de Andrade Bertolotto (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro krubniki (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Cristina de Moraes Freitas (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Andressa da Silva Santos (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Isabella Rodrigues Magalhães (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 67 anos, com antecedente de gastrectomia a BII devido úlcera gástrica há 30 anos, foi admitido no Hospital Ipiranga, em São Paulo, com quadro agudo de dor abdominal e vômitos. Realizada endoscopia digestiva alta que identificou invaginação de alça eferente ao nível da gastroenteroanastomose, com mucosa hiperemiada, friável ao toque do aparelho e com pontos de necrose. Confirmado o diagnóstico de intussuscepção de alça alimentar devido a gastrectomia a BII. Paciente foi submetido correção cirúrgica e cursou com boa evolução.

**DISCUSSÃO:** A intussuscepção jejuno-gástrica é uma rara complicação pós-gastrectomia a Billroth II reconhecida pela primeira vez por Bozzi em 1974. Acomete cerca de 0.1% das ressecções gástricas e pode ser relatada em qualquer período do pós-operatório (relatos de 5 dias a 35 anos). Apresenta altas taxas de mortalidade quando diagnosticada tardiamente, que pode chegar a 50% em pacientes com mais de 48 horas de evolução. As principais causas relacionadas são: espasmo jejunal e antiperistalse pela acidez gástrica, largo calibre da boca anastomótica e pressão intra-abdominal aumentada. Anatomicamente, pode ser de alça aferente (16%), de alça eferente (74%) e de ambas as alças (10%). As principais manifestações clínicas são: dor epigástrica, vômitos incoercíveis e a hemorragia digestiva alta, encontradas em paciente com histórico de gastrectomia recente ou de longa data. Nos casos crônicos têm-se dor abdominal pós-prandial, aliviada por vômitos e com resolução espontânea como sintoma evidente. A confirmação diagnóstica é por meio da endoscopia, que mostra o coto gástrico ocupado por alça intestinal com ou sem necrose, e pelo exame contrastado do estômago, que ilustra falha de enchimento gástrico (aspecto em “casca de cebola”). O tratamento de escolha é cirúrgico e realizado por remoção da intussuscepção, quando viável, ressecção do segmento comprometido ou gastrectomia com reconstrução em Y de Roux.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A intussuscepção de alça alimentar é uma complicação rara que deve ser diagnosticada e tratada de maneira rápida e eficaz. O tratamento cirúrgico é mandatório, principalmente em casos agudos, e técnica mais utilizada é a reconstrução em Y de Roux. A EDA também é capaz de promover alívio dos sintomas em casos selecionados. O prognóstico favorável depende do diagnóstico precoce, portanto, fica evidente a relevância dessa condição na prática clínica e cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** ANDRESSA TOME REZENDE DE FARIA | [andressatome@hotmail.com](mailto:andressatome@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102048 – BEZOAR EM PACIENTE APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO HARUO YANO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO GARDENAL TELES (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 30 anos, operada por cirurgia bariátrica Bypass há 2 anos, após ter procurado a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por duas vezes, deu entrada no serviço de emergência hospitalar devido quadro de náuseas e vômitos há 7 dias após a ingestão de alimentos associados a dor abdominal em região epigástrica. Ao exame físico apresentava-se com desidratação leve e dor à palpação de epigástrio.

Foi realizada tomografia de abdome que evidenciou massa arredondada e heterogênea em topografia de coto gástrico. Aventado a hipótese diagnóstica de bezoar gástrico, a paciente foi submetida à endoscopia digestiva alta, onde foi visualizado conglomerado escurecido e endurecido de restos alimentares, uma tentativa de dissolução do bezoar utilizando pinça de biópsia foi realizada, sendo o mesmo parcialmente desfeito, optado então pela administração de Coca Cola por via oral durante um período de 12 horas. Após esse período, foi realizada endoscopia de controle, não sendo observado presença de corpo estranho. A paciente recebeu alta com melhora das queixas.

**DISCUSSÃO:** Os bezoares gástricos são por definição um conglomerado endurecido que pode ser formado por componentes diversos, como vegetais, cabelos, medicamentos, compostos lácteos. São entidades raras, envolvendo menos de 1% das endoscopias e tem sintomatologia inespecífica. Os pacientes com maior risco compreendem os idosos, diabéticos com neuropatia, pacientes submetidos às cirurgias bariátricas e gastrectomia parcial com vagotomia ou piloroplastia. Os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tem fatores de risco que aumentam a probabilidade da formação dos bezoares. Na abordagem diagnóstica é possível lançar mão de tomografia de abdome, radiografias com e sem contraste e por fim a endoscopia digestiva alta. O tratamento desta entidade clínica pode envolver desde a administração de agentes que possam degradar o bezoar, como celulase, papaína, Coca-Cola e acetilcisteína, bem como o tratamento endoscópico ou até mesmo cirúrgico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Com o crescente número de cirurgias bariátricas, ainda que seja rara a ocorrência deste caso, pode-se obter um aumento de sua incidência, fazendo-se necessária alta suspeição para que seja possível fazer diagnóstico de maneira rápida e encaminhar o paciente para local onde haja serviço de endoscopia.

**CONTATO AUTOR:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA | priscila@live.ru

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102049 – COMPLICAÇÃO ESOFÁGICA DE MAL POSICIONAMENTO DE BALÃO DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

**AUTORES:** LUCAS ZOUAIN FIGUEIREDO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA PAULA SAMY TANAKA KOTINDA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JULIA MAYUMI GREGÓRIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LEONARDO DE SOUZA FONSECA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUCAS GIOVINAZZO CASTANHO BARROS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), RICARDO SATO UEMURA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO DA COSTA MARTINS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SEGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 58 anos, portador de Cirrose Hepática sem etiologia definida, veio transferido de outro serviço com relato de hemorragia digestiva alta varicosa exteriorizada por melena, onde foi realizada ligadura elástica de varizes esofágicas e passagem de balão de Sengstaken-Blakemore devido à persistência de sangramento e instabilidade hemodinâmica.

Na admissão, foi observado que o balão estava mal posicionado e insuflado há mais que 48 horas.

Foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou coágulos na luz do esôfago, além de hematomas na mucosa e cordões varicosos de grosso calibre com ligaduras elásticas recentes, sem sangramento ativo.

Após dois dias, foi repetida a endoscopia sendo observado em terço médio e distal do esôfago (entre 29 e 37cm da ADS), úlcera circunferencial e fundo com áreas de fibrina, necrose e alguns coágulos, correspondendo a área de insuflação do balão de Sengstaken-Blakemore. Não foi observado ponto de ruptura esofágica.

Após quatro dias de internação, paciente evolui com disfunção de múltiplos órgãos e óbito.

**DISCUSSÃO:** Em pacientes com Cirrose Hepática, varizes esofágicas são formadas em uma taxa de 5-15% dos pacientes por ano, sendo que 1/3 dos pacientes com varizes esofágicas vai apresentar sangramento. Hemorragia varicosa é uma emergência médica associada com mortalidade na ordem de 10-20% em 6 semanas. As opções terapêuticas atuais são medicamentosas (ex. terlipressina), endoscópicas (ligadura elástica, esclerose), cirúrgicas e colocação de TIPS.

O tamponamento com balão é uma forma efetiva de atingir hemostasia a curto prazo para sangramento varicoso, mas devido às complicações como ruptura esofágica (cerca de 14%) e o risco de ressangramento após desinsuflação do balão (cerca de 50%), é reservado para estabilização temporária do paciente até que um tratamento mais definitivo possa ser instituído.

Para evitar complicações, é necessário tomar alguns cuidados como intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas antes do procedimento, confirmação radiográfica da posição do balão intragástrico, e se atentar às pressões de insuflação e de tensão do balão após posicionado. Recomenda-se também que o balão seja passado por profissional experiente, devendo-se respeitar o tempo máximo de 12-24h de permanência do balão.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tamponamento com balão é alternativa de curto prazo efetiva para sangramento refratário a primeira linha de tratamento mas traz riscos de complicações se não forem respeitados alguns cuidados.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS ZOUAIN FIGUEIREDO | lucaszf2@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102051 – DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOMA EM PACIENTE COM SINTOMA DISPÉPTICO : RELATO DE CASO

**AUTORES:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO GARDENAL TELES (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO HARUO YANO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 49 anos, obesa, com queixa de epigastralgia há cerca de 4 meses, estava em uso de inibidor de bomba de prótons devido provável doença do refluxo gastroesofágico, sem melhora significativa dos sintomas, foi encaminhada para o serviço para realização de endoscopia digestiva alta. Ao exame físico não apresentava nenhuma alteração.

Após a realização da endoscopia digestiva alta, foi evidenciada uma área edematosa focal sobrelevada em esôfago médio de aspecto , além de teste da urease positivo. Uma vez que no serviço não havia disponibilidade de ecoendoscopia, foi realizada biópsia sobre biópsia, restante do exame dentro da normalidade e testa da urease positivo. Paciente recebeu tratamento para H.pylori. O resultado do anatomopatológico foi conclusivo para leiomioma submucoso, sendo confirmado através de imunohistoquímica.

**DISCUSSÃO:** O H.pylori é uma infecção a qual apresenta sintomatologia diversa, incluindo a epigastralgia, motivo pelo qual os pacientes procuram atendimento especializado, sendo a endoscopia, um dos principais exames realizados para fazer esse diagnóstico.

Por sua vez, a endoscopia pode diagnosticar outros tipos de doenças até mesmo de forma insperada, tais como, pólipos, tumores malignos e tumores benignos . Os tumores benignos do esôfago são raros e na maior parte das vezes assintomáticos. A idade média de surgimento é entre a terceira e quinta décadas, sendo mais frequentes no sexo masculino.

Tem-se observado um aumento da incidência, que possivelmente é decorrente da disseminação da endoscopia digestiva e ultrassonografia endoscópica. Sabe-se que estes tumores tem crescimento lento e a maioria não requer terapêutica específica, sendo necessária no surgimento de sintomas, e no caso dos leiomiomas maiores que 4 cm.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Com base no resultado obtido através do exame, a paciente foi referenciada para acompanhamento no ambulatório de gastroenterologia, então, a mesma deveria ser encaminhada para realização de ultrassonografia endoscópica para melhor avaliação da lesão, uma vez que este exame possibilita avaliação adequada do tamanho da lesão, presença de linfadenopatia e características potencialmente malignas.

**CONTATO AUTOR:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA | priscila@live.ru

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102075 – Melanoma gástrico como sítio primário de neoplasia em paciente negro identificado por endoscopia digestiva alta**

**AUTORES:** Marcel Lima Andrade (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Geysel Maria Lima da Piedade (Hospital Ipiranga - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Andrade Hilgemberg (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Amanda Alencar Cavalcanti Carneiro da Cunha (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lúcio Antônio Pereira Júnior (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Moraes Alves Fabbri (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 68 anos, negro, com queixa de fraqueza, tontura, dispneia, dor abdominal e relato de icterícia transitória há 2 meses. Apresentava anemia normocítica normocrômica e realizada ultrassonografia de abdome mostrando lesões hepáticas sugestivas de metástase. Investigação etiológica com tomografia confirmou aspecto metastático de lesões hepáticas, com múltiplas lesões nodulares, bem como lesões líticas em corpo vertebral. Realizada colonoscopia que não mostrou alterações e endoscopia digestiva alta que encontrou pigmentos enegrecidos em mucosa gástrica e duodenal. Biopsia e imuno-histoquímica que mostrou mucosa gástrica infiltrada por melanoma maligno com imunoexpressão de S100, Melan A e HMB45. Paciente apresentava apenas melanoses solares e nevos sem sinais de atipia, com restante do exame dermatológico sem alterações. Devido acometimento difuso e avançado, paciente encaminhado para oncologia para tratamento quimioterápico paliativo.

**DISCUSSÃO:** Melanoma é uma doença originada do crescimento desordenado de melanócitos, que são células produtoras de pigmento de origem neuroectodérmica e que podem ser encontradas por todo corpo. Os melanomas podem tanto se originar de superfícies cutâneas como mucosas, sendo estes últimos de baixa incidência, variando de 0,8-3,7% de todos os melanomas diagnosticados. Populações com tons de pele mais escuros desenvolvem formas mais incomuns, sendo elas principalmente os melanomas acral e de mucosa, porém ainda em baixas taxas de incidência. O trato gastrointestinal (TGI) tem uma baixa incidência desses tumores, sendo o intestino delgado o órgão mais afetado. As manifestações clínicas do melanoma gástrico são inespecíficas e nem sempre relacionadas ao TGI. O melanoma gástrico metastático é mais comum que o melanoma gástrico primário. Sua origem não está clara tendo em vista que não se tem demonstrado a presença de melanócitos nos tecidos do estômago. O prognóstico desses pacientes geralmente é reservado, tendo em vista que é comum a presença de lesões a distância no momento do diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O melanoma gástrico primário é uma entidade rara e tem comportamento diferente daqueles originados da pele. Suas manifestações clínicas são inespecíficas, o que dificulta e atrasa o diagnóstico, contribuindo para um prognóstico mais reservado para o paciente.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL LIMA ANDRADE | marcel-94@hotmail.com.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102082 – Amiloidose mimetizando câncer gástrico com sangramento digestivo alto – relato de caso

**AUTORES:** Igor Logetto Caetité Gomes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), André Bubna Hirayama (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Victor Logetto Caetité Gomes (Centro Universitário UNIRG - Gurupi - Tocantins - Brasil), Gabriela Malaquias Barreto Gomes (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina Esteves de Moraes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Claudio Lyoiti Hashimoto (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem de 65 anos com perda ponderal progressiva de 8kg ao longo de seis meses, associada a empachamento, hiporexia, fraqueza e episódios intermitentes de melena. Os exames laboratoriais demonstravam anemia ferropriva. Tomografia computadorizada de abdome com espessamento parietal circunferencial de fundo e corpo gástrico, perda do pregueado mucoso e suspeita radiológica de neoplasia gástrica primária. Endoscopia digestiva alta evidenciava a presença de lesão ulceroinfiltrativa com sangramento em porejamento autolimitado, friável, recoberta parcialmente por tampão fibrino-hemático, medindo cerca de cinco centímetros, localizada um centímetro abaixo da cárdia e se estendendo pela grande curvatura, parede anterior e posterior de corpo proximal, limitando a expansão do órgão à insuflação. O aspecto endoscópico era compatível com a hipótese de lesão neoplásica da junção esofagogástrica classificação de Siewert III. À microscopia, presença de depósitos amorfos eosinofílicos homogêneos na camada submucosa, sem atipias em epitélio. A coloração vermelho Congo foi positiva para proteína amiloide, com birrefringência verde na microscopia de luz polarizada, estabelecendo o diagnóstico de comprometimento gástrico por amiloidose.

**DISCUSSÃO:** Amiloidose é uma condição relacionada à deposição extracelular de proteínas fibrilares anormais. Por ser rara, é pouco aventada como possibilidade dentro dos diagnósticos diferenciais pelos endoscopistas. O trato gastrointestinal é uma das localizações comumente envolvidas. Do ponto de vista endoscópico, a amiloidose com comprometimento gástrico pode se apresentar sob a forma de lesões nodulares, ulceradas ou infiltrativas. Outros achados adicionais incluem áreas de edema, enantema, friabilidade, erosão, retração e espessamento de pregas. As manifestações clínicas do envolvimento gástrico são inespecíficas e incluem hiporexia, náuseas, vômitos, epigastralgia, desconforto abdominal. Desta forma, a amiloidose pode mimetizar clínica e endoscopicamente outras doenças como neoplasias, sífilis, tuberculose e doença de Menetrier, requerendo um elevado nível de suspeita.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Trata-se de um caso raro de amiloidose provocando sangramento digestivo alto por lesão gástrica ulceroinfiltrativa. A suspeita inicial era de neoplasia gástrica. O caso exemplifica uma das possibilidades que deve fazer parte do rol de diagnósticos diferenciais do endoscopista.

**CONTATO AUTOR:** IGOR LOGETTO CAETITÉ GOMES | [ilogetto@hotmail.com](mailto:ilogetto@hotmail.com)



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102101 – Tratamento endoscópico de lipoma duodenal sintomático pela técnica de loop-and-let-go: relato de caso

**AUTORES:** Nicolle Mesquita Salvadori (Universidade de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Rodiguero (Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil), Pedro Zoppas Da Silva (Universidade de Santa Cruz do Sul - Santa Cruz do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Crislei Casamali (Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.M., feminina, 53 anos, procurou atendimento por sensação de bolus, pirose e plenitude pós-prandial há 4 meses, sem resposta ao tratamento clínico. Em Endoscopia Digestiva Alta, evidenciou-se esofagite erosiva leve (Los Angeles A), além de lesão polipoide de 3 cm, pediculada, de coloração amarelada, na segunda porção duodenal. Realizou-se biópsias com pinça, cujo resultado histopatológico relevou lipoma. Prosseguiu-se o tratamento endoscópico pela técnica “loop-and-let-go”.

**DISCUSSÃO:** Lipomas são tumores benignos oriundos de adipócitos. No trato gastrointestinal (TGI), ocorrem com maior frequência no colón. Lipomas duodenais são raros, se desenvolvem na submucosa, apresentando-se como massas isoladas, homogêneas e macias à manipulação. Devido à peristalse intestinal, pode ocorrer a extrusão da massa para o lúmen, formando lesões pediculadas. Usualmente assintomáticos; contudo lesões maiores de 2cm podem apresentar-se com dor abdominal, hemorragia, intussuscepção e obstrução intestinal. O caso relata paciente com síndrome dispéptica que foi refratária ao tratamento clínico. Devido à localização proximal e o tamanho da lesão (3cm), os sintomas foram relacionados à provável dificuldade no esvaziamento gástrico, justificando a abordagem da lesão. No primeiro exame realizado, procedeu-se biópsia com pinça para investigação histopatológica. A literatura endossa o uso da ultrassonografia endoscópica como método de escolha, por permitir investigação detalhada da parede do TGI e facilitar punção aspirativa guiada, fornecendo material citológico. Devido à indisponibilidade dessa técnica, somado ao fato da lesão ter componente endoluminal importante, foi obtido material através de biópsia sob biópsia. Pela presença de pedículo e confirmação histológica de benignidade, optou-se pela técnica loop-and-let-go, que consiste na utilização de endoloop para laçar o pedículo da lesão e promover a ligadura vascular, resultando em isquemia, necrose e desprendimento da base. A lesão é carregada pelo TGI e eliminada nas fezes, enquanto a base cicatriza por segunda intenção. Esta técnica permite que lesões pediculadas sejam removidas sem grandes traumas; ao contrário das que utilizam eletrocautério, que tem maior risco de perfuração; sendo, portanto, mais segura e vantajosa ao paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Contribuímos com a descrição de um caso bem-sucedido do emprego da técnica loop-and-let-go para o tratamento endoscópico de lesões pediculadas do TGI, demonstrando ser segura e eficaz para esse objetivo.

**CONTATO AUTOR:** NICOLLE MESQUITA SALVADORI | nicolle\_ms@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102119 – Ressecção endoscópica de GIST duodenal utilizando técnica de ressecção de parede total

**AUTORES:** RHAMON BARROSO SOUSA (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS DE BRASÍLIA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), LUCAS SANTANA NOVA COSTA (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS DE BRASÍLIA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), MATHEUS CAVALCANTE FRANCO (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS DE BRASÍLIA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 76 anos, apresentando sintomas dispépticos. Endoscopia digestiva alta revelou lesão subepitelial bulbar. Realizada Ecoendoscopia com evidência de uma lesão hipoecóica, homogênea, com limites bem definidos, medindo 1,5 cm, inserida na camada muscular própria, que a punção aspirativa com agulha de biópsia (Acquire®, Boston Scientific, USA) mostrou células fusiformes com positividade para c-kit no imunohistoquímica, compatível com tumor estromal gastrointestinal (GIST). A lesão foi removida por ressecção endoscópica de espessura total com auxílio do dispositivo Padlock® para aparelhos de maior calibre (Padlock Clip Pro-Select® Defect Closure Device), sendo usado um colonoscópio para aplicação do clipe, com posterior ressecção da lesão e da parede total com alça diatérmica monofilamentar (25 mm, Mediglobe). A revisão do leito de ressecção mostrou sítio bem coaptado pelo clipe. Paciente evoluiu assintomática e recebeu alta no dia seguinte. O anatomopatológico da lesão evidenciou o GIST, com índice mitótico nulo, G1 (baixo grau) e margens livres. Endoscopia de controle um mês após mostrou o clipe ainda no leito de ressecção que apresentava bom aspecto.

**DISCUSSÃO:** O advento e o sucesso dos tratamentos endoscópicos possibilita diminuição da morbidade e menor tempo de recuperação quando comparado com a intervenção cirúrgica. A técnica de ressecção endoscópica de espessura total (full thickness endoscopic resection) permite o tratamento definitivo de lesões envolvendo camadas mais profundas do trato gastrointestinal. O clipe Padlock® (Steris, Mentor, OH, USA) é um novo dispositivo da categoria de clipe over-the-scope, que foi introduzido recentemente e que permite a apreensão total da parede do trato digestivo, tendo sido empregado com segurança para ressecção de lesões subepiteliais medindo até 1,5 cm. Lesões maiores que 1,5 cm podem apresentar dificuldade para serem aspiradas para dentro do cap antes da liberação do clipe. Em nosso caso utilizamos o Padlock® de colonoscopia por apresentar maior eixo longitudinal, que permitiria maior espaço para acomodar a lesão em seu interior. Houve leve dificuldade para passagem do dispositivo Padlock® pelo cricofaríngeo, mas sem intercorrências.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ressecção endoscópica de parede total pode ser uma possibilidade terapêutica segura e curativa para casos selecionados de GIST do trato gastrointestinal. No entanto, mais estudos são necessários para melhor análise comparativa com métodos tradicionais.

**CONTATO AUTOR:** RHAMON BARROSO DE SOUSA | rhamon@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102121 – Sífilis gástrica: relato de caso

**AUTORES:** Cláudia Loureiro Martins Medrado (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Iury Jorge Ramos Melo (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Marcus Bruno Correa Lima (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Thaisa Conceição Silva Souza (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Lânia Barreto de Oliveira Menezes (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Priscilla de Moraes Rodrigues (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil), Raquel de Mello Paranaguá (Hospital Municipal de Salvador - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente A.A.F, 23 anos, masculino, queixa de dor abdominal, perda ponderal (30 kg) e hematoquezia há 4 meses. Informou também, previamente, lesão ulcerada em região genital e pápulas eritemato-acastanhas em membros superiores e nádegas. Histórico de relações sexuais sem preservativo e tatuagem há 2 anos em ambiente inapropriado. Na endoscopia digestiva alta (EDA) foi visto em fundo, corpo e antro erosões confluentes, friáveis, recobertas por fibrina, entremeadas por nodularidades, sugestiva de mucosa normal. Na colonoscopia, observado nodularidades em íleo terminal. A biópsia veio com denso infiltrado linfóide e pesquisa para *Helicobacter pylori* negativa. Prosseguiu com imunohistoquímica, consistente com infecção por *Treponema pallidum*. As investigações laboratoriais revelaram hemograma e função renal normais e função hepática discretamente alterada. Sorologias para HIV, HTLV e hepatites virais negativas. Sorologia para sífilis foram positivas para VDRL e FTA-Abs. Em nossa consulta, prescrevemos tratamento com penicilina G benzatina 2,4 milhões, intramuscular, dose única, por três semanas.

**DISCUSSÃO:** A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida predominantemente pela via sexual, e causada pelo *Treponema pallidum*. A história natural apresenta evolução que alterna períodos de atividade, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, e períodos de latência, nos quais não se observa a presença dos sinais ou sintomas. Pode apresentar envolvimento gástrico em menos de 1% dos casos, e quando ocorre, habitualmente encontra-se no estágio secundário ou mais raramente no terciário. O antro gástrico representa a principal sede de lesões sífilíticas do trato gastrointestinal. A sintomatologia é inespecífica, e os sintomas mais comuns são epigastralgia, anorexia, sensação de saciedade precoce, náuseas, vômitos e perda ponderal. A EDA revela diminuição da expansibilidade gástrica. Outros achados que podem ser vistos são enantema, friabilidade, erosões e múltiplas ulcerações. A Penicilina G Benzatina é a droga de escolha, recomendado 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única. Alguns autores sugerem dose semanal, por três semanas, semelhante ao da terciária, por se tratar de uma doença rara, com pouca informação sobre sua evolução.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A sífilis gástrica deve ser suspeitada diante de pacientes jovens, com história de relações sexuais desprotegidas, achados endoscópicos e histológicos semelhantes a carcinoma gástrico, sem comprovação de malignidade.

**CONTATO AUTOR:** CLÁUDIA LOUREIRO MARTINS MEDRADO | loureiroclaudia90@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102148 – TUMORES MESENQUIMAIS- TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINA (GIST): RELATO DE CASO.

**AUTORES:** Paula Morais Freitas (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente Paula (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo Bertolotto (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Faria (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro Krubniki (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Teles Prado (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Silva Santos (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Fernandes Reis (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tarik Walid Omairi (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Otávio Micelli Neto (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Miguel Reynaldo Varca (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 61 anos, dislipidêmica, tabagista e história de CA de língua previamente tratada cirurgicamente, procurou serviço de pronto atendimento, com dor abdominal há oito dias sem alteração do trânsito intestinal. Tomografia de abdome com contraste, que evidenciou lesão expansiva sólida lobulada em corpo gástrico, medindo 6,9x5,4cm, com extensão para planos adiposos adjacentes e contato com o diafragma. Endoscopia digestiva alta, com ulceração irregular, profunda, friável, bordos elevados e endurecidos, com vasos dilatados, interrompidos e irregulares à cromoscopia digital, medindo 25 mm em corpo gástrico. Realizadas biópsias e diagnosticada neoplasia mesenquimal infiltrativa de células fusiformes com moderado pleomorfismo nuclear, e imunohistoquímica com c-kit positivo. A Paciente recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial com a equipe da cirurgia oncológica.

**DISCUSSÃO:** O tumor estromal gastrointestinal representa 80% dos tumores mesenquimais do trato gastrointestinal (TGI) e 5% de todos os sarcomas. São tumores provenientes da camada muscular própria e da mucosa. Originam-se das células de Cajal, conhecidas como células marcapasso do TGI. O GIST é frequentemente encontrado no estômago (60-70%), seguido do intestino delgado (20-25%). A maior parte dos pacientes portadores de GIST são assintomáticos (69%); dor abdominal ocorre em cerca de 19% dos casos. Os diagnósticos diferenciais incluem: leiomioma, leiomiossarcoma, lipoma, schwannomas, tumor glômico e pâncreas ectópico. Os exames de escolha para o diagnóstico de GIST são a endoscopia digestiva alta e a ecoendoscopia para avaliar a camada onde encontra-se a lesão e suas características. Os tipos histológicos mais comuns são: fusiforme (70%), epitelióide (20%) e misto (10%). Avaliando o padrão de imunohistoquímica do GIST observa-se, que mais de 90% apresentam mutação do gene c-kit. Os fatores prognósticos do GIST dependem do tamanho do tumor, idade, número de mitoses por campo, Ki-67, p53 e rotura da cápsula. O tratamento adjuvante está indicado nos casos de: tumor extra-gástrico, >10 cm, >10 mitoses (10/50CGA), tumor >5 cm com >5 mitoses (5/50CGA), rotura de cápsula, em lesões recidivadas ou metastáticas, realizado com Imatinibe, em média por três anos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico de GIST deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de massas abdominais, pois são os tumores mesenquimais mais comuns localizados no trato gastrointestinal e, se diagnosticado precocemente, apresentam boa evolução.

**CONTATO AUTOR:** PAULA CRISTINA DE MORAIS FREITAS | paula\_mfreitas@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102151 – LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA PÉPTICA: RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO FULMINANTE PARA LISE TUMORAL ESPONTÂNEA SOBREPONIDA À INFECÇÃO PELO COVID-19

**AUTORES:** Miriam Richartz Rosa (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Boeira Soares (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Sabrina Comin Bizotto (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Arthur Henrique Weiler Furlanetto (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Laura de Gastro e Garcia (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Victória Scheffer Lumertz (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Montiel Petry (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Eduardo Gatelli (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Natália Junkes Milioli (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 37 anos, obeso, hipertenso, diabético e cirrótico por vírus C Chid A, é admitido à emergência por choque hipovolêmico secundário a hemorragia digestiva alta. Realizada endoscopia que evidenciou úlcera gástrica na pequena curvatura do corpo proximal, classificada como Forrest IIA e submetida a tratamento endoscópico. Biópsia da úlcera gástrica revelou proliferação linfóide atípica em mucosa. Avaliação radiológica complementar demonstrou lesão gástrica infiltrativa, carcinomatose peritoneal, linfonodomegalias pericardiofrênicas e lesões consolidativas no parênquima pulmonar corroborando para o diagnóstico provável de linfoma gástrico. O paciente evoluiu, no entanto, com insuficiência ventilatória por COVID-19 cursando com comprometimento pulmonar de 92% e posterior apresentação clínico laboratorial de síndrome de lise tumoral (SLT), vindo a óbito na mesma internação. O resultado do perfil imuno-histoquímico da lesão gástrica, liberado posteriormente, foi compatível com linfoma não-Hodgkin (LNH) B difuso de grandes células, expressão de C-Myc e Ki-67 de 90%.

**DISCUSSÃO:** O LNH é uma neoplasia que pode se originar de células B e T. O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa 2 em cada 5 dos casos de linfoma no mundo. Entre as causas de LDGCB, a infecção pelo vírus da hepatite C assume papel importante. Ademais, o LNH pode apresentar infiltração extranodal – sendo o estômago o sítio primário mais comum. O paciente do caso apresentava sinais de pior prognóstico não apenas para a neoplasia hematológica de base, mas também para o desenvolvimento da SLT espontânea. O risco é baseado em vários fatores, incluindo idade, tipo e estágio do câncer, nível de lactato desidrogenase, contagem de leucócitos e comorbidades.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O linfoma constitui importante diagnóstico diferencial das úlceras pépticas. O adenocarcinoma é a neoplasia gástrica mais comum, seguida dos linfomas – podendo ser linfoma do tecido linfóide associado a mucosa (MALT) ou LDGCB. A SLT é uma emergência oncológica que ocorre comumente após a introdução de terapia oncológica. O caso em questão apresenta a singularidade de positividade para COVID-19, associado a uma apresentação atípica extranodal do LDGCB. A agressividade é justificada pelo elevado índice mitótico, mas não se sabe até que ponto a infecção por COVID-19 contribuiu para a evolução com óbito fulminante, antes mesmo do diagnóstico tumoral.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS MONTIEL PETRY | lucas.petry@edu.pucrs

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102157 – Uma pílula afiada: O papel da endoscopia na identificação de corpos estranhos e contenção de possíveis complicações

**AUTORES:** Maria Eduarda Rodrigues Zenateli (MULTIVIX - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luísa Ribeiro Cassundé (MULTIVIX - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Sarah Rodrigues Pilon Faria (MULTIVIX - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 60 anos sem antecedentes psiquiátricos, iniciou quadro de odinofagia e sialorreia após a ingestão de comprimidos. No PS, foi liberada após analgesia. Após 3 dias, retornou apresentando mesmos sintomas adicionados a dor em região do tórax e pescoço.

Após radiografia sem sinais de complicações, foi submetida à endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou em terço superior do esôfago, a 15 cm da arcada dentária superior, 1-2 cm abaixo do cricofaríngeo, um comprimido envolto no blister, cortado em formato quadrangular e impactado na parede lateral esofágica direita, com pequena área de laceração profunda/perfuração nesta topografia. Em acordo com o cirurgião, optou-se por tentar a remoção endoscópica com posterior clipagem endoscópica, considerando as características da lesão, ausência de enfisema subcutâneo e estabilidade clínica. Executada a remoção endoscópica com pinça dente de rato foi confirmado um pequeno orifício de 3 mm compatível com perfuração, o qual foi fechado com um clipe metálico (11 mm de abertura), com sucesso.

Realizada a tomografia computadorizada contrastada, que evidenciou discreta irregularidade parietal com pequenos focos gasosos na gordura adjacente junto ao contorno lateral direito do terço superior do esôfago, achados sugestivos de perfuração.

Após 24 horas de jejum foi iniciada a reintrodução alimentar gradual, com boa aceitação. Recebeu alta após 5 dias, com dor controlada e sem complicações.

**DISCUSSÃO:** Logo após a faixa etária pediátrica, os idosos configuram-se como o segundo grupo que mais sofre com a ingestão de corpos estranhos, sendo o esôfago distal- onde podem causar desde uma perfuração mínima com modesto pneumomediastino até um quadro de mediastinite- e o estômago as localizações mais comuns de impactação. Dentre os casos, 10-20% exigem abordagem endoscópica e apenas 1% cirúrgica. Assim, a utilização da via endoscópica para clipagem de pequenas perfurações demonstra-se além de alternativa eficaz de terapêutica, um instrumento eficiente para evitar complicações e evolução desfavorável.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Mesmo que raras, as complicações da ingestão de corpos estranhos podem ser fatais. Assim, sua apresentação clínica inespecífica exige um método diagnóstico capaz de descartar e impedir a progressão desses eventos, como a EDA, que ao ser realizada em tempo hábil pode alterar o curso clínico de suas complicações secundárias.

**CONTATO AUTOR:** SARAH RODRIGUES PILON FARIA | sarah\_rp@icloud.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102158 – CASO ATÍPICO DE GAVE DE INÍCIO RECENTE E HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA ASSOCIADA

**AUTORES:** Luíza Dias Torres (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Danielle Queiroz Bonilha (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Mariana Franson Fernandes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Júlia Guimarães Fernandes Costa (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Larissa Almeida Campos Esteves (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Gisele Conte Alves Fernandes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Flávia Carolina Oliveira (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Guilherme Hoverter Callejas (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), José Olympio Meirelles Santos (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rafael Guedes Diaz (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Cristiane Kibune Nagasako (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 67 anos, cirrótico por álcool (Child A5, MELD 11) encaminhado ao nosso serviço por episódios de melena iniciados em 2017. Endoscopia digestiva alta (EDA) sem varizes, apresentando raras angiectasias gástricas com sangramento ativo, sendo realizada eletrocoagulação com plasma de argônio (APC). Colonoscopia sem anormalidades. Cerca de 3 meses depois, devido a persistência do quadro e Hb 4,9, foi submetido a outra EDA, com angiectasias erradicadas. Optado pela realização de cápsula endoscópica que demonstrou sangramento ativo em jejuno proximal, confirmado pelo achado de lesão vascular Yano 2B à enteroscopia. Feita hemostasia com adrenalina e colocação de 3 hemoclipes. Após o período de 1 mês de estabilidade clínica e laboratorial, o paciente retorna com novo episódio de sangramento. Optou-se por repetir a EDA antes da indicação de enterectomia, aventada devido à alta taxa de ressangramento em lesões do tipo Yano 2B. A EDA revelou retorno das angiectasias em antro em grande quantidade, caracterizando GAVE, a despeito dos achados em exames anteriores. Terapêutica com APC não foi efetiva para cessar o sangramento e ligadura elástica (LE) foi empregada, com colocação de 6 anéis. Desde então, o paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem recorrência dos episódios e melhora progressiva dos índices hematimétricos.

**DISCUSSÃO:** A hemorragia digestiva média (HDM) corresponde a 5-10% dos casos de sangramento digestivo, sendo angiectasias a causa mais comum. O exame de escolha para o diagnóstico é a cápsula, sendo feita enteroscopia para o emprego de terapêutica endoscópica. Angiectasias gástricas correspondem a 4% dos casos de hemorragia digestiva alta (HDA), podendo estar presente em 6-14% dos cirróticos. Recentemente, a LE vem despontando como uma modalidade promissora no tratamento dessa condição. É incomum a ocorrência de HDA e HDM no mesmo período de tempo em cirróticos, como no caso relatado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Trata-se de um paciente que apresentou diversos episódios de hemorragia digestiva, sendo identificadas duas causas praticamente concomitantes, angiectasias gástricas e lesão vascular Yano 2B em jejuno. É importante enfatizar a necessidade de realizar-se uma propedêutica correta em pacientes com sangramento digestivo antes da indicação de procedimentos cirúrgicos invasivos e associados a alta morbimortalidade.

**CONTATO AUTOR:** LUIZA DIAS TORRES | luiza\_dtorres@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102161 – Tumor Neuroendócrino de Duodeno: Ablação com Ligadura Elástica e Clipe

**AUTORES:** Mariana Franson Fernandes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Danielle Rossana Queiroz Bonilha (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Luíza Dias Torres (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Guilherme Hoverter Callejas (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Flávia Carolina Oliveira (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Júlia Guimarães Fernandes Costa (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rúbia Moresi Vianna Oliveira (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Clauber Teles Veiga (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), José Olympio Meirelles Santos (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Cristiane Kibune Nagasako (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rafael Guedes Diaz (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 53 anos, masculino, com diagnóstico de cirrose hepática (CH), estava em programa de erradicação de varizes esofágicas (VE) para profilaxia secundária. Na endoscopia digestiva alta (EDA), identificou-se, além das VE, uma lesão séssil e endurecida, medindo 8 mm, em parede anterior de bulbo duodenal, cujos achados histopatológicos foram compatíveis com tumor neuroendócrino (TNE) bem diferenciado e Ki-67 <1%. Realizou-se posteriormente uma ecoendoscopia que revelou tratar-se de uma lesão hipocogênica inserida na camada mucosa profunda e submucosa superficial, sem acometimento linfonodal. Diante das comorbidades do paciente e dos achados endoscópicos, ultrassonográficos e histopatológicos, indicou-se tratamento ablativo com ligadura elástica e clipe. Após o intervalo de 1 mês, foi repetida a EDA, com achado de uma retração cicatricial em bulbo, cuja histologia não evidenciou resquícios da lesão prévia. Paciente mantém seguimento clínico e endoscópico regular sem indícios de recidiva.

**DISCUSSÃO:** Os TNE de duodeno correspondem a 1,8-8% dos TNE do trato gastrointestinal, 11% dos TNE de intestino delgado e 1-3% dos tumores duodenais, podendo ser achados incidentalmente durante a EDA. Na maioria dos casos, são menores que 2 cm, não funcionantes, acometendo a mucosa profunda ou a submucosa. O tratamento endoscópico é o método de escolha nos TNE duodenais menores que 1 cm, confinados à submucosa, com baixo índice mitótico, sem invasão linfonodal ou metástases à distância. Dentre as opções terapêuticas, a mais difundida é a mucosectomia, cuja taxa de ressecção livre de lesão é superior a 90%. As técnicas ablativas através do uso da ligadura elástica têm apresentado resultados semelhantes. Mais recentemente, a técnica de ablação com ligadura foi associada à colocação de clipe sob a banda elástica, promovendo melhor separação da camada muscular e segurança adicional ao procedimento, reduzindo o risco de perfuração tardia. Apesar do inconveniente de não se obter a peça para análise histopatológica, as técnicas ablativas têm seu papel sobretudo nos pacientes com comorbidades, como a CH.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os TNE duodenais são lesões pouco frequentes que são passíveis de tratamento endoscópico quando pequenos e bem diferenciados. Entre as opções terapêuticas, a técnica ablativa com ligadura e clipe tem se mostrado simples, segura e efetiva, principalmente quando indicada em pacientes com alto risco de complicações.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA FRANSON FERNANDES | maryfrafer@hotmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102181 – Síndrome de boerhaave: apresentação de caso atípica e tratamento endoscópico conservador

**AUTORES:** Paola de Araujo Sardenberg Alves (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Guilherme Falcão Ribeiro Ferreira (Sociedade Beneficência Portuguesa de Campos - Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 93 anos, procurou atendimento médico com relato de episódio de tosse após ingestão de comprimido analgésico devido à dorsalgia, evoluindo com dor torácica e cervical de forte intensidade. Exame físico de admissão, apresentava queda da saturação de oxigênio, estertores bolhosos na ausculta pulmonar, e enfisema subcutâneo em região cervical. Solicitado tomografia computadorizada de tórax, sendo observado dissecação das paredes esofágicas por gás, separando mucosa da muscular, estendendo-se por todo órgão, assim como pneumomediastino e enfisema no introito torácico, tais achados sugerindo laceração esofágica. Após avaliação da equipe cirúrgica, foi solicitado endoscopia digestiva alta (EDA) para confirmar o diagnóstico. No exame, foi identificada laceração profunda, de limites imprecisos, localizada abaixo do esfíncter esofágico superior (EES). Devido ao perfil da paciente, optou-se por tratamento conservador, com implante de prótese metálica auto expansível (PMAE) esofágica totalmente recoberta, específica para esôfago proximal, sendo sua extremidade superior posicionada ao nível do EES. Foi posicionado também sonda nasoentérica para aporte nutricional. Exame de imagem de controle, realizado 10 dias após procedimento, com prótese bem posicionada, resolução completa do pneumomediastino. Programado retirada da prótese, com três semanas, sendo observado apenas escara no local da laceração, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar com dieta pastosa no dia seguinte.

**DISCUSSÃO:** Síndrome de boerhaave é caracteriza por ruptura espontânea do esôfago, devido ao aumento súbito da pressão intraesofágica combinado com a pressão intratorácica negativa, podendo ser desencadeado por vômitos, tosse, riso ou convulsão. O acometimento mais prevalente é em esôfago distal, porém, pode ocorrer em todo órgão. Lacerações presentes em esôfago cervical, como relatado no caso, costumam ser menos graves, devido a menor chance de evoluir para mediastinite. Sintomas clínicos variam de acordo com a localização, em esôfago cervical nota-se principalmente disfagia, disfonia e dor na nuca. O tratamento cirúrgico apresenta alta morbimortalidade, logo, em pacientes com comorbidades, o tratamento endoscópico deve ser tentado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A síndrome de boerhaave é de difícil diagnóstico e deve ser pensada como diagnóstico diferencial em casos de dor torácica. O tratamento conservador, quando bem indicado, deve ser tentado principalmente em pacientes com alto risco cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** PAOLA DE ARAUJO SARDENBERG ALVES | [paola.berg@hotmail.com](mailto:paola.berg@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102182 – Relato de caso - Esofagite por herpes vírus simples

**AUTORES:** Paulo Haruo Yano Junior (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Paulo Gardenal Teles (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Priscila Gonçalves Pereira (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Waldir Egidio Barbosa Mitidiero (Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Giovanni Gustavo de Souza Avansini (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.A.S, 40 anos, sexo masculino, PVHA, deu entrada neste serviço com queixa de tosse seca e epigastralgia, com piora da dor a alimentação além de episódios de febre. Ao exame queixava de dor com discreto incômodo em epigástrio a palpação além de febre (39,1°C), ausência de lesões vesiculares. Solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) onde evidenciou-se mucosa de aspecto nacarado além de 4 erosões maiores que 5 mm, retilíneas, estendendo-se a partir da TEG, confluentes entre si. Realizada biópsia das erosões que evidenciou esofagite crônica ulcerada associada ao herpes vírus. A imunohistoquímica mostrou presença de anticorpos Herpes Vírus Simples 1 (HSV1) positivo corroborando ainda mais com o diagnóstico. Paciente apresentou melhora com o início do omeprazol e aciclovir, ficando internado na infectologia para controle clínico do HIV e investigação devido a lesão em pele.

**DISCUSSÃO:** Embora a infecção pelo herpes vírus seja comum mesmo em pacientes imunocompetentes, a esofagite herpética é rara. O que torna a esofagite herpética clinicamente importante é a que ela pode se sobrepôr aos sintomas de refluxo deixando muitos pacientes sem o diagnóstico adequado.

Os sintomas mais comuns descritos na literatura são odinofagia e disfagia, tanto para sólidos quanto para líquidos. Entretanto outros sintomas relatados são dor torácica retroesternal, tosse, febre, rash cutâneo associado e hemorragia gastrointestinal. Os paciente podem apresentar lesões labiais ou orofaríngeas coexistentes.

O diagnóstico é feito pelo aspecto endoscópico e confirmado por imunohistopatológico e a doença geralmente tem evolução benigna e autolimitada

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Para diagnóstico definitivo da esofagite herpética é necessário a realização de EDA com coleta de material tecidual. É uma doença frequentemente subdiagnosticada, mas comum em paciente imunocomprometidos. As complicações em pacientes sem comprometimento do sistema imune são raras e a doença e evolução da doença é autolimitada, melhorando em torno de 7 dias. Em pacientes imunossuprimidos o tratamento é recomendado para evitar complicações e um pior desfecho.

**CONTATO AUTOR:** PAULO HARUO YANO JUNIOR | paulo.h.yano@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102193 – Relato de caso - corpo estranho de duodeno

**AUTORES:** Paulo Haruo Yano Junior (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Paulo Gardenal Teles (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Priscila Gonçalves Pereira (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Waldir Egidio Barbosa Mitidiero (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Giovanni Gustavo de Souza Avansini (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** V.A.B, 48 anos, sexo masculino, deu entrada no serviço relatando episódio de hematêmese associado a dor abdominal de início agudo e melena após ingestão de um palito de dente durante a refeição. Durante a admissão observou-se queda de hemoglobina para 7,6 na ocasião, sendo necessário transfusão de 2 concentrados de hemácias. Solicitado endoscopia digestiva alta que observou em transição do bulbo para segunda porção duodenal a presença do corpo estranho (palito de dente) fixado na parede anterior, envolto por edema e enantema importante. Na retirada do mesmo com alça de polipectomia foi observado no local, orifício puntiforme, de aproximadamente 3 mm, com saída de secreção purulenta do mesmo. Iniciado antibióticos, paciente evoluiu com melhora dos sintomas durante a internação e sem sinais de perfuração ao exame físico e nos exames radiológicos tendo então alta com retorno ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A ingestão e impactação de corpos estranhos (CE) são achados comuns na nossa prática ficando atrás apenas das hemorragias digestivas. A grande maioria dos casos (cerca de 75%) ocorre em crianças, sendo o restante em idosos, pacientes psiquiátricos ou prisioneiros. Os CE de trato gastrointestinal alto são mais comuns no esôfago (50-70%), seguido pelo estômago e duodeno.

Na maioria das vezes os pacientes ficam assintomáticos com a passagem do CE do esôfago para o estômago, porém alguns podem desenvolver disfagia e sensação de impactação do CE por várias horas. Sintomas como taquicardia, febre, sudorese e a presença de enfisema subcutâneo podem sugerir perfuração.

Entre 80 a 90% dos CE saíram espontaneamente, sendo 10% com necessidade de retirada por via endoscópica e cerca de 1% necessitarão de cirurgia. O exame endoscópico se mostrou com alta taxa de sucesso para retirada do CE do trato gastrointestinal superior.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Na população em geral os CE são ingeridos acidentalmente, como espinhos de peixe, ossos ou mesmo palitos de dente “escondidos” na comida. O bulbo duodenal é um local conhecido mas raro de impactação pelo CE, com incidência entre 0,4 e 4,6%.

Apresentamos este caso clínico pela raridade na localização do CE (transição bulbo para segunda porção duodenal), sem patologia subjacente e sua apresentação clínica menos comum além do sucesso com o tratamento endoscópico, sem que o paciente tenha desenvolvido alguma complicação com necessidade cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** PAULO HARUO YANO JUNIOR | paulo.h.yano@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102196 – Relato de caso - Tuberculose duodenal

**AUTORES:** Paulo Haruo Yano Junior (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Paulo Gardenal Teles (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Priscila Gonçalves Pereira (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Nahul Pereira da Silva Junior (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Giovanni Gustavo de Souza Avansini (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Waldir Egidio Barbosa Mitidiero (Hospital regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** P.L.F.O, 25 anos, sexo masculino, PVHA com diagnóstico desde os 17 anos de idade, deu entrada no hospital com história de diarreia há 2 semanas com fezes escurecidas e odor atípico associado a dor abdominal tipo cólicas e emagrecimento. Há 5 meses reiniciou tratamento com TARVs, com má aderência a medicação. Exames físicos evidenciaram anemia a esclarecer, sem história de sangramento prévio (hemoglobina: 4,9 e hematócrito: 15,9), sendo então solicitado endoscopia digestiva alta para investigação. Durante o exame foi observado em duodeno, presença de mucosa esbranquiçada, recoberta por fino atapetamento em “pele de pêssgo” acometendo tanto o bulbo quanto a segunda porção, realizado biópsias no local sem intercorrências. Não foram observadas fontes de sangramento que ajudassem na elucidação diagnóstica da anemia. O anátomo patológico mostrou micobacteriose intestinal e a imunohistoquímica confirmou a presença de anticorpo Mycobacterium tuberculosis positivo. Durante a internação paciente apresentou melhora da diarreia com cefepime associado a metronidazol, nitazonamida e fluconazol, porém devido a recusa do tratamento do HIV, o mesmo apresentou piora do estado geral, com rebaixamento do nível de consciência evoluindo com óbito na enfermaria da infectologia.

**DISCUSSÃO:** A prevalência da infecção por Mycobacterium tuberculosis no trato gastrointestinal vem aumentado desde 1985, devido aos casos de SIDA e doenças em populações imigrantes. O local mais comum de acometimento é a válvula ileocecal (80-85%) seguido de cólon ascendente, jejuno, apêndice, duodeno, estômago, colón sigmóide e reto. O envolvimento isolado do duodeno ocorre em menos de 2,5% dos pacientes, podendo levar a sintomas pépticos e até obstrução gástrica. O diagnóstico da tuberculose duodenal pode ser feito pela endoscopia digestiva alta ou enteroscopia por cápsula ou duplo balão.

O tratamento consiste nas drogas usuais para tratamento da tuberculose com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por pelo menos 6 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O acometimento duodenal da tuberculose é raro, e pode simular sintomas dispépticos ou obstrutivos. A presença de sangramento gastrointestinal alto pode ocorrer na tuberculose duodenal, e usualmente há também acometimento gástrico quando presente. Além do tratamento medicamentoso, as vezes estenoses podem exigir ressecção ou plastia cirúrgica, até dilatações por enteroscopia. As dilatações duodenais podem ser feitas por balão quando necessárias.

**CONTATO AUTOR:** PAULO HARUO YANO JUNIOR | paulo.h.yano@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102209 – Tumor Neuroendócrino Gástrico Concomitante com Polipose Hiperplásica – Um desafio de follow-up

**AUTORES:** Flávia Carolina Oliveira (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Danielle Queiroz Bonilha (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), José Olympio Meirelles dos Santos (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rafael Guedes Diaz (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Júlia Guimarães Fernandes Costa (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Guilherme Amorim Souza Faria (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Luíza Dias Torres (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Mariana Franson Fernandes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rubia Moresi Vianna de Oliveira (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 60 anos, com antecedente de hipertensão arterial e psoríase, iniciou investigação de síndrome paraneoplásica devido quadro de TVP em membro inferior esquerdo e neuropatia periférica. Laboratoriais evidenciaram anemia, macrocitose e deficiência nos níveis séricos de vitamina B12. Endoscopia digestiva demonstrou atrofia gástrica, múltiplas lesões polipoides sésseis, de superfície avermelhada em fundo e corpo, medindo entre 8-15 mm, algumas com aspecto suspeito de tumor neuroendócrino (TNE). Biópsias foram consistentes com pólipos hiperplásicos, pesquisa de *H. pylori* positiva e atrofia com estágios OLGA II/OLGIM I. Durante o seguimento, PET- CT com análogo de somatostatina demonstrou captação em duas áreas focais no corpo gástrico e dosagem de cromogranina sérica apresentou-se elevada. Realizada nova endoscopia e mucosectomia com técnica de ligadura elástica de duas lesões polipoides sésseis de 10 mm, suspeitas para TNE. Anatomopatológico foi compatível com TNE grau 1, ki 67 de 1 %, imunohistoquímica positiva para cromogranina e sinaptofisina. O *H. pylori* foi erradicado e o paciente segue em programa de vigilância endoscópica.

**DISCUSSÃO:** O TNE gástrico é uma neoplasia originada de células enterocromafins. São raros, e correspondem a 2% das neoplasias gástricas. O tipo I é o mais frequente e ocorre em 70-80% dos casos. À endoscopia são, geralmente, lesões polipoides múltiplas, pequenas (< 10 mm), localizadas no corpo e fundo gástrico. São bem diferenciados, apresentando excelente prognóstico, e estão associados a gastrite atrófica e anemia perniciosa. Seu diagnóstico envolve a endoscopia com biópsias para gradação da atrofia gástrica, e a avaliação histopatológica das lesões com imunohistoquímica. O hemograma e as dosagens sérica de vitamina B12, gastrina, anticorpos anti-fator intrínseco, anti-células parietais, cromogranina A, são úteis para a condução do caso. Estudos recentes sugerem que o TNE grau I é indolente e deve ser monitorado semestral ou anualmente por programas de vigilância endoscópica. A ressecção esta indicada para lesões maiores que 10 mm.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O TNE grau 1 é o subtipo mais frequente e na maioria das vezes apresenta curso benigno. É consenso o acompanhamento endoscópico destas lesões. Apresentamos acima um caso de TNE grau 1 simultâneo a polipose hiperplásica, o que torna um desafio a detecção de verdadeiras lesões neuroendócrinas e a condução adequada do caso.

**CONTATO AUTOR:** FLÁVIA CAROLINA OLIVEIRA | flaviaco87@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102246 – Suicídio por ingestão de peróxido de hidrogênio: relato de caso

**AUTORES:** Lucas Henrique Carvalho Machado (Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - Minas Gerais - Brasil), Mariana Nunes Lima Dias (Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - Minas Gerais - Brasil), Paulo Christian Machado (Centro Universitário Lusíadas - Santos - Minas Gerais - Brasil), Guilherme Delfino Calomeni (Universidade de São Paulo - São Paulo - Minas Gerais - Brasil), José Dias Silva Neto (Universidade do Vale do Sapucaí - Pouso Alegre - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente L.R.S., sexo masculino, 58 anos, leucodermo. Foi levado ao pronto-socorro de sua cidade, no dia 22 de julho de 2020. A hipótese diagnóstica foi de intoxicação exógena com peróxido de hidrogênio, como tentativa de suicídio. Segundo a família, o paciente não era usuário de medicamentos e não possuía alergias.

Após 14 dias da ingestão, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), não sendo possível progredir o endoscópio devido a estenose inflamatória em esôfago superior. Uma semana depois, repetiu-se a EDA, que identificou mucosa esofágica com enantema e erosões difusas, além da presença de algumas sinéquias cicatriciais; e mucosa gástrica com importante enantema e erosões difusas, mormente em antro, com estenose inflamatória intransponível ao endoscópio.

Após boa evolução do quadro, o paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Todavia, no dia 02/09/2020, o paciente foi readmitido ao Hospital com quadro de má aceitação de dieta oral, desidratação, queda do estado geral e evidências de broncopneumonia aspirativa. Foi reiniciada a nutrição parenteral, hidratação endovenosa e antibioticoterapia de amplo espectro. Contudo, a evolução clínica foi desfavorável e o paciente faleceu por sepse pulmonar 5 dias depois.

**DISCUSSÃO:** A ingestão de peróxido de hidrogênio é uma emergência médica, uma vez que tal composto tem ação corrosiva direta, desnaturando proteínas e causando necrose por coagulação. Sua concentração influencia no grau de dano ao organismo, sendo que na concentração de 35%, há possibilidade de se haver danos neurológicos e morte.

Quanto à endoscopia digestiva alta, deve-se realizar nas primeiras 6 a 12 horas, sendo que após 48 horas já é contra-indicado. Utiliza-se a classificação de Zargar, sendo as classificações 2B, 3A e 3B os de pior prognóstico (evidenciado no paciente em questão).

O suicídio é causa de aproximadamente 800.000 pessoas anualmente, e neste relato apresentaram-se as condutas tomadas no atendimento, que mesmo tendo desfecho negativo, pode auxiliar em situações similares no futuro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato de caso apresentado é relevante, visto que estabelece conduta para assistência à tentativa de suicídio por ingestão de peróxido de hidrogênio.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS HENRIQUE DE CARVALHO MACHADO | lucas112603@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102255 – Tumor neuroendócrino gástrico associado ao uso crônico de inibidor de bomba de prótons: a necessidade de uma nova classificação.

**AUTORES:** pedro henrique teles prado (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), jose celso ardengh (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), andressa tome rezende de faria (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), bruna lemos silva (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), tarik walid omairi (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), rosival vicente de paula (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), thiago camilo de andrade bertolotto (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), bruna ribeiro krubniki (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), paula cristina de morais freitas (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), morgana andressa da silva santos (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), ana carolina fernandes reis (Hospital 9 De Julho - sao paulo - São Paulo - Brasil), ISADORA PRADO PEIXOTO ROIZ (FACULDADE DE MEDICINA DE PETROPOLIS - petropolis - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mnbs, 29 anos, masculino, queixa-se de dispepsia há 10 anos, fazendo uso crônico de inibidor de bomba de prótons (IBP). Em 2021 referiu piora da dispepsia. Nega qualquer outro sintoma. Procurou assistência médica por exacerbação da dor epigástrica. Na endoscopia observou-se em corpo médio uma úlcera arredondada, com bordas elevadas bem delimitadas, medindo 10 mm de diâmetro e fundo limpo. Histopatológico revelou neoplasia epitelial com arquitetura e ausência de atrofia; cromogranina A positiva, ki-67 positivo menor que 2%, com perfil imunohistoquímico compatível com tumor neuroendócrino grau 1. Realizadas tomografias de tórax, abdome e pelve sem alterações. Gastrina sérica sem IBP por 21 dias de 17,9 (VR: até 115). Ecoendoscopia: espessamento da parede em corpo médio, hiperecoico, heterogêneo, originado da primeira camada e se estendendo até a segunda camada, medindo 11 mm no maior eixo. Conclusão: neoplasia neuroendócrina gástrica. Nesta ocasião, realizada a ressecção da lesão pela técnica de Duett. Histopatológico revela margens livres, atividade mitótica não observada.

**DISCUSSÃO:** DISCUSSÃO: Tumor neuroendócrino (NET): refere-se a uma neoplasia bem diferenciada, e é atualmente classificado em 3 categorias: Tipo 1: associado a gastrite atrófica crônica. Tipo 2: Também ocorre como resultado da gastrina elevada, por tumores neuroendócrinos multifocais. Tipo 3: esporádico, ocorre na ausência de gastrite atrófica e da síndrome de Zollinger- Ellison. São os mais agressivos; metástases locais ou hepáticas são frequentes. Tratamento endoscópico para tipo 1 e 2 se: número de lesões < 5 e menores que 1 cm; sem suspeita de invasão da camada muscular própria. Tipo 3: a abordagem padrão é a gastrectomia mais linfadenectomia independente do tamanho e da diferenciação histológica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** CONCLUSÃO: Ao interromper o mecanismo de feedback negativo do ácido gástrico na secreção de gastrina, a hipocloridria, induzida por IBP leva a uma hipergastrinemia. Este caso aponta para uma lacuna provavelmente na classificação atual de NET. Sendo que a gastrina promove efeito trófico nas células enterocromafins (ECL). Dessa maneira o uso prolongado de IBP e a hipergastrinemia no homem, possivelmente pode levar à displasia e neoplasia. A decisão mais difícil em nosso paciente foi o tratamento. Optar por gastrectomia em um paciente jovem ou tratamento endoscópico. Uma vez adquirida ressecção R0 com tratamento por endoscopia, a classificação atual não trouxe uma diretriz satisfatória.

**CONTATO AUTOR:** PEDRO HENRIQUE TELES PRADO | pedroprado325@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102260 – Série de casos: carcinoma de células escamosas do estômago

**AUTORES:** Rúbia Moresi Vianna Oliveira (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Danielle Rossana Queiroz Martins Bonilha (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Luiza Dias Torres (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Mariana Franson Fernandes (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Guilherme Hoverter Callejas (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Flávia Carolina Oliveira (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Júlia Guimarães Fernandes Costa (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Luigi Carlo da Silva Costa (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Larissa Almeida Campos Esteves (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Gisele Conte Alves Fernandes (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Cristiane Kibune Nagasako Vieira Cruz (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Jose Olympio Meirelles Santos (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** 1º caso: Paciente feminina, 67 anos, ex-etilista, iniciou quadro de pirose epigástrica e retroesternal há 1 ano, sem emagrecimento ou disfagia. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou lesão polipoide sésil de 2 cm, com irregularidade vascular, logo abaixo da transição esofagogástrica (TEG). A lesão foi interpretada como neoplasia da TEG, classificada como Siewert 2. A biópsia revelou carcinoma de células escamosas (CCE) de alto grau, com focos de invasão da lâmina própria da mucosa. 2º caso: Paciente feminina, 51 anos, ex-etilista e ex-tabagista, iniciou quadro de odinofagia e disfagia de condução, perda ponderal de 5 Kg em 6 meses e anemia ferropriva. Tomografia de abdome mostrou formação expansiva sólida, hipovascularizada em fundo gástrico e TEG, envolvendo estruturas adjacentes. A EDA revelou mucosa esofágica friável, de aspecto infiltrativo, com 2 áreas elevadas sésseis em esôfago médio. Logo abaixo da TEG, lesão ulcerovegetante, infiltrativa, friável, medindo cerca de 8 cm. A biópsia comprovou tratar-se de CCE moderadamente a pouco diferenciado, ulcerado, com perfil imunohistoquímico compatível: AE1/AE3, p63 (padrão nuclear) e CK5/6 positivos.

**DISCUSSÃO:** O CCE do estômago é uma neoplasia extremamente rara. A primeira descrição foi realizada em 1895 e, até hoje, foram relatados poucos casos em todo o mundo. Sua patogênese permanece obscura, podendo ser secundário a um CCE em outras partes do corpo, ou, mais raramente, primário do estômago, cuja incidência varia entre 0,04 e 0,09%. É mais prevalente no sexo masculino, apresentando pico na sexta década de vida, principalmente fundo e corpo gástrico. Para o diagnóstico de CCE gástrico primário a Associação Japonesa de Câncer Gástrico propôs os seguintes critérios: o tumor deve ser originário do estômago e composto apenas por CCE, sem presença de adenocarcinoma. O primeiro caso cumpriu esses critérios, com presença de mucosa gástrica normal entre a TEG e a neoplasia, e, portanto, foi diagnosticado como CCE primário da cárdia. Já no segundo caso, foram diagnosticados em um mesmo momento o CEC em esôfago e estômago, devido a maior prevalência de CEC esofágico, foi interpretado como um tumor secundário.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este relato tem a finalidade de mostrar para a comunidade científica dois casos raros de carcinoma de células escamosas de estômago se manifestando como tumor primário ou secundário

**CONTATO AUTOR:** RUBIA MORESI VIANNA DE OLIVEIRA | rubiamoresi@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102296 – CURATIVO ENDOSCÓPICO À VÁCUO PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA GASTROENTEROANASTOMÓTICA PÓS-RECONSTRUÇÃO DE GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Andreia Yumi Jouti Motomura (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Manuela Pereira Blanco (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Maria Eugenia Mendes de Almeida Mourad (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Laura Silveira Tanisaka (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Luiza Franco de Moraes Jorge Racy (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, caucasiana, 57 anos, com antecedente de cirurgia bariátrica do tipo Bypass Gástrica em Y de Roux (BGYR) há 20 anos, com relato de vômitos esporádicos com restos alimentares há 10 anos e piora progressiva nos últimos 3 meses. Foi submetida a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que evidenciou área de constrição da luz estomacal, sugestiva de anel de contenção. Optado pela reoperação com retirada de anel, confecção de gastroplastia e reconstrução da esofagogastroanastomose. Recebeu alta no segundo pós-operatório. No 10º pós-operatório retorna ao serviço com queixa de vômitos incoercíveis e saída de dieta pelo orifício do dreno locado na cirurgia. Foi realizado EDA evidenciando fístula de 7mm em anastomose gastrojejunal. Confeccionado endoscopicamente curativo à vácuo contínuo endoluminal com Sonda Nasogástrica (SNG) 16 e IOBAN, com pressão negativa entre 125-200 mmHg. No 20º PO, foi evidenciada fístula cicatrizada à EDA e ausência de extravasamento aparente pelo pertuito do dreno ao teste do azul de metileno. Paciente evoluiu sem queixas, estável clínica e hemodinamicamente. Realizado Tomografia Computadorizada de abdome, que confirmou ausência de extravasamento de contraste pela anastomose ou de coleções intra-abdominais. Paciente em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Inicialmente, terapias endoscópicas para o manejo de fístula gástrica envolviam cliques, stents e cola de fibrina. Devido ao alto custo desses materiais, novas opções foram desenvolvidas com boa taxa de sucesso, como a Terapia Endoscópica à Vácuo (TEV). Em regra, por meio de uma esponja de poliuretano colocada endoscopicamente no defeito, é feita aplicação de vácuo externo entre 100 e 125 mmHg, com necessidade de troca a cada 3 a 5 dias. A técnica utilizada neste relato, por sua vez, é feita a partir de dispositivo composto por SNG 16 ou 18 envolta por gaze fixada com fio de algodão não agulhado, coberta por IOBAN iodado, no qual são realizados pequenos orifícios, igualmente alocada endoscopicamente no defeito e com aplicação de vácuo externo entre 100 e 125 mmHg, com a vantagem de troca menos frequente (a cada 7 dias).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Observamos através desse relato a possibilidade de um tratamento efetivo e seguro para fístulas de anastomose. Este, por sua vez, utilizando um dispositivo com menor custo de confecção e necessidade de trocas menos frequentes, de tal forma, possibilitando a disseminação e a maior aplicabilidade do método.

**CONTATO AUTOR:** MANUELA PEREIRA BLANCO | manupblanco@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102322 – Clip Padlock para fechamento de fístula gastrocutânea após a remoção de sonda de gastrostomia.

**AUTORES:** Bruna Ribeiro Krubniki (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente de Paula (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo de Andrade Bertolotto (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Rezende de Faria (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Cristina de Moraes Freitas (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Andressa da Silva Santos (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Otavio Micelli Neto (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tarik Walid Omairi (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 58 anos, com gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) devido a disfagia secundária a lesão neoplásica de sistema nervoso central. Foi admitido sob regime de internação hospitalar devido a infecção em sítio de gastrostomia. Após retirada da sonda alimentar, antibioticoterapia e resolução do quadro infeccioso, a fístula gastrocutânea permaneceu aberta por tempo superior a 30 dias. Foi optado então por endoscopia digestiva alta para fechamento com clipe padlock.

**DISCUSSÃO:** As fístulas gastrocutâneas refratárias são uma complicação após a remoção da PEG e uma das opções para o seu fechamento é o clipe padlock. Trata-se de um sistema conhecido como over-the-scope, porque é colocado paralelo ao endoscópio, sem ocupar o canal de trabalho. É um anel que proporciona aproximação de margens em 360°, facilitando o fechamento completo do tecido. Além disso, há um clipe hemostático projetado para envolver, levantar, fechar e curar defeitos do tecido. Este clipe endoscópico tem sido usado com sucesso para o tratamento de uma variedade de condições, incluindo sangramentos gastrointestinais, fístulas e perfurações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O clipe padlock traz benefícios terapêuticos, com uma implantação segura, simples e rápida. É eficaz para tratamento de sangramento gastrointestinal refratário, fístulas e perfurações. Por isso, estudos multicêntricos e relatos de casos são necessários para fornecer informações e comparações com outras técnicas convencionais.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA | bruna\_krubniki@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102333 – DIATHERMIC SNARE MACROBIOPSY FOR DIAGNOSIS OF BULKY PRIMARY ESOPHAGEAL LYMPHOMA

**AUTORES:** Amanda Aquino de Miranda Pombo (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luciano Henrique Lenz Tolentino (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fauze Maluf-Filho (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A 63-years-old male presented with a 12-month history of progressive dysphagia and globus pharyngeus without any comorbidities.

Upper endoscopy revealed a hardened elevated lesion in the distal esophagus located between 31 and 40 cm from incisors, covered by intact mucosa (Figure 1). Bite-on-bite conventional biopsies were inconclusive.

The (18)F-FDG-PET/CT showed a solid hypercapturing lesion in the thoracic esophagus, measuring 12.5 cm in the transverse plane (Figure 2). A hypoechoic and homogeneous lesion, inserted in the submucosal layer was seen at EUS. However, the results of fine-needle aspiration were inconclusive.

Lastly, macrobiopsy using a diathermy loop was performed. The procedure was followed by self-limited bleeding, controlled by argon plasma coagulation (Figure 3).

Histology showed the characteristic formation of atypical and back-to-back arrangement of the lymphoid follicles, composed by small to medium cells proliferation of non-Hodgkin's lymphoma (Figure 4). The immunohistochemistry was positive for Bcl-2, Bcl-6, CD10, CD20, CD23, and Ki-67 (30%) and it was compatible with grade 2 follicular B-cell lymphoma.

The patient started treatment with chemotherapy (R-CHOP regimen) with the perspective of additional radiotherapy or surgery.

**DISCUSSÃO:** Esophageal lymphoma is a rare disease and endoscopic biopsy with satisfactory results can be challenging.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** If methods as standard biopsy or EUS-FNA fail, a macrobiopsy snare can be performed for a conclusive diagnosis.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA AQUINO DE MIRANDA POMBO | amanda\_ap91@hotmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102336 – Diagnóstico de bulboduodenite por Actinomicose por endoscopia digestiva alta**

**AUTORES:** Paulo Gardenal Teles (Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Waldir Egidio Barbosa Mitidiero (Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Paulo Haruo Yano Junior (Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Priscila Gonçalves Pereira (Hospital Regional de Presidente Prudente - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 76 anos, feminina, submetida a colectomia por tumor de colón, que teve com complicação fístula enterocutânea que foi tratada clinicamente com resolução do caso. Realiza acompanhamento oncológico no Hospital Regional de Presidente Prudente, em consulta de segmento apresenta Tomografia Computadorizada com Espessamento parietal concêntrico com aspecto nodular realçado pelo contraste endovenoso no bulboduodeno. Clinicamente apresentava apenas sintomas dispépticos inespecíficos. Foi solicitado Endoscopia digestiva alta, para elucidação diagnóstica, sendo evidenciado durante o exame do bulboduodeno, lesão pedunculada, de aproximadamente 30 mm, recoberta por mucosa enantemática e com pontos de fibrina espessa e envolta por corpo estranho (material cirúrgico). Feito a hipótese diagnóstica de bulboduodenite inespecíficas e realizado biopsia para melhor estudo. No laudo anatomopatológico concluiu-se lesão com tecido de granulação e colônias bacterianas com características de *Actinomyces* sp e ausência de neoplasia na amostra. Feito o diagnóstico de actinomicose em bulboduodeno a paciente foi tratada com antibiótico e teve reversão do quadro radiológico e clínico.

**DISCUSSÃO:** *Actinomyces* é um gram-positivas, anaeróbia, de crescimento lento que pode causar a actinomicose, doença infecciosa rara e indolente, que leva a uma inflamação subaguda a crônica, na forma supurativa ou granulomatosa, que são muito parecidos com neoplasias em exames por imagem. A infecção abdominal corresponde a aproximadamente 20% dos casos e necessita de ruptura da barreira da mucosa para causar a doença, seja por cirurgia ou trauma. A suspeita da actinomicose é clínica, sendo confirmada pela identificação em microscopia e cultura.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os exames endoscópicos vem se mostrando como método diagnóstico eficaz ao passar dos anos e cada vez mais diagnósticos são feitos por profissionais bem treinados e de forma pouco invasiva.

**CONTATO AUTOR:** PAULO GARDENAL TELES | paulo\_teles\_70@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102346 – Três diferentes apresentações de melanoma gástrico metastático

**AUTORES:** Ana Victória Martins Lima (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Regina Rie Imada (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Contreiras Pereira Paiva (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fábio Marioni (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nelson Yuji Takahashi (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucio Giovanni Battista Rossini (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O melanoma é a neoplasia que mais comumente evolui com metástases para o trato gastrointestinal. Os sítios metastáticos mais comuns no trato digestivo são jejuno e íleo, seguidos pelo cólon, reto e estômago. A metástase para o estômago é uma rara ocorrência, além de cursar com diagnóstico tardio devido pacientes permanecerem assintomáticos até a doença tornar-se avançada. Em geral, os sintomas de acometimento gastrointestinal são inespecíficos, como anemia, dor abdominal, sangramento digestivo oculto, massa abdominal e perda de peso.

Três tipos morfológicos principais de metástases gástricas são descritos na literatura. Primeiro, existem nódulos melanóticos, frequentemente ulcerados. Em segundo lugar, existem massas tumorais submucosas elevadas e ulceradas. O último tipo morfológico é uma lesão em massa com incidência variável de necrose e melanose.

Em relação ao local anatômico das metástases gástricas, a maioria é descrita no corpo e no fundo, mais frequentemente na grande curvatura, com lesões em pequena curvatura sendo incomuns.

**DISCUSSÃO:** Apresentamos o caso de uma paciente de 64 anos diagnosticada em 2018 com melanoma acral, sendo submetida a ressecção de melanoma em face plantar de pé direito com pesquisa de linfonodo sentinela e metástase a distância negativas. Em 2022, PET CT demonstrou hipermetabolismo em pulmões e em estômago. Realizada esofagogastroduodenoscopia, que confirmou achados na topografia gástrica, evidenciando lesões de aspectos distintos. A primeira delas lesões enegrecidas distribuídas em fundo gástrico e segunda porção duodenal. A segunda apresentação encontrada foi uma lesão vegetante em parede anterior de corpo gástrico. E por fim, embora lesões em pequena curvatura sejam incomuns, foi encontrada nesta topografia uma lesão vegeto-infiltrativa.

O exame histológico das biópsias confirmou o diagnóstico de metástases de melanoma maligno em três aspectos morfológicos distintos, achado pouco descrito na literatura. A paciente que já estava em tratamento paliativo e foi reencaminhada para núcleo de apoio da Oncologia Clínica para discutir opções terapêuticas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O melanoma metastático gástrico pode apresentar-se através de morfologias distintas, neste caso a paciente apresentava três morfologias diferentes e mesmo assim encontrava-se assintomática. Tal achado, mostra a importância da endoscopia digestiva alta precoce nos pacientes com diagnóstico de melanoma, mesmo na ausência de sintomas gastrointestinais.

**CONTATO AUTOR:** ANA VICTORIA MARTINS LIMA | anavictoria\_ml@yahoo.com.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102349 – Perfuração esofágica cervical por corpo estranho e o impacto do diagnóstico tardio: um relato de caso.

**AUTORES:** Thaís Ribeiro Gambogi Torres (Universidade Federal de Lavras (UFLA) - Campo Belo - Minas Gerais - Brasil), Amanda Da Silva Dornelas (Universidade Federal de Lavras (UFLA) - Lavras - Minas Gerais - Brasil), Caroline de Souza Mendes (Universidade Federal de Lavras (UFLA) - Lavras - Minas Gerais - Brasil), Raquel Castro Ribeiro (Universidade Federal de Lavras (UFLA) - Lavras - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.C.A., masculino, 54 anos, foi encaminhado ao serviço de endoscopia (EDA) com história de ingestão de espinha de peixe há 3 dias, apresentando dor cervical anterior, odinofagia, disfagia, hiporexia e febre. Durante o procedimento foi retirado o corpo estranho (CE) e detectada presença de secreção purulenta em esôfago proximal, sendo confirmada a PE cervical após realização de tomografia computadorizada (TC). Paciente foi encaminhado para internação hospitalar já com prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro e em uso de sonda nasoentérica. Após 5 dias, com nova TC demonstrando presença de abscesso mediastinal, foi realizada cervicotomia direita para correção da laceração com lavagem da cavidade. Posteriormente houve recorrência da coleção, tendo sido necessário nova intervenção cirúrgica. Paciente foi encaminhado para o Centro de Terapia Intensiva com dreno cervical, onde permaneceu por 3 dias. Houve boa evolução clínica, alta hospitalar após 7 dias.

**DISCUSSÃO:** A perfuração esofágica (PE) é uma emergência cirúrgica que apresenta sinais e sintomas vagos e inespecíficos, a depender da causa, localização, tamanho da perfuração, grau de contaminação e tempo decorrido após o trauma. Além dessa dificuldade em se identificar a lesão clinicamente, vários fatores contribuem para uma alta morbimortalidade dessa patologia, incluindo a dificuldade de acesso ao esôfago, a ausência de uma camada serosa, o suprimento sanguíneo incomum do órgão e a proximidade de estruturas vitais. O diagnóstico tardio leva a um atraso importante no tratamento, o que afeta diretamente o prognóstico do paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em casos de PE nos quais o diagnóstico e tratamento são tardios, maiores complicações estão relacionadas, demandando condutas mais complexas e maior morbimortalidade. No caso em questão, o paciente foi encaminhado para EDA para retirada de CE que seria realizada 3 dias após a ingestão do mesmo, resultando em atraso diagnóstico. Dessa forma, as 24 horas iniciais, cruciais para um bom prognóstico, foram perdidas, o que acarretou uma história clínica mais complexa e de difícil manejo e resolução. Assim, este caso nos mostra a necessidade de se adotar uma abordagem diagnóstica imediata para confirmar o diagnóstico e identificar possíveis complicações relacionadas a fim de diminuir morbidade e sequelas a longo prazo.

**CONTATO AUTOR:** THAIS RIBEIRO GAMBOGI TORRES | [thaisgambogitorres@gmail.com](mailto:thaisgambogitorres@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102353 – DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO: UM RARO CASO DE MANIFESTAÇÃO ESOFÁGICA

**AUTORES:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), RICARDO CASTEJON NASCIMENTO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), ROBERTO MOTTA PEREIRA (HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil), WALTON ALBUQUERQUE (HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil), RENATA FIGUEIREDO ROCHA (HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil), RODRIGO ALBUQUERQUE CARREIRO (HOSPITAL MADRE TERESA - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentamos um caso clínico de um paciente de 49 anos do sexo masculino submetido a realização de videoendoscopia digestiva alta eletiva de controle 1 ano após a realização de transplante de medula óssea para tratamento de leucemia mieloide aguda. Sem registro de exames endoscópios anteriores e sem sintomas associados ao trato gastrointestinal alto.

Durante o procedimento visualizadas lesões descamativas em todo o esôfago com hiperemia e áreas de retração cicatricial, sem padrão definido. Realizadas biópsias, com resultado anatomopatológico evidenciando congestão dos capilares superficiais, aglomerados de cones epiteliais e exocitose leucocitária discreta, compatível com esofagite inespecífica.

O paciente manteve seguimento com equipe de hematologia, sendo iniciado tratamento com imunomoduladores.

**DISCUSSÃO:** A doença do enxerto contra o hospedeiro tem uma incidência que varia entre 20 e 85% e é decorrente de uma reação imunológica das células T do doador contra antígenos específicos do receptor que pode ocorrer após transplantes alogênicos, principalmente transplantes de medula e, mais raramente em transplantes de órgãos sólidos. Os órgão mais afetados normalmente são o fígado (45%), a pele (70%) e o trato-gastrointestinal (75%). Os sintomas gastrointestinais em geral são inespecíficos ou ausentes, podendo haver diarreia ou dispepsia, principalmente em pacientes mais idosos. E, apesar de raras, as manifestações esofágicas isoladamente são suficientes para estabelecer o diagnóstico da doença em sua forma crônica, segundo os critérios do National Institutes of Health (NIH) que acomete aproximadamente 50% dos pacientes que desenvolvem tal patologia. As biópsias normalmente são inconclusivas e inespecíficas mas devem sempre ser encorajadas, principalmente para diagnóstico diferencial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Na literatura existem poucos trabalhos retratando a doença do enxerto contra o hospedeiro manifestada a partir de alterações esofágicas e, apesar de raras, essas alterações são suficientes para estabelecer o diagnóstico dessa condição. Muitas vezes os sintomas são ausentes ou inespecíficos e as alterações endoscópicas encontradas podem mimetizar outras comorbidades, o que dificulta e retarda o diagnóstico dessa condição.

Assim, torna-se fundamental termos em mente a existência dessa entidade e a considerarmos como uma hipótese diagnóstica em pacientes transplantados, permitindo intervenções terapêuticas precoces.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA HAUEISEN FIGUEIREDO | bruna.h.figueiredo@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102355 – Hemorragia digestiva alta em paciente com policitemia vera, relato de um caso

**AUTORES:** Ana Luisa Vieira Rodrigues Queiroz (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Toledo Mota (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Casotti Pereira Posses (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Izabella Pontes Bruno Belsito (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jamile Kelly Nascimento Soares (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Utimura Sueta (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Luz Carvalho (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 49 anos, com policitemia vera, em uso de hidroxiureia e AAS, foi admitida no hospital devido fratura de maléolo lateral direito após queda da própria altura. Realizada osteossíntese por ortopedia, sem intercorrências. No 1º dia pós-operatório, evoluiu com hematêmese com repercussão hematemétrica, com hemoglobina de 14 para 7 mg/dl. Após estabilização, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou grande quantidade de resíduos hemáticos e varizes gástricas isoladas (IGV-1) com presença de tampão fibrinoplaquetário. Realizada injeção de cianoacrilato, com controle de sangramento. Para investigação de etiologia de hipertensão portal foi realizado ultrassom com doppler e tomografia de abdome, que visualizaram fígado normal, veia porta de calibre aumentado, intensa circulação colateral em veias esplênicas e peri-gástricas e esplenomegalia. Após uma semana, evoluiu com enterorragia, sendo realizada nova EDA com visualização de ulceração em varizes gástricas, realizando nova injeção de cianoacrilato. Devido ressangramentos, paciente foi encaminhada para radiointervenção que visualizou trombose de veia esplênica, sendo realizada embolização parcial do parênquima esplênico, com redução das varizes. Posteriormente, paciente evoluiu com controle de sangramentos e iniciada anticoagulação devido trombose.

**DISCUSSÃO:** Pacientes com fígado previamente saudável podem apresentar tromboses de veia porta ou esplênica devido estados pró-trombóticos herdados ou adquiridos. A policitemia vera é uma doença mieloproliferativa que possui como complicação eventos trombo-hemorrágicos. A hipertensão portal segmentar na veia esplênica (trombose da veia esplênica) está associada à formação de varizes gástricas isoladas no fundo do estômago como no caso da paciente. Os pacientes com trombose da veia porta podem formar varizes em locais diferentes do esôfago e do estômago.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A policitemia vera é uma doença mieloproliferativa com aumento de risco de eventos trombóticos que podem levar a hipertensão portal. As varizes isoladas de fundo gástrico são uma complicação grave que podem ser causadas pela trombose de veia esplênica. Diante da refratariedade do sangramento da paciente apesar de terapia endoscópica, foi optado por embolização radiointervencionista para hemostasia e controle do quadro.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUISA VIEIRA RODRIGUES DE QUEIROZ | [aninhavrq@hotmail.com](mailto:aninhavrq@hotmail.com)



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102358 – MASSA ABDOMINAL EXTENSA SECUNDÁRIA A ESTENOSE PILÓRICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Sara Evelin Penha Gonçalves Soares (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria Antonia Lopes de Sousa (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Marina Boechat Melado (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Michaela Venturini Poton (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Lívia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 74 anos, internada devido a epigastralgia em queimação a cerca de 1 ano, associada a regurgitação e náuseas. A dor piorava com alimentação, com perda de 13 kg no último mês, encontrando-se com 37,4 kg. Sem alteração do hábito intestinal associada. No exame físico, notou-se um abdome assimétrico devido massa extensa em todo hemiabdomene esquerdo, móvel e indolor. Realizada inicialmente tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou importante gastrectasia, com sinais de espessamento parietal com estenose na região antropilórica. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão gástrica em zona antropilórica posterior fortemente sugestiva de neoplasia maligna configurando estenose leve na zona pilórica. A biópsia da lesão evidenciou adenocarcinoma gástrico em células de anel de sinete. Optado pela abordagem cirúrgica, onde foi constatado o estômago de tamanho aumentado com massa palpável em região pilórica invadindo o duodeno, aderido ao cólon transversos. Diante do estágio da doença e impossibilidade de ressecção de lesão, optou-se por uma gastroenteroanastomose, com anastomose gastrojejunal em grande curvatura gástrica.

**DISCUSSÃO:** O adenocarcinoma gástrico é o quinto tipo de câncer mais prevalente e o terceiro mais letal no mundo. A variante histológica das células do anel de sinete presentes no adenocarcinoma gástrico são relativamente comuns e representam cerca de 35% a 40% dos casos. Tem caráter infiltrativo, acometendo mais estômago proximal e relaciona-se a um subtipo mais agressivo de adenocarcinoma e com pior prognóstico a longo prazo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A apresentação semiológica e radiológica deste caso chamam atenção, demonstrando o aspecto infiltrativo e agressivo desse subtipo histológico, o que fica bem evidente com o tratamento paliativo proposto.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenio11@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102395 – Terapia endoscópica com vácuo endoluminal no tratamento de perfuração esofágica por corpo estranho: um caso realizado em sessão única.

**AUTORES:** Carlos Augusto Treviso (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Sabrina Comin Bizotto (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Arthur Henrique Weiler Furlanetto (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Victória Scheffer Lumertz (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Eduardo Gatelli (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Priscila Cavedon Fontana (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ari Ben-hur Stefani Leão (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Stefani Leão (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 80 anos, referia disfagia, náuseas e vômitos há 48 horas, logo após ingesta alimentar. Apresentava sensação de impactação. Tomografia computadorizada de região cervical constatou um objeto alongado de alta densidade, medindo 2,9 centímetros, transfixando a parede esofágica esquerda com pequeno foco gasoso paraesofágico, bem como infiltração dos planos adiposos cervicais profundos e do mediastino superior. Optou-se por uma endoscopia digestiva alta (EDA), com retirada do fragmento ósseo com auxílio de overtube e pinça dente de rato. Após a retirada, identificou-se área ulcerada profunda, medindo cerca de 15 mm de diâmetro, localizada aos 18 cm da arcada dentária superior. Devido ao alto risco cirúrgico do paciente, foi realizada terapia endoscópica com vácuo endoluminal com passagem de sonda nasoenteral e sonda nasogástrica com curativo de pressão negativa utilizando esponja Granufoam, mantendo uma pressão negativa média de -125 mmHg. Após o procedimento, o paciente manteve dieta nasoenteral e foi submetido à nova EDA após 5 dias, havendo redução da área ulcerada, apenas com pequena área com fibrina aderida e sem perfuração evidente. No dia posterior ao exame o paciente retornou a dieta por via oral e recebeu alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** Cerca de 4% das endoscopias em emergência ocorrem por impactação de corpo estranho, sendo que 12% causam perfurações de esôfago, com uma mortalidade de 2,1%. A cirurgia é o tratamento tradicional, porém, técnicas endoscópicas são importantes para pacientes que são candidatos cirúrgicos ruins, por serem pouco invasivas. Na terapia endoscópica a vácuo, uma esponja de poliuretano, fixada na ponta distal de uma sonda nasogástrica, é introduzida no esôfago e posicionada na cavidade, sendo a extremidade proximal conectada a um sistema de pressão negativa de -125 mmHg para aplicar a sucção. A indicação mais comum para a terapia endoscópica a vácuo são os vazamentos anastomóticos pós-operatórios, entretanto o seu uso em perfurações esofágicas por corpo estranho é relatado na literatura. Nesse caso, considerando o risco cirúrgico, o paciente foi submetido ao tratamento endoscópico a vácuo e apresentou melhora em sessão única.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A terapia endoscópica com pressão negativa pode ser considerada como uma adequada opção terapêutica em casos selecionados de perfuração esofágica por corpo estranho, especialmente naqueles pacientes com alto risco cirúrgico e perfurações de pequeno tamanho.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL S LEAO | gsleao@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102415 – Pseudomelanose em estômago, relato de um caso

**AUTORES:** Ana Luisa Vieira Rodrigues Queiroz (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Izabella Pontes Bruno Belsito (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jamile Kelly Nascimento Soares (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Toledo Mota (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Casotti Pereira Posses (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rafael Utimura Sueta (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Luz Carvalho (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 65 anos, com história de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica dialítica realiza internação eletiva para implantação de cateter para diálise peritoneal. Posteriormente evoluiu com quadro de dor abdominal e febre, sugestivo de peritonite. Realizada antibioticoterapia com vancomicina e ceftazidima com resolução do quadro. Durante internação hospitalar, evoluiu com queda de hemoglobina, sem exteriorização de sangramentos. Foi feita endoscopia digestiva alta que evidenciou angiectasias em antro e corpo gástrico, sendo realizadas ligaduras elásticas. No antro foi visualizado estrias pontilhadas acastanhadas sugestivas de pseudomelanose, que foram biopsiadas. A anatomopatologia visualizou presença de numerosos hemossiderófagos na lâmina própria confirmando o diagnóstico.

**DISCUSSÃO:** A pseudomelanose do trato gastrointestinal superior é um achado endoscópico incidental raro caracterizado por inclusões pigmentadas escuras em macrófagos da lâmina própria. Ela pode ser associado ao uso de alguns medicamentos como anti-hipertensivos e suplementos de ferro e doenças sistêmicas como hipertensão arterial, doença renal crônica e diabetes mellitus.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paciente do caso apresentava vários achados associados à pseudomelanose como doença renal crônica, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, além da endoscopia com características da doença. A etiologia e significado no trato gastrointestinal superior são desconhecidos, mas com o envelhecimento da população e suas condições médicas, ela pode se tornar um diagnóstico mais comum.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUISA VIEIRA RODRIGUES DE QUEIROZ | aninhavrq@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102423 – Dissecans Esophagitis of Probable Fungal Etiology: A Case Report

**AUTORES:** Ketlin Batista de Moraes Mendes (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Manuella Candido Bastos (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - Cacoal - Rondônia - Brasil), Cristhiany Ragnini Oliveira (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - CACOAL - Rondônia - Brasil), Andre Nazario de Oliveira (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - Cacoal - Rondônia - Brasil), Guilherme Eler de Almeida (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - Cacoal - Rondônia - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Rondônia - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Rondônia - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Rondônia - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Rondônia - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Esophagitis Dissecans (EDS) is a rare form of chronic esophagitis, distinguished by typically whitened mucosa with or without bleeding and the feature of cracks and vertical circle. In 1997, Ponsot and his associates suggested the name of “Chronic Esophagitis Dissecans” and ever since, few cases were described in the literature. Currently Upper Digestive Endoscopy (UDE) is the main tool for the early EDS diagnosis. Furthermore, the author reports a case of a young adult individual, previously salutar with no comorbidity who presented na EDS diagnosis within its probable cause associated to the loss of vascular sub mucous component.

**DISCUSSÃO:** The patient, a 30-year-old male seeks medical care reporting long-term burning epigastralgia and the recent worsening of the pain intensity and stress increase. The patient denies feeling bowel constipation, effort for evacuating or haematochezia. The patient also denies fever, vomit, weight loss or arthralgias. His physical exams didn't attest skin lesions, lymph nodes enlargement or any other abnormalities. In the past even without endoscopic or lab diagnosis he has self-medicated in order to treat Helicobacter pylori. In childhood he was diagnosed with Hepatitis B at 11 years old and malaria at 12. In his family history the author's attention is drawn to several cases of malignant neoplasia in first degree relatives: grandmothers who had lymphoma and breast cancer and grandfathers who had prostate and lung cancer. By that moment an UDE was requested and it revealed mid third scaling off esophagitis with moderate distal third edematous component. Slight enanthematous antral endoscopic gastritis with slight erosive component and elevated antrum. At the moment, some corpus and gastric antrum biopsies were done with Helicobacter pylori research, alongside with serial biopsies from the proximal, medium and distal esophagus. The astral gastric portion presented results compatible with chronic gastritis with multifocal bowel metaplasia; therefore in gastric corpus the results were normal, besides the Helicobacter

pylori research showing negative for both portions. The microscopic biopsies exam showed absence of dysplasia and magnitude in all the analyzed samples.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Of treatment was Pantoprazole, Fluconazole and Nistatine oral. Even though the UDE shows esophagitis and scaling-off process, the clinic course is conducive and the complete remission of the inflammatory aspect of the mucosa.

**CONTATO AUTOR:** KETLIN BATISTA DE MORAIS MENDES | ketlinb.m94@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102432 – Hemorragia digestiva por melanoma metastático: relato de caso**

**AUTORES:** Vinícius Wietholter (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Boeira Soares (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Alexandre Pereira de Souza Michel (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Eloisa Elena Xavier de Oliveira Ligoski (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Laura de Castro e Garcia (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Eduardo Emerim (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Stefani Leão (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** I.M.C, feminino, 77 anos, com diagnóstico prévio de cardiopatia isquêmica e melanoma cutâneo em região escapular à esquerda, diagnosticado e ressecado há 2 anos. Estava em uso regular de Ácido Acetilsalicílico e Ticagrelor. Buscou atendimento por episódios de hematêmese e melena. A Hb na admissão era 7,2. A endoscopia digestiva evidenciou no fundo e corpo do estômago lesões de coloração negro-violáceas, contornos circulares regulares e bordos elevados. Na base das lesões descritas havia coágulo firmemente aderido. Na segunda porção duodenal também foram observadas lesões com características semelhantes. O resultado do estudo anatomopatológico evidenciou melanoma maligno pigmentado em mucosa gástrica e duodenal. A terapia com antiagregante plaquetário foi suspensa e a transfusão de concentrado de hemácias foi realizada. A paciente evoluiu sem novos episódios de hemorragia digestiva e foi encaminhada para início de quimioterapia.

**DISCUSSÃO:** A hemorragia digestiva tem uma incidência de 100 casos por 100.000 habitantes por ano e é uma causa comum de hospitalização. As causas mais comuns são varizes esofágicas ou úlcera péptica. A neoplasia no estômago é uma causa menos comum e geralmente se deve ao adenocarcinoma primário. O trato gastrointestinal também pode ser um local acometido por metástases; no entanto, o melanoma maligno é uma causa relativamente rara de sangramento gastrointestinal, sendo responsável por menos de 3% dos casos. Quando acomete o trato gastrointestinal, o intestino delgado costuma ser o mais envolvido; as metástases gástricas, por outro lado, são mais raras. O acometimento gástrico tem prognóstico negativo em decorrência do diagnóstico tardio, o qual acontece devido à necessidade de realização de exames invasivos para a confirmação diagnóstica e à falta de especificidade dos sinais e sintomas. A paciente em questão, apresentou hemorragia digestiva alta com importante queda de hemoglobina. Mesmo reconhecendo o prognóstico ruim, o adequado diagnóstico endoscópico, histopatológico e o tratamento clínico permitiram a paciente ter alta hospitalar e planejamento quimioterápico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O melanoma é o tumor que mais frequentemente apresenta metástases no trato gastrointestinal, entretanto consiste em uma causa rara de hemorragia digestiva. Os profissionais que realizam endoscopia devem estar proficientes na caracterização e reconhecimento dessas lesões.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL S LEAO | gsleao@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102434 – Tratamento endoscópico para necrose pancreática organizada (walled-off necrosis): relato de caso

**AUTORES:** Fernanda Lara Borges (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Felipe Alves Retes (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Sarah Teixeira Dantas (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Edivaldo Fraga Moreira (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Patrícia Coelho Fraga Moreira (Hospital Felício ROcho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luiz Ronaldo Alberti (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Paulo Fernando Souto Bittencourt (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Edivan Fernandes Frota Filho (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Bernardo Couto Ferreira (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Livia Quintanilha Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de pacientes masculino, 55 anos, com antecedente de pancreatite aguda grave de provável etiologia etanólica, em Fev/2021. Após alta hospitalar evoluiu com quadro de dor abdominal associado a náuseas e vômitos refratários ao tratamento clínico. Realizou tomografia de abdome em Mar/2021 que evidenciou grande lesão cística peripancreática medindo aproximadamente 8,8cm x 14,3cm associada a extensa área de necrose, principalmente em topografia de corpo e cauda – volume estimado de 847 ml. Na ocasião foi submetido à drenagem ecoendoscópica com colocação de prótese metálica de aposição luminal de 15 mm, sem intercorrências, com drenagem de grande quantidade de secreção achocolatada. No 10º dia pós operatório evoluiu com febre e dor abdominal sendo realizada nova TC que evidenciou coleção peripancreática de 300ml. Iniciada antibioticoterapia seguido por realização de endoscopia digestiva alta que evidenciou obstrução da prótese metálica por tecido necrótico pancreático. Acessou-se o interior da coleção sendo realizada necrosectomia e aspirado grande quantidade de secreção purulenta. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico. No 15º dia foi realizada nova abordagem endoscópica que evidenciou loja limpa, com tecido de granulação. Optado por lavagem da coleção e colocação de dreno pig tail de 10 Fr. No 40º dia pós drenagem foi realizada EDA para retirada das próteses. Paciente manteve-se assintomático, com boa aceitação da dieta e sem coleções em TC de controle.

**DISCUSSÃO:** Walled off necrosis são coleções encapsuladas e maduras de necrose pancreática ou peripancreática que desenvolveram uma parede bem definida pelo menos quatro semanas após um episódio de pancreatite aguda, podendo ser diferenciadas do pseudocisto simples através da presença de tecido necrótico. Seu tratamento é mais complexo devido a necessidade da necrosectomia e desbridamento,, com necessidade de um maior número de procedimentos endoscópicos, radiológicos ou até mesmo cirúrgicos. Com o aumento da complexidade são maiores as chances de complicações, que incluem infecção, sangramento, perfuração e migração de stent. Por isso, deve ser realizado por profissional experiente em ecoendoscopia e endoscopia terapêutica e é fundamental o acompanhamento por equipe multiprofissional.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A abordagem endoscópica de coleções peripancreáticas é o tratamento de escolha, quando factível, devido a sua menor morbidade e mortalidade quando comparada ao tratamento cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA LARA BORGES | [fefelborges@hotmail.com](mailto:fefelborges@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102450 – Pólipo Hipertensivo Portal Gigante: um relato de caso sobre manejo endoscópico e suas complicações

**AUTORES:** Ingrid Medeiros de Figueiredo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Amanda Lima Bruno (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marília Galvão Cruz (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Cláudio Lyoiti Hashimoto (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel Ferraz de Campos Mazo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andrea Tiemy Yamada (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem 60 anos, cirrótico por hepatite C tratada em 2018, com resposta virológica sustentada, Child-Pugh A6. Desde 2019, em uso de propranolol e anticoagulação com Varfarina por trombose aguda de tronco portal.

Realizadas endoscopias desde 2017 com pólipo séssil lobulado, único, em antro gástrico. Sucedeu-se duas polipectomias e uma mucosectomia, com recorrência em exames subsequentes. Laudo histológico revelava pólipo hiperplásico, tecido de granulação em lâmina própria e ectasia vascular gástrica antral, sem atipias. Em 2021, com lesão medindo 5cm e risco de obstrução de piloro, optado por nova mucosectomia piecemeal, após suspensão da Varfarina e ponte com heparina de baixo peso molecular. Evoluiu com hematêmese um dia após. Em exame controle, visualizado coágulo aderido em leito de ressecção. Realizada sua remoção com visualização de coto vascular, seguido de terapia hemostática com clipe e adrenalina. À revisão, realizada eletrocauterização do leito cruento com plasma de argônio, sem recorrência de sangramentos. Laudo anatomopatológico revelou adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau.

**DISCUSSÃO:** Dentre as repercussões da hipertensão portal (HP), a polipose hipertensiva portal (PHP) emerge como uma entidade de mecanismo patogênico ainda desconhecido.

Tais lesões, mais comuns no estômago, são macroscopicamente indistinguíveis dos pólipos hiperplásicos. Histologicamente, suas características típicas incluem hiperplasia foveolar do epitélio e proliferação de capilares ectasiados na lâmina própria. Presença de displasia e malignidade não é descrito.

Apesar da maioria ser assintomático, podem estar relacionados à obstrução gástrica e sangramentos digestivos. A recorrência pós ressecção é relatada.

Dado o possível papel da HP na patogênese do PHP, alguns estudos sugerem o uso de betabloqueador como opção terapêutica. Quanto ao manejo endoscópico, alguns autores recomendam seguimento dos assintomáticos. Outros, por sua vez, orientam remoção dos maiores que 5mm, por risco de malignização ainda ser desconhecido. No caso descrito, apesar de inicialmente ter achados típicos de PHP, o último laudo histológico identificou atipia, sendo o primeiro relato na literatura de displasia associada a PHP.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este relato exemplifica um dos possíveis manejos endoscópicos e suas complicações. Estudos futuros são necessários para melhor caracterizar os mecanismos fisiopatológicos, risco de malignidade e necessidade de intervenção terapêutica para prevenção de complicações graves no PHP.

**CONTATO AUTOR:** INGRID MEDEIROS DE FIGUEIREDO | [ingridfg.medeiros@gmail.com](mailto:ingridfg.medeiros@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104227 – CASO INCOMUM DE DISFAGIA: DISFAGIA LUSÓRIA

**AUTORES:** NYVIA MARIA BARROSO PORTELA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), GILDO BARREIRA FURTADO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 74 anos, sem perda de peso, com disfagia moderada para sólidos há 12 anos. Múltiplas endoscopias digestivas altas (EDAs) foram realizadas nesse período, sendo normais, exceto por aspecto sugestivo de cardioespamos. No início dos sintomas uma manometria convencional evidenciou hipertonia isolada do esfíncter inferior esofágico, com relaxamento normal às deglutições. Nessa época fez uso de isossorbida sublingual sem melhora. Uma dilatação balonada da cárdia foi sugerida, porém não foi realizada. Em 2021, com persistência da disfagia, a paciente voltou a procurar assistência médica. Uma manometria esofágica de alta resolução solicitada se revelou normal pelos critérios de Chicago. Uma nova EDA, evidenciou compressão extrínseca, regular, pulsátil, transversal, em esôfago proximal, comprometendo cerca de 50% da luz. Isso levantou a suspeita de disfagia lusória (DL). Uma angiotomografia (angio-TC) de tórax confirmou o diagnóstico de DL, demonstrando compressão extrínseca por artéria subclávia direita de implantação anormal em arco aórtico com trajeto anômalo na face posterior do esôfago cervical.

**DISCUSSÃO:** A DL tem diagnóstico desafiador, pois sua apresentação é de forma insidiosa e intermitente. A EDA chega a ser normal em mais de 50% dos casos. O esofagograma pode evidenciar a compressão do esôfago, porém tem baixa sensibilidade para o diagnóstico. A manometria esofágica, convencional ou de alta resolução, em geral se revela normal ou com alterações inespecíficas. O diagnóstico de certeza se faz pela angio-TC, a qual só é requisitada diante de um alto grau de suspeição diagnóstica. O tratamento cirúrgico com a mudança do trajeto do vaso anômalo e seu reimplante no arco aórtico chega a ser necessário em alguns pacientes durante a infância ou juventude quando evolui com disfagia grave, mas na grande maioria, a doença só se manifesta tardiamente pelo enrijecimento vascular e pela aterosclerose. Nesse subgrupo, a disfagia é menos intensa, intermitente e contornável por adaptações alimentares, só raramente causando déficit nutricional. O tratamento para esse subgrupo, no qual se inclui nossa paciente, se limita ao aconselhamento dietético.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Nosso caso descreve uma variante anatômica rara de arco aórtico com artéria subclávia esquerda aberrante levando à compressão extrínseca do esôfago cervical e consequente disfagia. Pretendemos destacar a necessidade de conhecer e incluir as compressões vasculares anômalas do esôfago no diagnóstico diferencial das disfagias benignas.

**CONTATO AUTOR:** NYVIA MARIA BARROSO PORTELA | nyviaportela@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104238 – OTSC (Padlock Clip) as an endoscopic rescue method for a severe post-bariatric complication

**AUTORES:** Hugo Gonçalo Guedes (Hospital Santa Luzia - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Luiza Lemos Lemos (Universidade Federal de Santa Catarina - Araranguá - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A 28-year-old man, submitted to a Roux-en-Y gastric bypass reconstruction, evolved with abdominal sepsis and diagnosis of 900 ml of subdiaphragmatic collection, in the first postoperative week. Percutaneous drainage of pus was carried out without any better responses, culminating in a severe septic shock, intubation, tracheostomy, parenteral diet and the administration of large spectrum antibiotics over a long period of time. On the 30th postoperative day, the patient was submitted to an endoscopic evaluation showing dehiscence of the vertical stapling line of the gastric pouch, formation of a perigastric complex cavity and a gastrogastic fistula, confirmed by CT scan. The placement of a fully-covered SEMS with Shim's anti migration technique system was done, remaining in place for 6 weeks. The patient evolved with good clinical improvement, starting an enteral diet for 15 days and, later, an oral diet, being decannulated from his tracheo, receiving hospital discharge 30 days after the prosthesis placement. Endoscopic and tomographic revision 6 weeks after the beginning of the endoscopic treatment showed a complete resolution of the perigastric cavity, despite a persisting gastrogastic fistula confirmed by tomography and contrast extravasation during endoscopy. Thermal ablation of the gastro-gastric fistula in the correspondent pouch area was then performed, followed by the successful application of a Padlock clip in the fistulous ostium. 2 months after the beginning of the endoscopic treatment, the patient returned for an out-patient evaluation with no complaints, having lost 36 kg, showing a control CT scan with no fistulas or collections signs, an intact gastric pouch, without axis deviation and a suitable gastrojejunal anastomosis size.

**DISCUSSÃO:** Endoscopic techniques became the first-line therapy in bariatric surgery-related complications due to it being a less invasive procedure, allowing earlier enteral feeding, shorter hospital stay rates and lower costs. SEMS, TTSC and OTSC, tissue sealants, suturing systems and internal drainage techniques can be carried out and combined, remaining the best option.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** We demonstrated a successful combined endoscopic treatment, using SEMS and Padlocks (OTSC), in order to reverse a case of leak and dehiscence of the gastric pouch after a RYGB surgery. However, more prospective and randomized studies are needed to provide significant comparisons with the techniques used and to establish the clinical safety of this technique.

**CONTATO AUTOR:** LUIZA LEMOS RAMOS | luizaramos2204@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104249 – Actinomicose Gástrica: Relato de caso

**AUTORES:** Joanei da Silva Sampaio Filho (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Mariama Alves Dantas Fagundes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Andrea Maia Pimentel (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sylon Ribeiro Britto Júnior (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A actinomicose é uma doença granulomatosa crônica rara, causada por bactérias filamentosas Gram-positivas e anaeróbias, sendo o *Actinomyces israelii* o principal patógeno em humanos. *Actinomyces* são habitantes comensais do trato gastrointestinal e adquirem patogenicidade quando ocorre alguma lesão tecidual (exemplo: trauma, neoplasia, cirurgia abdominal), sendo a região abdominal corresponde a cerca de 20% dos casos. Essa patologia tem distribuição global e é mais prevalente em homens de meia idade. Principais sintomas, são: dor abdominal, febre, perda de peso e fadiga. Pode ter apresentações graves com formação de abscessos e fístulas. Diagnóstico é feito com análise histológica de tecido ou cultura positiva, com auxílio de exame endoscópico com biópsia ou exame tomográfico

**DISCUSSÃO:** Paciente 76 anos, sexo feminino, queixa de astenia e perda ponderal (30Kg nos últimos 6 meses). Exame físico e laboratorial dentro dos limites da normalidade. Tomografia computadorizada de abdômen observou espessamento gástrico. Prosseguida avaliação complementar com exame de endoscopia digestiva alta que evidenciou, na pequena curvatura do antro gástrico próximo a região pré-pilórica, área de mucosa com alteração do padrão vascular e redução da contratilidade, de limites imprecisos, medindo cerca de 2,5 cm, sendo biopsiada. O relatório da patologia foi de gastrite crônica discreta em corpo e antro gástricos, além de presença de colônias de *Actinomyces* SP no antro. Paciente manteve acompanhamento ambulatorial com equipe de infectologia, iniciou tratamento antimicrobiano com amoxicilina e manteve por 6 meses, período no qual o paciente evoluiu com melhora do quadro de astenia e teve um ganho ponderal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A maioria dos casos de actinomicose gastrointestinal são achados incidentais durante exame endoscópico ou de imagem. A endoscopia, apresentam-se como mucosa normal ou espessada, podendo apresentar-se ainda como ulceração ou lesão nodular. O diagnóstico definitivo consiste no estudo anatomopatológico e/ou cultura do tecido, com evidencia histológica de granuloma com grande infiltração neutrofílica e porção central basófila com grânulo. Na maioria dos casos, os pacientes podem ser tratados com antibioticoterapia (penicilina G benzatina ou ceftriaxona nos casos mais graves e amoxicilina nos casos mais leves) podendo, em alguns casos, necessitar de intervenção cirúrgica. O crescimento lento da infecção e a boa resposta terapêutica na maior parte dos casos é responsável pelo bom prognóstico.

**CONTATO AUTOR:** JOANEI DA SILVA SAMPAIO FILHO | joanei.sampaio@yahoo.com.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104253 – Mucormicose gástrica: uma rara infecção oportunística em paciente HIV+ com Covid 19

**AUTORES:** Marciano Reis Felinto (Hospital Universitário da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Caseri Marino (Hospital Universitário da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Werneck-Silva (Hospital Universitário da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Guilherme Nogueira da Silva (Hospital Universitário da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luis Masuo Maruta (Hospital Universitário da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 30 anos, HIV+ há 8 anos sem tratamento prévio (carga viral elevada e contagem de células TCD4+ de 27), foi internado com quadro de anemia, vômitos e febre intermitente. Evoluiu com icterícia, insuficiência renal, confusão mental, disfagia e anemia necessitando transfusão de grande quantidade de hemoderivados, sendo solicitada endoscopia para investigação. O estômago apresentava-se repleto de sangue vivo e digerido dificultando o exame do corpo gástrico. Foram evidenciadas lesões planas vinhosas em esôfago, além de múltiplas lesões vinhosas e ulceradas (aspecto de vulcão) no estômago, bulbo, segunda e terceira porção do duodeno compatíveis com Sarcoma de Kaposi (diagnóstico confirmado nas biópsias). O paciente evoluiu com enterorragia, hipotensão e dispnéia, necessitando de ventilação mecânica. O exame de PCR para Sars-COV-2 foi positivo. Nova endoscopia revelou o estômago limpo, sem sangue, tendo sido observado, além das lesões vinhosas descritas, uma lesão ulcerada extensa em corpo gástrico, de aspecto enegrecido, friável, sugestiva de lesão isquêmica. O estudo histológico das biópsias coletadas

evidenciou fungo filamentososo da ordem Mucorales (Mucormicose). O paciente evoluiu a óbito devido a quadro de abdome agudo perfurativo (autópsia não realizada).

**DISCUSSÃO:** A Mucormicose, infecção oportunista causada por fungos da classe dos Zigomicetos, tem despertado interesse pelo aumento da sua incidência em pacientes com Covid19. A infecção se dá por inalação ou inoculação de esporos por quebra da barreira cutâneomucosa. Geralmente afeta pacientes imunodeprimidos, principalmente diabéticos, transplantados, em terapia imunossupressora e nos portadores do HIV. Pode acometer qualquer sítio, porém a forma clínica mais comum é a rino-orbitocerebral. O acometimento gastrointestinal é raro e quando ocorre, o estômago é o sítio mais afetado. Nestes casos, os sintomas podem ser inespecíficos (febre, dor abdominal, vômitos) ou evoluir com hemorragia digestiva e perfuração gastrointestinal por invasão do fungo na mucosa gástrica. Em geral, confirma-se a infecção através da análise histológica das biópsias da lesão onde são observadas hifas asseptadas, dicotômicas, com ramificação em 90º, além de esporos dentro de vasos sanguíneos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por ter alta mortalidade e necessitar de tratamento precoce, a mucormicose deve ser sempre considerada nos achados de úlceras de aspecto enegrecido durante a endoscopia especialmente imunodeprimidos portadores de Covid 19.

**CONTATO AUTOR:** MARCIANO REIS FELINTO | mrfreis2@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104325 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE ACALÁSIA ASSOCIADA A DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÊNICO EM PACIENTE COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES– RELATO DE CASO.

**AUTORES:** Deborah Marques Centeno (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Rezende Zago (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Aurelio D'assunção (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lisa Rodrigues da cunha Saud (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marta Mitiko Deguti (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Natalia Sousa Freitas Queiroz (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Savério Tadeu Noce Armellini (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel Moribe (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Kiyoshi Hashiba (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rubens Antonio Aissar Sallum (Hospital Sírio libanês - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 75 anos, portador de doença policística hepática, renal e pancreática, hipertensão arterial, dislipidemia, miastenia gravis, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), obesidade e arritmia evoluindo há 3 meses com quadro recorrente de febre, calafrios, astenia e hiporexia. Durante este período, foi diagnosticado com broncopneumonias de repetição e no último mês com alteração nas provas de função hepática. Foi transferido para hospital de referência após 21 dias de ATB de amplo espectro com melhora dos marcadores hepáticos/canaliculares, porém com persistência de piora clínica e marcadores inflamatórios/infecciosos elevados. No hospital, o paciente foi submetido a RNM abdominal e colangioressonância que descartou qualquer processo infeccioso vigente. Realizada TC de tórax que demonstrou achados compatíveis com broncopneumonia e formação diverticular no terço inferior esofágico com conteúdo hidroaéreo no seu interior. Submetido a uma endoscopia digestiva que observou grande divertículo esofágico distal com conteúdo alimentar no seu interior, sem lesão de mucosa, e raio-x contrastado que demonstrou: grande formação diverticular esofágica medindo cerca de 7,2 cm retencionista e com refluxo de conteúdo para esôfago proximal. Solicitada manometria esofágica, que evidenciou acalasia do tipo II de Chicago. O paciente foi avaliado pela equipe da cirurgia que contraindicou abordagem cirúrgica e então foi submetido a cardiomiectomia endoscópica sem intercorrências. Paciente evoluiu de forma satisfatória com boa aceitação e progressão da dieta no pós-operatório. Realizou raio-x contrastado no 4o PO que demonstrou esôfago pérvio, persistência do divertículo e refluxo gastroesofágico, confirmando a eficácia da cardiomiectomia. Paciente obteve alta hospitalar no 5o PO.

**DISCUSSÃO:** O divertículo epifrênico é uma condição rara e mais de 75% dos casos está associada a dismotilidade esofágica, como acalasia, por isso é fundamental o estudo manométrico antes da decisão terapêutica. A cardiomiectomia endoscópica para tratamento da acalasia foi descrita em 2010 e atualmente vem ganhando espaço como uma opção minimamente invasiva com eficácia equivalente a abordagem cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este relato demonstra a importância de opções terapêuticas alternativas à cirurgia, principalmente em pacientes com risco cirúrgico elevado, e que demonstrem eficácia e baixos índices de complicações

**CONTATO AUTOR:** DEBORAH MARQUES CENTENO | [deborahmarquescenteno@gmail.com](mailto:deborahmarquescenteno@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104328 – Hemorragia Digestiva Alta por Downhill Varices: relato de caso

**AUTORES:** Edivan Fernandes Frota Filho (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Gustavo Miranda Martins (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luiz Ronaldo Alberti (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Livia Quintanilha Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Fernanda Lara Borges (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** V.P.A.M, 61 anos, feminino, portadora de doença renal policística autossômica dominante, em hemodiálise, tendo evoluído com síndrome de veia cava superior devido trombose venosa em decorrência do uso prolongado de cateter de diálise. Tentado sem sucesso tratamento endovascular da trombose da veia cava superior (VCS). Procurou o serviço de urgência por hematêmese e melena, sem repercussão hemodinâmica, mas com repercussão hematómica (hemoglobina 11,5 g/dl). Submetida a endoscopia digestiva alta, que demonstrou cordões varicosos de médio calibre, tortuosos e azulados em toda a extensão do esôfago, com ponto de ruptura em variz localizada no terço médio do órgão. Foi realizada ligadura das varizes, sem recorrência de sangramento. Encaminhada para erradicação ambulatorial das varizes esofagianas, enquanto aguarda tratamento cirúrgico da trombose em VCS.

**DISCUSSÃO:** Downhill varices é uma condição rara associada a obstrução da VCS, ocorrendo em até 30% desses pacientes. Essas varizes têm formação e manejo diferente das varizes relacionadas hipertensão portal. Sua distribuição no esôfago varia em relação ao nível de obstrução da VCS com a veia ázigos. Se a obstrução estiver acima do nível da veia ázigos, a formação de varizes se dará no terço superior do esôfago. Em contraste, se a obstrução estiver abaixo ou envolvendo a veia ázigos, as varizes irão se formar ao longo de todo o esôfago. É uma causa rara de sangramento gastrointestinal, estimado em cerca de 0,1% de todos os casos de hemorragia varicosa. A malignidade é descrita como a etiologia mais comum da obstrução da VCS, mas é causa de sangramento em apenas 14% dos casos. A causa mais comum de sangramento por downhill varices são tromboses relacionadas a cateteres venosos. O tratamento deve ser direcionado à causa da obstrução da VCS. No entanto, em pacientes com hemorragia digestiva, está indicada a terapia endoscópica com ligadura elástica ou escleroterapia na extremidade proximal da variz para interromper o sangramento. Devido ao risco potencial de fluxo retrógrado de esclerosante para as veias espinhais levando a infarto da medula espinhal, a ligadura das varizes é o tratamento preferível.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Downhill varices representam causa rara de hemorragia digestiva alta e devem ser suspeitadas em pacientes portadores de trombose de veia cava superior. O tratamento deve ser direcionado à causa da obstrução venosa e, em casos de hemorragia digestiva alta, a ligadura é a modalidade terapêutica endoscópica de escolha.

**CONTATO AUTOR:** EDIVAN FERNANDES FROTA FILHO | edivanfernandes@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104329 – ADENOCARCINOMA DE PAPILA DUODENAL, EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Amine Saenger Fattah (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Amanda Gonçalves Kaskelis (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Ana Beatriz Zorek Soster (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Chiara Kerolaine Beletato (LUME CENTRO CLÍNICO DE CAMPO MOURÃO - Campo Mourão - Paraná - Brasil), João Paulo Zanatta (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), José Alexandre Gargantini Rezze (LUME CENTRO CLÍNICO DE CAMPO MOURÃO - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Lauren Correa Lopes (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Luiz Carlos Leite (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Matheus Balabuch Neumann (Centro Universitário Integrado - Campo Mourão - Paraná - Brasil), Yasmin Saenger Fattah (Centro Universitário Ingá - Campo Mourão - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 67 anos, do sexo masculino, procedente de Campo Mourão, sem antecedentes pessoais e assintomático. Realiza endoscopia digestiva alta de rotina, na qual evidenciou papila duodenal maior de bordos edemaciados e irregulares, com centro ulcerado, apresentando friabilidade com sangramento espontâneo em babação, medindo cerca de um centímetro. Durante o procedimento endoscópico, foi executado biópsias e encaminhado para estudo anatomopatológico sendo constatado adenocarcinoma invasor pouco diferenciado.

Foi realizado colangioressonância magnética, ressonância e tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve com contraste para estadiamento. Solicitado CA 19-9, CEA e imunohistoquímica. Após análise dos exames e constatado ausência de infiltrações locais e metástases a distância, foi indicado a realização da gastroduodenopancreatectomia. Feito cirurgia robótica no dia três de setembro de 2021, com duração de 7 horas, evoluindo bem e sem intercorrências até o presente momento.

**DISCUSSÃO:** A ampola de Vater (papila duodenal maior), é uma estrutura de aspecto mamilar, na parede pósteromedial da segunda porção duodenal. Pode ser acometida por lesões malignas raras que representam 0,2% dos cânceres gastrointestinais.

O pico de incidência se dá, em média, na sétima década de vida, sendo o sexo masculino o mais prevalente, seguindo a proporção de 2:1. O seu prognóstico é sombrio e o tipo histológico tem importante impacto sobre o mesmo. Sendo assim, a detecção precoce é de extrema valia, já que influencia em uma melhor resposta ao tratamento.

O quadro clínico é inespecífico e está relacionado com a obstrução pancreatobiliar, levando a icterícia, dor abdominal e anemia. Para o diagnóstico, é fundamental a classificação histopatológica e a realização de exames de imagem, e a colangioressonância magnética é descrita como padrão ouro. O tratamento se faz pela duodenopancreatectomia, sendo o único de possibilidade curativa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico precoce dos tumores periampulares é fundamental para um melhor prognóstico, visto que tem um impacto direto na sobrevida dos pacientes. A investigação deve ser direcionada em pacientes com quadro clínico compatível e confirmação diagnóstica por meio de exames laboratoriais e radiológicos. O tamanho, a invasão linfonodal e o grau de ressecabilidade curativa do tumor são fatores importantes na evolução da doença e o único tratamento disponível e potencialmente curativo é cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** AMINE NEWWARA FATTAH SAENGER | aminenewwara@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104359 – Úlcera gástrica por citomegalovírus

**AUTORES:** Raissa Vieira Maluf (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Victória Martins Lima (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Natan Kenji Watanabe (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Akiko Sakamoto Neto (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A infecção pelo citomegalovírus (CMV) é frequentemente observada em pacientes imunocomprometidos, porém também pode ser encontrada em indivíduos saudáveis. Embora possa ocorrer em qualquer órgão, o trato gastrointestinal é um local frequentemente acometido, inclusive agravando doenças inflamatórias pregressas. Foram descritos na literatura pacientes com acometimento em esôfago, estômago, duodeno e cólon, sendo as manifestações mais comuns a dor epigástrica, sangramento gastrointestinal, náuseas e vômitos. A infecção por CMV no estômago é difícil de ser identificada de imediato, devido ausência de características macroscópicas específicas. Pode não apresentar nenhuma variação da mucosa, como pode apresentar-se através de lesão ulcerada única ou múltipla, de tamanhos variados, superficial ou profunda, até mesmo com perfuração ou sangramento maciço, além de raramente lesão verrucosa. De uma forma geral, se manifesta através de gastrite hipertrófica e erosiva com ulceração superficial e/ou profunda, especialmente em região de antro.

**DISCUSSÃO:** Apresentamos o caso de um paciente de 43 anos, etilista pesado, tabagista e morador de área livre, que deu entrada no serviço devido quadro de hematêmese e melena. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina 6,1 g/dl; hematócrito 19,2%. Exame endoscópico evidenciou uma úlcera extensa, medindo cerca de 12 cm, com bordas elevadas, fundo limpo, que se iniciava na transição corpo-antro, acometendo as paredes anterior, posterior e grande curvatura do antro, estendendo-se até piloro. O anel pilórico apresentava acometimento de cerca de 15% da sua circunferência. Exame histopatológico com imunohistoquímica identificou um processo inflamatório intenso ulcerado associado a infecção pelo CMV. O paciente foi tratado com IBP, sem necessidade de terapia com ganciclovir e encaminhado ao ambulatório da gastroenterologia para seguimento clínico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O acometimento do estômago pelo citomegalovírus geralmente implica em lesões ulceradas, cujo diagnóstico diferencial é difícil apenas através do exame endoscópico. Dessa forma, em pacientes imunocomprometidos, com sintomas sistêmicos ou não usuários de anti-inflamatórios, deve ser aventada hipótese de infecção por agente específico como citomegalovírus, com realização de estudo anatomopatológico com imuno-histoquímica para diagnóstico e tratamento adequados.

**CONTATO AUTOR:** ANA VICTORIA MARTINS LIMA | [anavictoria\\_ml@yahoo.com.br](mailto:anavictoria_ml@yahoo.com.br)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104361 – TÍTULO: USO DE CIANOACRILATO PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO DE DIFÍCIL CONTROLE POR ULCERA PÉPTICA .

**AUTORES:** Raquel Santana Ramos Oliveira Fittipaldi (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Erb Gama Cambrainha Monteiro (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Julyanne Luize de Lima Rios Castro (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Marcos Paulo Gomes de Mattos (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Gustavo Santos de Carvalho (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Airton Costa Madureira (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Jose Luiz de Figueiredo (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Thiago Guimarães Vilaça (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil), Gustavo José Carneiro Leão Filho (IMIP - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.W.S, 43 anos, admitido em sala vermelha de hospital terciário da região metropolitana de Recife--PE após quadro de hemorragia digestiva alta (HDA) associada a instabilidade hemodinâmica. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou úlcera profunda, de bordos elevados e bem definidos, medindo aproximadamente 4 cm, em seu maior diâmetro, com presença de vaso visível e pulsátil em base de úlcera. Optado pela terapia endoscópica mecânica com aposição de clipe metálico hemostático sendo identificado, após disparo do método, sangramento vultoso em jato. Realizado nova tentativa de aposição de clipe metálico, sem sucesso. Como terapia de resgate, optado pela injeção de cianoacrilato em leito de úlcera gástrica, sendo observado hemostasia inicial imediata. 'Second-look' endoscópico evidencia polímero sólido bloqueando topografia de vaso anteriormente citado associado a ausência de sangramento ativo.

**DISCUSSÃO:** A doença ulcerosa péptica é causa de sangramento digestivo não varicoso mais comum e a terapêutica hemostática endoscópica é altamente eficaz em cessar o sangramento. Existem atualmente protocolos bem estabelecidos quanto o escalonamento das terapias de hemostasia endoscópica a depender da classificação da lesão. O manejo endoscópico inclui métodos químicos, mecânicos e térmicos. Dentre os métodos químicos é descrito, além do uso de adrenalina e agentes esclerosantes, o uso de substâncias adesivas como o cianoacrilato. Durante o sangramento recorrente ou persistente intratável a escolha da terapia subsequente inclui embolização arterial ou cirurgia de urgência. No entanto, nos pacientes de alto risco para cirurgia de urgência e na indisponibilidade de outros métodos hemostáticos o cianoacrilato pode fornecer uma alternativa segura e definitiva. São descritos casos com bons resultados a longo prazo, no entanto, são relatadas algumas complicações associadas principalmente a embolização arterial do material, sendo necessário experiência e conhecimento anatômico local.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A hemorragia digestiva alta não varicosa é a principal causa de sangramento digestivo apresentando alta mortalidade. O tratamento hemostático endoscópico é a terapia de escolha nesses casos e tem protocolos bem definidos quanto ao escalonamento de técnicas. Em situações de urgência e falha na terapêutica convencional, no sangramento recorrente ou persistente, um último recurso possível a ser indicado é o uso de cianoacrilato, considerando o perfil de segurança da técnica.

**CONTATO AUTOR:** RAQUEL SANTANA RAMOS OLIVEIRA FITTIPALDI | sro.raquel@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

**1104394 – Sarcoma de Kaposi gastrointestinal, um relato de caso Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte. Autores: Lívia, Gustavo Miranda, Edivan e Fernanda**

**AUTORES:** LIVIA QUINTANILHA SANTOS (HOSPITAL FELICIO ROCHO - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** W.J.S., masculino, 53 anos, admitido em ambiente hospitalar em junho de 2020 para investigação de dor abdominal difusa e diarreia com quatro meses de evolução associada a perda ponderal importante. Enterotomografia externa evidenciou espessamento parietal com protusão intraluminal de vegetação de partes heterogêneas na parede superior da grande curvatura gástrica, alças de delgado de calibre e espessura parietal normais, sem realce anômalo da mucosa. Revisão laboratorial da admissão evidenciou elevação de Calprotectina fecal e PCR.

Realizou EDA que evidenciou lesões elevadas e avermelhadas, com superfície endurecida em corpo gástrico e antro, medindo cerca de 15 e 6mm. A colonoscopia também evidenciou lesões elevadas, angiomas, com medida de 6mm, próxima a válvula ileocecal. Anátomo patológico de lesão de antro gástrico constatou proliferação fusocelular de baixo grau em submucosa.

Solicitado então exames para diagnóstico de imunossupressão, teste rápido para HIV e western blot foram positivos. Paciente apresentava HIV RNA com 13.700 cópias/ml e CD4 de 43. Iniciado TARV (TDF+ 3TC + DTG) em 09/07/2020.

**DISCUSSÃO:** O Sarcoma de Kaposi é a neoplasia mais comum entre pacientes infectados pelo HIV, afetando 15-20% desta população. As lesões de pele são a manifestação mais comum, embora locais de mucosa, linfonodos e vísceras também possam estar envolvidos. A doença visceral está presente em quase 25% dos pacientes, acometendo mais comumente o pulmão e TGI. O SK gastrointestinal (GI-KS) é o local extra cutâneo mais comum do SK no HIV/AIDS, e a maioria (75%) dos pacientes são assintomáticos. Pacientes sintomáticos geralmente apresentam achados inespecíficos, como dor abdominal, perda de peso, anemia ferropriva, náuseas, vômitos, diarreia e, às vezes, hemorragia digestiva. As lesões intestinais podem estar presentes independente das lesões cutâneas.

Dada a alta incidência de GI-KS, a avaliação endoscópica é necessária em pacientes com AIDS e sintomas gastrointestinais, já nos pacientes assintomáticos, o benefício da EDA permanece um tópico de debate.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os médicos devem manter um alto índice de suspeita de GI-KS. Foi demonstrado que alguns fatores clínicos como baixa contagem de CD4 e alta carga viral ajudam a prever a ocorrência de GI-KS, o que permite aos médicos identificar pacientes em risco para avaliação endoscópica.

**CONTATO AUTOR:** LIVIA QUINTANILHA | liquintanilhasantos@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104402 – Tratamento de Varizes de Fundo Gástrico com hemoclip: Relato de Caso

**AUTORES:** Guilherme Hoverter Callejas (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Danielle Rossana Queiroz Martins Bonilha (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), José Antonio Possatto Ferrer (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Rúbia Moresi Vianna de Oliveira (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Júlia Guimarães Fernandes Costa (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Luíza Dias Torres (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Mariana Franson Fernandes (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Cristiane Kibune Nagasako Vieira da Cruz (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil), Ciro Garcia Montes (Gastrocentro - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 68 anos, com diagnóstico há 5 anos de cirrose por doença hepática esteatótica (NAFLD), Child A6, admitida devido a um episódio prévio de hemorragia digestiva alta (HDA). Ao exame endoscópico, evidenciaram-se varizes esofágicas de fino calibre sem sinais da cor vermelha e varizes em fundo gástrico de grosso calibre com sinais da cor vermelha (VEG II). Indicou-se profilaxia secundária de HDA por varizes gástricas com injeção de cianoacrilato. Durante o procedimento, em que foi utilizada solução de cianoacrilato com lipiodol 1:1, ocorreu obstrução do cateter e sangramento em jato. Optou-se pela colocação de um hemoclip na variz (Resolution®, Boston Scientific), com controle adequado do sangramento. A paciente apresentou evolução favorável, com alta hospitalar no dia seguinte. Durante o seguimento ambulatorial, a paciente não apresentou novas exteriorizações. A endoscopia de controle evidenciou o cordão varicoso com ponto de extrusão da cola, sem sinais vermelhos.

**DISCUSSÃO:** Apesar de um estudo sugerir que o cianoacrilato é mais efetivo do que os betabloqueadores na profilaxia primária das varizes gástricas, ainda não há uma recomendação formal para seu uso nesse contexto. Nos pacientes com hemorragia digestiva alta ou profilaxia secundária, o principal recurso terapêutico é a aplicação intravascular de substâncias adesivas como o cianoacrilato. Essa técnica proporciona hemostasia em até 90% dos casos, com índices de ressangramento que variam de 15 a 30% em estudos a longo prazo. Recentemente, o ultrassom endoscópico com o uso de molas associadas ao cianoacrilato vem se tornando uma alternativa com maiores índices de sucesso e menores complicações. Na literatura, há pouca descrição sobre o uso do hemoclipse no tratamento de varizes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apresentamos um caso de tratamento endoscópico de varizes cuja complicação durante o procedimento exigiu uma alternativa incomum, mas resolutive. Durante o acompanhamento, a paciente não apresentou complicações.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME HOVERTER CALLEJAS | [guilherme.callejas@hotmail.com](mailto:guilherme.callejas@hotmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104439 – Linfoma MALT em estômago excluso: desafio diagnóstico

**AUTORES:** Livia Maria Antunes Pinto Azevedo (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Érico Pessoa Canal (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Christianne Damasceno Arcelino do Ceará (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marina Bernardo Carratú Magnani (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sandrone Granja de Abreu (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Adriana Vaz Safatle Ribeiro (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Luiz Bertevello (Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 41 anos, masculino, histórico de obesidade de longa data e sem outras comorbidades, foi submetido à gastroplastia redutora com reconstrução em Y de Roux (BYPASS) em 2018. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) antes do procedimento, sem achados significativos e identificado *Helicobacter pylori* (Hp) em exame histológico, tratado com esquema padrão por 14 dias, sem controle de cura. Seguiu com boa evolução clínica, assintomático e em uso apenas de complexo vitamínico. Em agosto de 2021, cursou com episódios de melena, com repercussão hemodinâmica e necessidade transfusional. Após estabilização clínica, iniciada investigação com EDA, a qual evidenciou gastroplastia redutora com bom aspecto e colonoscopia sem anormalidades.

**DISCUSSÃO:** Dando prosseguimento à investigação, realizada enteroscopia de balão único, na qual identificou, no estômago excluso, pangastrite atrófica difusa intensa e uma área em corpo distal com palidez e lesões vasculares apresentando sangramento ativo, em porejamento. Efetuada hemostasia com solução de adrenalina (1:20000) e eletrocoagulação com plasma de argônio, com sucesso. Após 2 dias foi submetido à degastrectomia, sendo evidenciada uma lesão de 5 x 3,5 cm, cujo anatomopatológico resultou em Linfoma da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa (linfoma MALT) infiltrando mucosa, submucosa e muscular própria e Hp negativo. O estudo imuno-histoquímico revelou CD20 positivo, CD3 negativo, citoqueratinas 40, 48, 50 e 50,6 kDa positivas e Ki-67 1%, ciclina D1 negativa. Teve alta no terceiro dia de pós-operatório, com boa evolução clínica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A obesidade é uma pandemia, sendo o BYPASS gástrico uma das cirurgias mais realizadas para tratamento da obesidade mórbida. O estômago remanescente pode apresentar complicações, constituindo um importante desafio diagnóstico e terapêutico devido à anatomia modificada. Neoplasias do remanescente gástrico são pouco relatadas. A avaliação prévia do Hp e certificação de cura são obrigatórios numa programação de cirurgia bariátrica. Dentre as afecções desencadeadas diretamente pelo Hp destacam-se adenocarcinoma e linfoma MALT. A avaliação endoscópica do estômago excluso é essencial nestes pacientes com EDA e colonoscopias normais e com sangramento gastrointestinal.

**CONTATO AUTOR:** MARINA BERNARDO CARRATÚ MAGNANI | ma\_carratu@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104490 – Relato de caso: proposta de tratamento de fístula traqueoesofágica pós-intubação prolongada em paciente com COVID-19

**AUTORES:** Henrique Rolim Severo (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Suelen Aparecida Miozzo (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Comunello Schacher (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Jorge Alberto John (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Guinsburg Barlem (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mariana Crespo Pires (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Guilherme Becker Sander (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 56 anos, previamente hígida, apresentou internação de longa duração devido a complicações relacionadas à infecção por COVID-19. Devido a tempo prolongado de tubo orotraqueal, paciente evoluiu com estenose de traqueia e fístula traqueoesofágica. Realizadas múltiplas abordagens por equipe de cirurgia torácica para a fístula, entretanto paciente permaneceu com dificuldade para ingerir líquidos. Realizada tomografia computadorizada (TC) com reconstrução de imagem, identificando-se permanência de fístula entre a porção proximal do esôfago e a traqueia com aproximadamente 2 mm de trajeto. Optado por tratamento por endoscopia digestiva alta (EDA) da fístula, onde foi realizado desepitelização com plasma de argônio e colocação de clipe metálico para complementar o fechamento. Paciente evoluiu já no primeiro dia após o procedimento com boa tolerância para ingestão de líquidos, diminuindo episódios de tosse e afogamentos.

**DISCUSSÃO:** Ciprian Bolca et al. (2016) descrevem que as fístulas traqueoesofágicas estão presentes em apenas 0,5% dos pacientes que necessitam de intubação prolongada. Dentre as abordagens por endoscopia digestiva alta, Daril Ramay et al. (2019) discutem possibilidades como stents esofágicos recobertos, adesivos teciduais (cianoacrilato e colas com baseadas em fibrina), dispositivos utilizados para oclusão de defeitos de septo atrial, terapia com Endoluminal vacuum-assisted closure (EVAC) e cliques metálicos (com destaque para uso do over-the-scope clip), opções pouco disponíveis ou não aplicáveis ao nosso caso por risco de diminuir o lúmen traqueal ou pela impossibilidade de aplicar o método devido ao pequeno tamanho da fístula. Portanto, optamos por extrapolar a abordagem proposta por Hameed et al. (2009) para fístulas gastrocutâneas, na qual realiza-se desepitelização do trajeto fistuloso com plasma de argônio e colocação de clipe metálico na mucosa adjacente, realizando o fechamento da fístula.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os tratamentos endoscópicos classicamente propostos para fístulas traqueoesofágicas apresentam limitações ou são pouco disponíveis na maioria dos serviços em nosso país. Desta maneira, apresentamos neste caso abordagem com plasma de argônio e cliques metálicos como opção de menor custo, de maior facilidade técnica, com bom resultado neste caso em específico. No entanto, ainda são necessários estudos com números mais robustos de casos utilizando esta abordagem para avaliar suas taxas de sucesso técnico e clínico.

**CONTATO AUTOR:** HENRIQUE ROLIM SEVERO | henriqueseveromed@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104510 – Sarcoma de Kaposi disseminado pelo tubo gastrointestinal.

**AUTORES:** Thalita Costa Margarida (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Isabelle Pina Araújo (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Nathália Carvalho Fernandes (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Fanny Gonçalves Moraes Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 20 anos, masculino, sem comorbidades prévias, admitido em hospital terciário com quadro de síndrome consumptiva, anasarca e diarreia aquosa intermitente, de início há três meses. Submetido a endoscopia digestiva que evidenciou lesões elevadas com fundo ulcerado, de coloração avermelhada, de formatos arredondados e tamanhos variados, acometendo o esôfago, o estômago, o duodeno e o sigmoide, cuja biópsia demonstrou quadro imunomorfológico próprio de sarcoma de Kaposi (SK), e imunomarcagem com HTV 8 positivo. Após extensa investigação clínica, o diagnóstico definitivo foi infecção por HIV.

**DISCUSSÃO:** O SK é tumor endotelial multicêntrico, de baixo grau de malignidade, associado à infecção pelo herpesvírus humano 8 (HHV-8), considerado raro até o início da epidemia de aids. Atualmente, são reconhecidas quatro formas clínicas: clássica, endêmica da África, iatrogênica e epidêmica relacionada ao HIV. O SK relacionado à AIDS tem um curso clínico variável, variando de uma doença mínima que se apresenta como um achado incidental a uma neoplasia de rápida progressão, que pode resultar em morbidade e mortalidade significativas. A doença cutânea é a apresentação inicial mais comum do SK, mas foi observado SK em quase todos os locais viscerais, sendo os mais frequentes a cavidade oral, o trato gastrointestinal e o sistema respiratório. O envolvimento gastrointestinal é raro e pode ocorrer na ausência de doença cutânea, como no caso descrito. As lesões gastrointestinais podem ser assintomáticas ou podem causar perda de peso, dor abdominal, náuseas e vômitos, sangramento gastrointestinal alto ou baixo, má absorção, obstrução intestinal e / ou diarreia. Endoscopistas experientes conseguem reconhecer facilmente as lesões gastrointestinais de SK. Elas são tipicamente nódulos hemorrágicos que podem ser isoladas ou confluentes, e podem ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Porém, sempre que possível o diagnóstico de SK deve ser confirmado por biópsia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O maior interesse deste relato é enfatizar o importante aspecto, relatado na literatura e constatado neste caso, do SK no envolvimento gastrointestinal como manifestação inicial, apesar de raro, em um paciente com sorologia positiva para HIV. E com este diagnóstico estabelecido, permitiu realizar o tratamento com introdução da terapia antirretroviral, possibilitando a remissão das lesões após o início.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | [americossilverio@hotmail.com](mailto:americossilverio@hotmail.com)

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104521 – Hematoma de antro gástrico pós endoscopia digestiva alta diagnóstica: Um relato de caso.**

**AUTORES:** Rafaela Maria Falcão Basílio (Centro universitário maurício de nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Bartolomeu de Sá Basílio (Clínica de gastroenterologia e endoscopia digestiva Bartolomeu Basílio - Ji-Paraná - Rondônia - Brasil), Bruno de Souza Campos (Unifacimed - Cacoal - Rondônia - Brasil), Joaquim Luiz Crateú Granja (Centro Universitário Maurício de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil), Catharina de Andrade Morais Pinheiros Prates (Centro universitário Maurício de Nassau - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 54 anos, sexo feminino, acompanhada em serviço ambulatorial de gastroenterologia com queixas dispepticas. Optou-se por realizar endoscopia digestiva que evidenciou discreta gastrite enantematosa de antro, sendo realizado biópsia para anatomopatologia e pesquisa de *Helicobacter pylori*. Em menos de 24 horas, paciente retorna ao serviço referindo episódio de hematêmese e desconforto epigástrico, sendo realizado nova endoscopia digestiva alta de urgência, onde se observou discretos resíduos de sangue em lago mucoso e extenso hematoma em grande curvatura do antro. Paciente foi encaminhada para internamento hospitalar e realizado tratamento conservador com inibidor de bomba de prótons, antifibrinolítico, antibioticoterapia. Após 72 horas foi realizado nova endoscopia digestiva alta, sendo observado ausência do hematoma, porém com lesão ulcerada com fundo granuloso e fina camada de fibrina em seu leito. Paciente hemodinamicamente estável, sem outras queixas, recebeu alta com inibidor de bomba de prótons em dose dupla diária.

**DISCUSSÃO:** Complicações relacionadas a endoscopia digestiva alta são raras e possuem taxa de incidência de 0,1%. Em relação às complicações mais graves estão a perfuração e a hemorragia. Já a formação de hematomas após realização de biópsias possuem taxa de incidência desconhecida, e ocorrem por extravasamento de sangue do seu leito habitual.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar do hematoma gástrico ser uma complicação rara é de se considerar que pode vir a acontecer, pois mesmo após uma simples biópsia de mucosa, há trauma na microvascularização que pode levar a formação de um coágulo.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA MARIA FALCÃO BASÍLIO | rafaelabasilio98@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 101924 – Uso de sonda enteral posicionada por endoscopia como alternativa para alimentação precoce em caso de hematoma duodenal – Relato de caso.

**AUTORES:** Ana Luiza Rodakowski de Onofre (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bruna Alioto Nalin Tedesco (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Buraschi Antunes (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Paulo Cezar Haddad de Amorim (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovana Tuccille Comes Bambrilla (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Erika Veruska Paiva Ortolan (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 13 anos, apresentou trauma abdominal fechado após queda de cavalo, evoluindo com dor e distensão abdominal. Chegou ao pronto socorro hemodinamicamente estável e foi submetida a tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou hematoma duodenal e líquido livre em pequena quantidade. Optado pela passagem de sonda nasogástrica, que apresentou drenagem biliosa de 300ml/12h. Realizado radiografia (RX) contrastada de estômago e duodeno que mostrou obstrução duodenal. Para evitar o uso de nutrição parenteral, foi optado pela realização de endoscopia digestiva alta (EDA), na qual foi visualizado hematoma intramural em parede anterior de segunda porção duodenal, que limitava a progressão do aparelho. Foi realizada passagem de sonda enteral guiada pela endoscopia, além do hematoma, para alimentação. Paciente iniciou dieta enteral logo após a passagem da sonda, com boa aceitação. Após três dias de alimentação exclusivamente enteral, realizado novo RX contrastado que evidenciou resolução da obstrução, sendo então liberada dieta via oral, sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** Hematoma duodenal é uma patologia rara em criança, sendo trauma a causa mais comum, mas também ocorre como complicação de biópsia duodenal endoscópica e de forma espontânea, em pacientes com distúrbios de coagulação ou uso de anticoagulantes. Em crianças o risco de lesão duodenal por trauma contuso é maior por causa de sua anatomia, porém existem poucos estudos publicados sobre a abordagem e gestão do hematoma duodenal.

O quadro clínico pode variar de dor abdominal leve a obstrução intestinal. Este tipo de lesão pode levar à obstrução total ou parcial da luz duodenal. Em casos graves, pode levar a complicações potencialmente fatais, como ruptura ou isquemia local. O tratamento geralmente é conservador e envolve repouso intestinal da área afetada e suporte nutricional. Atualmente, preconiza-se o uso de nutrição parenteral (NP) como primeira escolha para estes pacientes, visto que permanecerão em jejum prolongado. Não há descrição na literatura de passagem de sonda enteral guiada por endoscopia para evitar o uso de nutrição parenteral.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A passagem de sonda enteral guiada por endoscopia e posicionada após a área de obstrução duodenal secundária a hematoma é uma alternativa segura e deve ser uma opção em locais que possuem serviços de endoscopia pediátrica, visando a alimentação precoce nesses casos, evitando-se assim a morbidade secundária ao uso de NP.

**CONTATO AUTOR:** ERIKA VERUSKA PAIVA ORTOLAN | erika.ortolan@unesp.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 102042 – TÉCNICA DE RENDEZVOUS PARA RECANALIZAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ESTENOSE ACENTUADA DE ESÔFAGO EM PEDIATRIA

**AUTORES:** PAULA PERUZZI ELIA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), DJALMA ERNESTO COELHO NETO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, com disfagia para líquidos, encaminhado para tratamento de estenose cerrada de esôfago. Investigação clínica excluiu causas congênicas e infecciosas da estenose, ausência de cirurgias prévias. A mãe refere ser possível ter tido um acidente com ingestão de soda cáustica, mas não tem certeza (sic).

O exame endoscópico revelou uma estenose no terço distal do esôfago com impactação de alimentos, que foram retirados com alça. A revisão endoscópica revelou estenose em esôfago distal, com cerca de 7 cm de comprimento, quase completa, em topografia de junção esofagogástrica, e que não permitia a progressão do fio guia zebrado de CPRE. O aparelho pediátrico foi introduzido pela gastrostomia até o cárdia e simultaneamente introduzido um segundo aparelho pela boca até a estenose. Uma vez que a área de estenose foi alcançada pelos dois aparelhos, foi escolhido o ponto de punção para progressão do fio guia, por transiluminação. Foi possível então progredir o fio guia zebrado através da estenose, que foi posicionado pela boca até a gastrostomia. Efetuada dilatação com velas de Savary-Gilliard 5 a 9 mm por via anterógrada. Após a dilatação foi inserido uma prótese biliar totalmente recoberta (10 x 8 mm) para manter a estenose aberta. A prótese foi bem tolerada pela criança, e retirada por via endoscópica 4 semanas após a sua colocação. A criança encontra-se em tratamento de dilatação endoscópica.

**DISCUSSÃO:** Este caso demonstra a eficácia de um tratamento endoscópico em obstrução acentuada de esôfago em pediatria. A recanalização do esôfago foi possível através da técnica de Rendezvous (combinada anterógrada e retrógrada), e o uso da transiluminação no cárdia permitiu escolher o melhor ponto para a progressão do fio guia.

A inserção da prótese permitiu a manutenção da luz do esôfago. E embora existam poucos casos na literatura de uso de próteses endoluminais na pediatria, tendo como uma das limitações a falta de próteses produzidas especialmente para pacientes pediátricos, a prótese biliar foi bem tolerada pela criança.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento endoscópico das estenoses acentuadas de esôfago em pediatria é seguro e eficaz, quando realizado por endoscopistas experientes. Além de ser menos invasivo, apresenta menores taxas de morbidade e mortalidade que o tratamento cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** PAULA P ELIA | paulaperuzzielia@gmail.com



## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 102122 – Hematoma Duodenal pós Biópsia por Endoscopia Digestiva Alta em Paciente Pediátrico pós Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas

**AUTORES:** DIOGO DE OLIVEIRA LIMA (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), DIOGO PERAL CAETANO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), ANDRÉ LUIS VOLPATTO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), FRANCISCO ALVES ARANTES (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), TAYSSA BRANDÃO PACHECO (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), PAOLA DE ARAÚJO SARDENBERG ALVES (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), VITOR DE OLIVEIRA LIMA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), ROBERTA FRANCO PICCHIONI (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), CAIO COLTURATO COIMBRA (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), DANIEL VILELA MARTINS (FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 11 anos, sexo feminino, diagnóstico de leucemia mieloide aguda com recidiva precoce combinada, submetida a transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico aparentado. Por dor abdominal e investigação de doença enxerto contra hospedeiro transfusional, realizou endoscopia digestiva alta com biópsias, sem intercorrências imediatas, que revelou sufusões hemorrágicas em corpo gástrico e erosões antrais. Quatro horas após, paciente evoluiu com piora da dor, vômitos, hipotensão, taquicardia, dessaturação e queda dos níveis hematemétricos. Radiografia de abdome sem alterações significativas. Ecografia com protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) evidenciou líquido livre em cavidade abdominal. Tomografia computadorizada de abdome visualizou hematoma duodenal com sinais de ruptura da parede posterior, hemoperitônio e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas por provável obstrução do colédoco que desemboca na altura do hematoma duodenal. Foi indicada laparotomia exploradora, que identificou extenso hematoma em goteira parieto cólica direita, acometendo todo o trajeto da veia cava e estendendo-se para vasos ilíacos comuns e raiz de mesentério até ângulo de Treitz. Drenou-se ambas fossas ilíacas. Nova endoscopia digestiva alta, identificou abaulamento de coloração vinhosa em segunda porção duodenal, ocluindo cerca de 80% da luz do órgão, sugestivo de hematoma de parede. Paciente evoluiu desfavoravelmente e família solicitou medidas de conforto. O anatomopatológico não apresentou critérios para doença do enxerto contra o hospedeiro. Mantido seguimento em cuidados paliativos, evoluiu a óbito.

**DISCUSSÃO:** O hematoma duodenal intramural é raro em pediatria. Sua incidência como complicação de biópsia duodenal por endoscopia tem poucos casos descritos na literatura. Alguns fatores de risco são alterações da coagulação e desnutrição. Também foram descritos casos em leucemia ou transplante de medula óssea. O hematoma duodenal pode levar à pancreatite aguda pela obstrução da papila ou compressão pancreática. O diagnóstico é confirmado por imagens. O tratamento conservador tem bom prognóstico e a abordagem cirúrgica é indicada se houver complicações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O hematoma duodenal é uma complicação rara da endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal, com poucos casos em idade pediátrica descritos na literatura. Em casos de dor abdominal e vômitos nas primeiras 48 horas após biópsia duodenal, a hipótese de hematoma intramural deve ser considerada.

**CONTATO AUTOR:** DIOGO DE OLIVEIRA LIMA | diogo\_lim@hotmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 102198 – Série de casos: Dilatação com Balão de Via Biliar em Lactentes com Estenose Esofágica

**AUTORES:** Mariana Pacchioni (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bianca de Souza Correa (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bruna Aliotto Nalin Tedesco (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Rodakowski de Onofre (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Buraschi Antunes (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Thais Gagno Grillo (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Erica Mariah Correa Rodrigues Giriboni (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Paulo Cezar Haddad de Amorim (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovana Tuccille Comes Brambilla (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil), Erika Veruska Paiva Ortolan (Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, com diagnóstico de atresia esofágica, submetida a esofagoplastia no segundo dia de vida. Com 166 dias de PO, evoluiu com episódios de regurgitação e engasgos após a introdução de alimentos pastosos. Exame radiológico contrastado evidenciou estenose esofagiana. A paciente foi submetida a quatro sessões de dilatação esofágica endoscópicas com balão de via biliar. Desde a segunda dilatação não apresentou novos episódios de regurgitação ou engasgos.

Paciente do sexo feminino, submetida à esofagoplastia aos 2 dias de vida por atresia de esôfago, encaminhada de outro serviço por estenose na anastomose visto em exame radiológico contrastado com 40 dias de vida. Foi submetida a oito sessões de dilatação endoscópica com balão de via biliar. Desde a quinta sessão não apresentou novos episódios de regurgitação ou sialorreia.

Paciente do sexo masculino, recém-nascido prematuro, desde o segundo dia de vida com episódios de engasgo e respiração ruidosa. Foi solicitada nossa avaliação aos 58 dias de vida, realizada EDA a beira leito de UTI, paciente em IOT, e identificada estenose esofágica congênita, não transponível pelo aparelho neonatal. Devido a não progressão de sonda enteral, foi optado por gastrostomia cirúrgica para nutrição e aguardo da melhora clínica. A estenose congênita foi classificada como fibromuscular pela TC. Com 72 dias de vida, após melhora clínica, foi realizada nova EDA, agora em centro cirúrgico, com a dilatação endoscópica com balão de via biliar da estenose esofágica. Após 36 dias da dilatação foi realizado nova EDA com área de estenose pérvia ao aparelho. Paciente permanece assintomático.

**DISCUSSÃO:** A terapêutica da estenose esofágica, tanto congênita, quanto pós cirúrgica, em RN e lactentes acaba ocorrendo de forma cirúrgica na maioria dos casos, tanto pela falta de equipamentos adequados, quanto pela falta de profissionais habilitados para a realização de outras formas de tratamento. Em serviços que possuem serviço de endoscopia pediátrica, a utilização de um balão de dilatação de via biliar, pode ser adaptado, para realizar as dilatações esofágicas devido suas proporções semelhantes ao esôfago nessa faixa etária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A dilatação esofágica com balão de vias biliares por meio de EDA, é uma alternativa segura e deve ser uma opção em locais que possuem serviços de endoscopia pediátrica, por ser menos invasiva que o tratamento cirúrgico e com resultados satisfatórios em manter o esôfago com calibre adequado.

**CONTATO AUTOR:** ERIKA VERUSKA PAIVA ORTOLAN | erika.ortolan@unesp.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 1104335 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO COM VACUOTERAPIA PARA FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA EM CRIANÇA – RELATO DE CASO

**AUTORES:** paula p elia (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), DARLI FERNDANDES (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), FERNANDA ALCAZAR (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), VALERIA SOUSA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ - rio de janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), NEWTON TEIXEIRA SANTOS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ - rio de janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 1 ano, síndrome do intestino curto devido à gastrosquise, foi admitido com quadro de vômito e distensão abdominal evoluindo com choque séptico. Realizada tomografia que evidenciou abscesso intra-abdominal, sendo indicada laparotomia. Cirurgia evidenciou perfuração de delgado distal e houve uma lesão de delgado proximal na abertura da parede, sendo feita enterorrafia proximal e enteroenteroanastomose distal.

No 5º dia de pós-operatório, evoluiu com saída de secreção entérica pela ferida operatória sendo reoperado. Verificada deiscência da enterorrafia, sendo feito reavivamento das bordas e nova rafia. No 10º de pós-operatório evoluiu novamente com abertura de fístula enterocutânea. Foi optado por tratamento conservador com abertura da parede abdominal, colocação do curativo a vácuo externo e tratamento com dieta parenteral e octreotida. Houve melhora clínica do paciente com controle da sepse, porém manutenção da fístula enteroatmosférica de alto débito.

No 29º dia de pós operatório foi optado por iniciar terapia endoscópica com vácuo endoluminal, sendo colocada a sonda pelo óstio da gastrostomia prévia. Houve melhora gradativa do tamanho e débito da fístula. Durante o tratamento a vácuo foi posicionada uma sonda enteral distal à fístula e iniciada nutrição com dieta enteral.

A terapia a vácuo foi trocada 6 vezes e houve fechamento completo da fístula após 3 meses de tratamento.

**DISCUSSÃO:** Fístula enterocutânea pode ocorrer como complicação após cirurgias abdominais, e o risco aumenta em pacientes com doença crônica, desnutrição e em cirurgias emergenciais. É uma complicação grave, com elevada morbi-mortalidade.

Este é um caso de tratamento bem-sucedido com terapia a vácuo em criança com 1 ano de idade. O tratamento endoscópico conservador permitiu fechamento completo da fístula, com nutrição enteral distal à mesma, após várias abordagens cirúrgicas sem sucesso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Terapia a vácuo deve ser considerada como alternativa na terapêutica endoscópica de fístulas enterais. É um tratamento pouco invasivo, seguro e eficaz, mesmo em crianças pequenas.

**CONTATO AUTOR:** PAULA P ELIA | paulaperuzzielia@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica

### 1104368 – TÍTULO: ASPECTOS DA DRENAGEM DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO NA CRIANÇA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Raquel Santana Ramos Oliveira Fittipaldi (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Erb Gama Cambrainha Monteiro (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Julyanne Luize de Lima Rios Castro (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Gustavo Santos de Carvalho (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Airton Costa Madureira (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), José Luiz de Figueiredo (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Thiago Guimarães Vilaça (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Marcos Paulo Gomes de Mattos (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Gustavo José Carneiro Leão Filho (IMIP - RECIFE - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** J.N.S., 1 ano e 6 meses, internado em hospital terciário da região metropolitana de Recife-PE. Submetido a gastrectomia e pancreatectomia parciais para correção cirúrgica de cisto de duplicação gástrico. Evolui no 32º DPO com dor abdominal, associado a quadro de vômitos refratário às medidas clínicas. Realizado então tomografia (TC) de abdome total tendo como achado, formação de conteúdo líquido com volume estimado de 80 ml em topografia de sítio cirúrgico, com forte relação com corpo e cauda do pâncreas. Submetido posteriormente a endoscopia digestiva alta que evidenciou abaulamento em parede posterior de corpo gástrico, sugestivo de compressão extrínseca da lesão evidenciada em TC. Optado por terapêutica endoscópica com drenagem de cerca de 60 ml de líquido citrino e acesso a cavidade do pseudocisto. Paciente evolui com melhora sintomatológica e posterior alta.

**DISCUSSÃO:** O pseudocisto pancreático é raro em crianças. Ao contrário dos adultos em que geralmente surgem como uma complicação de pancreatite crônica, as causas mais comuns de pseudocisto pancreático nas crianças são: pós trauma abdominal ou, menos comumente, a pancreatite aguda. Os pseudocistos quando menores que 5 a 6 cm podem evoluir com regressão e nesses casos é possível o acompanhamento clínico. No entanto, na presença de sintomas ou complicações, como infecção (podem progredir para abscessos pancreático), sangramento, ou ruptura para o trato digestivo é necessária abordagem terapêutica. O tratamento de pseudocisto pode ser realizado através de drenagem percutânea, cirurgia ou tratamento endoscópico. O tratamento endoscópico do pseudocisto tem a vantagem de ser um procedimento menos invasivo, relativamente breve, tanto no tempo de procedimento quanto no tempo de permanência hospitalar. Em comparação com o método percutâneo, a endoscopia permite uma drenagem interna, muito mais confortável e sem risco de fístula externa e com menor chance de recidiva.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O pseudocisto pancreático é uma complicação incomum na infância sendo frequentemente atribuído a casos de trauma. É uma condição benigna, no entanto, na presença de complicações e sintomas é necessária drenagem. Atualmente são opções de abordagem terapêutica a drenagem percutânea, a cirurgia ou o tratamento endoscópico, este último com a vantagem de ser minimamente invasivo e efetivo. A drenagem endoscópica em crianças tem menos complicações do que em casos de adultos podendo ser utilizada com segurança e bons resultados a longo prazo nessa faixa etária.

**CONTATO AUTOR:** RAQUEL SANTANA RAMOS OLIVEIRA FITTIPALDI | sro.raquel@gmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 101823 – RELATO DE CASO – PANCREATITE POR ADENOMA DE PAPILA DUODENAL

**AUTORES:** SAMUEL Rabello (Hospital Santa Rosa - CUIABÁ - Mato Grosso - Brasil), Regis Vilela Leal (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Plínio Maciel Carvalho (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Fábio Yonamine (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Wemerson José Correa Oliveira (Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Rafaela Laís Silva Pesenti Sandrin (Hospital Universitário Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Juliano Rabello (Hospital e Maternidade Municipal Cyro Silveira - Iporã - Mato Grosso - Brasil), Ygor Laurinho Albues Santos (Hospital Geral Universitário - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Yasmin Abou Rahal (Unilagos - São José do Rio Preto - Mato Grosso - Brasil), Larissa Figueiredo Costa (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Karoline Aparecida Janones (Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Carolina Morbeck Christoni (Hospital Santa Rosa - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** C.R.M., 62 anos, feminina, hipertensa, com queixa de dor tipo cólica em andar superior do abdome há 30 dias, associado a náuseas e vômitos pós-prandiais. Devido piora da dor e vômitos, admitida em unidade hospitalar com diagnóstico de pancreatite aguda leve. Tomografia de Abdome confirmando pancreatite leve e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas sem fatores causais. Colangiorressonância Magnética, evidenciado Ducto Wirsung sem dilatação, apresentando pequeno foco nodular e falha de enchimento em sua porção na cabeça pancreática, sugerindo microcálculo, colelitíase e ectasia dos ductos hepático comum e ducto colédoco e das vias biliares intra-hepáticas, sem falhas de enchimento, sugerindo compressão extrínseca pelo processo inflamatório adjacente ou a papilite após passagem de cálculo. Submetida à CPRE e identificado lesão vegetante de 3 cm de superfície lobulada e com área de depressão mucosa. Realizado biópsia, papilotomia e passagem de prótese transpapilar. Não identificado sinais de invasão contígua à Ecoendoscopia. Anatomopatológico, compatível com adenoma duodenal de baixo grau. Após cura da pancreatite, realizado ressecção completa da lesão e passagem de nova prótese biliar. Paciente com programação de colecistectomia

**DISCUSSÃO:** Neoplasias benignas da ampola de Vater são raras, representando menos de 10 por cento das neoplasias periampulares. O diagnóstico geralmente é estabelecido pela histopatologia obtida por duodenoscopia e biópsia. Na maioria dos pacientes sem evidência de malignidade, sugere-se papilectomia endoscópica. Em pacientes submetidos à ampulectomia endoscópica, recomenda-se o implante de prótese biliar profilática. A icterícia é o sintoma de apresentação mais comum e está presente em 50 a 75 por cento dos pacientes, fato não evidenciado no caso supracitado. Além disso, Menos comumente, os pacientes se apresentam com pancreatite aguda. Assim, evidencia-se que os tumores ampulares podem se apresentar sem a presença de icterícia e como quadro inicial de pancreatite aguda.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Adenoma de papila duodenal apesar de infrequentes, são factíveis de tratamento cirúrgico endoscópico com excelentes resultados e baixa comorbidade comparativamente a cirurgia, sendo hoje uma arma a mais no arsenal terapêutico desta patologia

**CONTATO AUTOR:** SAMUEL RABELLO | samuel\_rabello@yahoo.com.br

## Endoscopia - Intestino delgado

### 101915 – TUMOR NEUROENDÓCRINO DO INTESTINO DELGADO, DIAGNÓSTICO E DEMARCAÇÃO POR ENTEROSCOPIA.

**AUTORES:** JULIA MAYUMI GREGORIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CHRISTIANO MAKOTO SAKAI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros ( HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Leonardo de Souza Fonseca (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO SAKAI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Aline Marcilio Alves (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), SERGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO da COSTA MARTINS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), SONIA NADIA FYLYK (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC) - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** 52 anos, sexo masculino, admitido com dor abdominal e 7 episódios de hematoquezia há 1 dia. Episódio semelhante há 2 anos quando realizou exames de endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia (COLONO) sem localização do foco de sangramento. Negava antecedentes pessoais, uso de medicações ou cirurgias prévias.

Evoluiu com queda hematimétrica de 2 pontos e realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome, EDA e COLONO sem evidências de sangramento. Submetido a angioTC que identificou área de possível sangramento em íleo terminal (IT).

Realizado enteroscopia com duplo balão (EDB) via anal sendo identificado em IT uma lesão subepitelial, elevada, hipervascularizada com ulceração rasa, medindo 2 cm. Realizadas biópsias, aplicação de cliques metálicos e tatuagem para demarcação. Resultado anatomopatológico (AP) e imunohistoquímico (IH) com aspectos morfológicos de tumor neuroendócrino (TNE) bem diferenciado (grau 1).

Submetido a enterectomia cujo AP demonstrou invasão até a serosa, com infiltração neoplásica vascular, linfática e perineural extramural, índice mitótico 1 por 2 mm<sup>2</sup> e ki-67<1%, margens de ressecção livres, pT4pN1. Evoluiu bem, sendo encaminhado para a oncologia.

**DISCUSSÃO:** Hemorragia digestiva média representa 5% dos sangramentos do trato gastrointestinal. Sendo as causas mais comuns lesões vasculares (80-90%), tumores do intestino delgado (ID) (5-10%) e uma miscelânea (10-25%) que engloba doença inflamatória intestinal, divertículo de Meckel, entre outras.

Metade dos pacientes com tumores do ID apresentam sangramento como sintoma inicial, 90% dessas lesões são representados pelos TNE (lesão maligna mais prevalente), GISTs, linfomas e leiomiomas. Devido a sua vasta vascularização, os TNEs são as lesões que mais sangram, possuem crescimento insidioso e uma frequência elevada de lesões metastáticas quando comparadas a outros órgãos.

Métodos diagnósticos utilizados para lesões do ID são a cápsula endoscópica, cintilografia, angioTC, arteriografia e EDB ou balão único, porém o diagnóstico definitivo é obtido através do AP.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** TNEs apresentam crescimento insidioso e no ID evoluem com altas taxas de metástases precoces. A EDB é um método útil no diagnóstico e terapêutico, possibilitando localização, diagnóstico histológico, tratamento ou demarcação, como visto no caso acima descrito, sendo um importante aliado para o tratamento dos TNE e elucidação do sangramento do ID.

**CONTATO AUTOR:** JULIA MAYUMI GREGORIO | juliaendoscopia@gmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 102073 – GIST JEJUNAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Bruna Lemos SILVA (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus DeGiovani (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro Krubniki (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Cristina de Moraes Freitas (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente de Paula (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Rezende de Faria (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Camilo de Andrade Bertolotto (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Andressa da Silva Santos (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (Hospital Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, previamente hígido, refere episódios esporádicos de enterorragia há 5 anos. Realizou endoscopias e colonoscopias com resultados normais. Admitido para internação e investigação diagnóstica com angiotomografia abdominal, que mostrou vascularização proeminente em jejunal distal no flanco esquerdo com 3,5 cm x 2,6 cm de diâmetro, além de alças locais parcialmente colabadas; e enteroscopia com duplo balão que revelou lesão subepitelial vascularizada em transição jejuno-ileal, com 5 cm de extensão e uma úlcera de 10 mm de diâmetro no seu ápice. Encaminhado para laparotomia exploradora e enterectomia. O estudo anatomopatológico mostrou uma neoplasia de células fusiformes bem delimitada, invadindo submucosa, muscular própria e subserosa, com comprometimento localizado do tecido adiposo mesentérico, pleomorfismo celular leve, mitoses não detectadas, necrose ausente e margens de ressecção livres de neoplasia. O estudo imuno-histoquímico associado aos achados morfológicos, foi consistente com tumor do estroma gastrointestinal (GIST) localizado em jejuno.

**DISCUSSÃO:** O GIST é o tumor mesenquimal mais comum do tubo digestivo acometendo estômago (60-70%), intestino delgado (20-25%), cólon/reto (5%) e esôfago (<5%). Originam-se da camada muscular própria ou muscular da mucosa (4ª e 2ª camada, respectivamente). A maioria cursa de forma assintomática, porém dor abdominal, massa palpável, anemia e sangramento digestivo podem ocorrer. O diagnóstico é individualizado e envolve tomografia e/ou ressonância de abdome, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecoendoscopia, enteroscopia, entre outros. O diagnóstico se baseia na avaliação imuno-histoquímica, com positividade para o CD117 (c-kit) em 95% dos casos e CD34 em 70% dos casos. O marcador DOG1 se faz útil quando o CD117 está negativo. Todos têm algum potencial maligno sendo os fatores de risco: localização em delgado, atividade mitótica aumentada, tamanho > 2 cm, heterogenicidade, presença de ulceração. O tratamento definitivo é a ressecção cirúrgica sem linfadenectomia, sendo as indicações a presença de sintomas, tamanho > 2 cm ou fatores de risco para malignidade. Quimioterápicos adjuvantes (mesilato de Imatinibe, Sunitinibe) em pacientes com doença avançada ou de alto risco tem se mostrado útil. Para os demais, recomenda-se seguimento com imagem a cada 6-12 meses.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tumor mesenquimal mais frequente no trato gastrointestinal é o GIST e este pode apresentar-se de diversas formas a depender de sua localização. Por isso, há um grande arsenal disponível para o seu diagnóstico, que deve conter fundamentalmente a análise anatomopatológica. Neste caso, mostramos um paciente em investigação de hemorragia digestiva média, onde a enteroscopia com duplo balão foi fundamental para elucidar a causa do sangramento e propiciar o tratamento definitivo e curativo ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA LEMOS SILVA | blemosilva@gmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 102278 – HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR DE JEJUNO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA: RELATO DE CASO.

**AUTORES:** Thiago Camilo Andrade Bertolotto (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Carolina Fernandes Reis (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andressa Tomé Rezende Faria (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Morgana Andressa Silva Santos (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Lemos Silva (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rosival Vicente De Paula (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Ribeiro Krubniki (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Cristina Morais Freitas (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de S. Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Artur Adolfo Parada (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thiago Festa Secchi (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Bechara Poletti (Hospital 9 de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 36 anos, com histórico de investigação de anemia sem causa aparente desde 2017. Em 2019, após a realização de cápsula endoscópica, notou-se um pólipso com sangramento ativo em delgado no exame. Ainda em 2019, por enteroscopia alta com duplo balão, realizou-se a polipectomia, confirmando o diagnóstico de hemangioma capilar lobular (granuloma piogênico) de jejuno. Em 2020, a paciente apresentou novamente anemia em exames laboratoriais e sangue oculto nas fezes positivo que a fez realizar uma nova cápsula endoscópica. Nesse exame, no local da terapia prévia, no jejuno, evidenciou-se uma nova lesão elevada com sinais de sangramento recente. Em seguida, indicou-se laparoscopia com enteroscopia intraoperatória para ressecção segmentar do delgado acometido pela lesão. O relatório da patologia diagnosticou como pseudopólipo inflamatório. Após 3 anos e múltiplos exames para investigar anemia crônica, a paciente não apresenta mais hemorragia digestiva.

**DISCUSSÃO:** Granuloma piogênico (PG) ou hemangioma capilar lobular é um tumor vascular benigno da pele ou membranas mucosas. O PG ocorre em todas as idades, com pico de incidência na 2ª e 3ª décadas de vida. A causa do PG é desconhecida. Fatores desencadeantes incluem trauma e medicamentos. As teorias sobre a patogênese do PG relatam uma resposta neovascular hiperplásica a um estímulo angiogênico desequilibrado. PG cresce rapidamente em semanas a meses. A lesão pode ser pediculada ou sésil, com superfície friável que sangra após pequenos traumas. Granuloma piogênico da mucosa geralmente ocorrem na cavidade oral. Raramente, o PG se desenvolve no trato gastrointestinal. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar sangramentos, anemia ou disfagia. Histologicamente, PG consiste em uma proliferação de vasos capilares com edema estromal e um infiltrado inflamatório misto. No entanto, a confirmação histológica é desejável porque várias lesões benignas e malignas podem mimetizar o PG. O tratamento geralmente é necessário para PG devido a úlceras e sangramentos frequentes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O granuloma piogênico é uma lesão vascular benigna, incomum no trato gastrointestinal e extremamente rara no intestino delgado. O diagnóstico é desafiador antes do seu tratamento definitivo devido a sua aparência incomum durante os exames endoscópicos. Assim, o uso da cápsula endoscópica e a enteroscopia possuem grande importância para o diagnóstico dessas lesões no trato gastrointestinal médio.

**CONTATO AUTOR:** THIAGO CAMILO DE ANDRADE BERTOLOTTTO | thcamilo@hotmail.com



## Endoscopia - Intestino delgado

### 102365 – Manejo da hemorragia de origem obscura: utilização de cápsula endoscópica e enteroscopia com plasma de argônio

**AUTORES:** Monique Sperandio Lambert (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Renato Gonçalves Soares (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Rodrigo Albuquerque Carreiro (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente J.F.A., sexo masculino, 78 anos, hipertenso, com história de transplante renal há 21 anos por doença renal crônica de etiologia desconhecida, foi internado devido hemorragia digestiva com repercussão hematemática, apresentando hemoglobina de 3.9 na admissão. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que não identificou sangramento ativo ou recente. Submetido a colonoscopia, com presença de sangue em todos os segmentos cólicos e nos 25 cm de íleo terminal percorridos, sem sangramento ativo identificável. Realizada também push enteroscopia até provável topografia de jejuno proximal, sem sinais de sangramento ativo ou recente. Paciente mantinha quadro de melena recorrente e queda de hemoglobina mesmo após hemotransfusões, sem instabilidade hemodinâmica. A equipe de nefrologia contraindicou realização de arteriografia devido disfunção crônica do enxerto renal, sendo então optado por realização de cápsula endoscópica para diagnóstico da hemorragia de origem obscura. No exame de enteroscopia com cápsula endoscópica, foram identificadas angiectasias em duodeno e jejuno, além disso, observado coágulo aderido e presença de sangue em jejuno proximal. Indicada terapêutica por enteroscopia com duplo balão, realizada até provável topografia de íleo terminal, em que foram identificadas angiectasias esparsas em duodeno e jejuno e realizada ablação com plasma de argônio em todas as lesões vasculares encontradas. Paciente evoluiu com melhora do quadro, com evacuações sem presença de sangue nos dias seguintes, recebendo alta após 4 dias do procedimento com hemoglobina de 8.0. Foi acompanhado ambulatorialmente nos 4 meses após o procedimento, sem recorrência de sangramento.

**DISCUSSÃO:** A cápsula endoscópica é um exame diagnóstico não invasivo e indolor, muito eficaz para avaliação do intestino delgado, cuja visualização de todo o seu trajeto não é possível através de endoscopia e colonoscopia. Uma das principais indicações para enteroscopia com cápsula endoscópica é a investigação de sangramento de origem obscura. A enteroscopia com duplo balão permite avaliação do intestino delgado e intervenção terapêutica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A hemorragia obscura é definida como um sangramento persistente ou recidivante, não esclarecido após avaliação gastrointestinal com endoscopia e colonoscopia. O sangramento no intestino delgado corresponde a 5% dos casos de hemorragia digestiva, e as lesões vasculares são a causa mais comum de sangramento nesse local, sendo o plasma de argônio eficaz no seu tratamento.

**CONTATO AUTOR:** MONIQUE SPERANDIO LAMBERT | moniqueslambert@hotmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104304 – Melanoma metastático jejunal como causa de hemorragia obscura

**AUTORES:** Rafael Pires Quinellato (Marinha do Brasil - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 69 anos, com histórico prévio de melanoma nodular em pele do ombro esquerdo em 2015-resssecado em 2016, metastático para dois linfonodos (cervicais) e cerebral, retirados em 2017 e 2018, respectivamente, interna com quadro de dor abdominal, anemia, melena, diarreia crônica e perda ponderal a esclarecer a aproximadamente 4 meses. Recebeu transfusão de dois hemoconcentrados na emergência e endoscopia evidenciou apenas gastrite erosiva plana antral leve com áreas de enantema. A colonoscopia evidenciou apenas pequeno pólipó sésil em ascendente. Como os aparelhos de enteroscopia com duplo balão estavam em manutenção, foi sugerida a realização de enteroscopia “push”. Esta evidenciou lesão vegetante, irregular, infiltrante, púrpura violácea, ocupando praticamente toda circunferência do órgão, subestenosante, se estendendo longitudinalmente por 3 cm, com pontos de ulceração, com muco similar a fibrina recobrimdo toda sua superfície, pouco friável, localizada a aproximadamente 35 cm do ângulo de Treitz (Foto). A lesão foi biopsiada e a conclusão foi de neoplasia maligna pouco diferenciada. O estudo imuno-histoquímico resultou em S100 (clone policlonal): positividade fraca e difusa nas células neoplásicas, HMB-45 (Clone HMB 45): Melan A (Clone A10): positividade forte e difusa nas células neoplásicas, CD 45 (LCA, clone 2B11 + PD7/26) e CKPAN (clone AE1/AE3): negativos nas células neoplásicas, sendo os achados compatíveis com melanoma.

**DISCUSSÃO:** Após revisão da literatura utilizando o PubMed com as seguintes palavras-chaves: Enteroscopy AND Melanoma, foram encontrados 31 artigos, na ampla maioria sendo relatos de casos, com alguns deles se manifestando com obstrução intestinal por intussuscepção. Nos casos relatados não houve menção diagnóstica sobre o uso de enteroscopia “push” em nenhum deles, sendo diagnosticados por enteroscopia com duplo balão, balão único, tomografia computadorizada, PET-TC, cápsula endoscópica ou durante cirurgia de emergência.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O melanoma metastático para delgado apesar de ser causa rara de hemorragia obscura pode ser diagnosticado pela enteroscopia através do método “push” em casos selecionados, podendo ser uma boa alternativa naqueles centros que não dispõem de métodos avançados de PET-CT, enteroscopia com balão único ou duplo balão, ou cápsula endoscópica.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL PIRES QUINELLATO | rafaelquinellato@gmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104397 – SANGRAMENTO DE ORIGEM OBSCURA DO TRATO GASTROINTESTINAL DE DIFÍCIL CONDUÇÃO – UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Cláudia Chaves Mendonça (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Fabrício Luis da Silva Coutinho (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), João Alexandre Cardoso Lopes Rêgo (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Felipe Teixeira Amorim (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Ana Flávia Magalhães Queiroz (Hospital Vera Cruz - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Ingrid Marinho Marotta Moreira Araujo (Hospital Vera Cruz - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Vitor Rocha Couto (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Paula Chaves Zille (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Lucas Marques Rodrigues (Hospital Lifecenter - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 70 anos, em investigação de sangramento do trato gastrointestinal (TGI) desde 03/2020 - melena. Endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia e cápsula endoscópica sem evidência de lesões ou sinais de sangramento recente. Admitido em 02/2021 por Estenose Aórtica com necessidade de troca valvar. Internação prolongada devido à infecção por sars-cov-2 e diagnóstico de Mieloma Múltiplo. Durante toda a internação, manteve quadro de melena com repercussão hemodinâmica e hematimétrica (Hb 3,5). Nova investigação do sangramento de TGI em 04/2021, com ausência de alterações em EDA e colonoscopia, mas com evidência de sangramento ileal à Cintilografia com hemácias marcadas e Cápsula Endoscópica identificando grande quantidade de sangue em jejuno, impedindo adequada realização do exame. Optado por laparotomia exploradora com enteroscopia intraoperatória (05/2021) que identificou lesão vascular com sangramento ativo em jejuno distal, característica de angiodisplasia, sendo realizada enterectomia segmentar. No 2º dia pós operatório apresentou instabilidade hemodinâmica. Nova laparotomia exploradora: presença de conteúdo hemático intra-abdominal, sem evidência do sítio de sangramento. Evoluiu com discrasia sanguínea, instabilidade hemodinâmica e óbito.

**DISCUSSÃO:** Sangramento gastrointestinal obscuro é aquele persistente ou recidivante, não esclarecido após o exame de EDA e colonoscopia. Com os avanços dos exames de imagem e endoscópicos do intestino delgado, observou-se um aumento dos casos diagnosticados de hemorragia obscura do TGI, havendo uma mudança de nomenclatura para sangramento do intestino delgado. O caso relatado ilustra um sangramento do TGI que, após longa investigação, culmina em diagnóstico de angiodisplasia de jejuno. Nos pacientes acima de 40 anos, esta entidade está entre as principais causas de sangramento do TGI. Após realização de EDA e colonoscopia, casos ainda obscuros prosseguem investigação através de cápsula endoscópica, cintilografia com hemácias marcadas, angiografia e enteroscopia. Pode-se repetir esses exames até identificação do sítio. A enteroscopia intraoperatória é considerada abordagem de 3ª linha, indicada quando há falha nas investigações anteriores, com sensibilidade de até 88%.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Sangramento obscuro do TGI é um desafio na prática clínica. As técnicas de abordagem endoscópicas são de primeira linha para diagnóstico/terapêutica, ficando a abordagem cirúrgica reservada para os casos refratários.

**CONTATO AUTOR:** CLÁUDIA CHAVES MENDONÇA | clau.mendonca@gmail.com

## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104531 – Tumor neuroendócrino de intestino delgado: relato de caso

**AUTORES:** Nathália Carvalho Fernandes (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Isabelle Pina Araújo (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Fanny Gonçalves Morais Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Thalita Costa Margarida (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina branca, de 76 anos, interna com enterorragia franca iniciado há sete dias, associado a astenia e dosagem de hemoglobina de 4,5 g/dL. Submetida a endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou pequena lesão elevada e séssil, ulcerada, com cerca de 6 mm, localizada na terceira porção de duodeno. O exame histopatológico apresentou achados altamente sugestivo de tumor neuroendócrino (TNE) de baixo grau. Posteriormente, foi submetida a nova EDA com realização de mucosectomia com a retirada completa da lesão. O exame imuno-histoquímico da peça confirmou o achado de TNE de baixo grau, NET grau I da OMS-2020, com índice de proliferação celular de 1,0%.

**DISCUSSÃO:** O TNE é uma neoplasia que se origina do sistema celular neuroendócrino difuso. A maior concentração dessas células está nos tecidos gastroenteropancreáticos, principalmente na mucosa e submucosa intestinal. Podem ser encontradas também em sistema respiratório, urogenital, timo e pele. A taxa de incidência varia de 0,28 a 0,8 por 100.000 habitantes. Apesar da maior concentração celular ser em região intestinal, o TNE de intestino delgado, constitui entidade rara. Os TNEs do jejuno e do íleo representam 23-28% de todos os tumores endócrinos gastrointestinais. Acometem homens e mulheres com igual frequência, com um pico de idade entre a sexta e sétima década de vida. A maioria destes tumores é bem diferenciada e de comportamento indolente. No entanto, devido ao aparecimento tardio dos sintomas, na maioria das vezes, o diagnóstico apresenta-se em estágios avançados e o prognóstico é geralmente desfavorável se comparado com outros TNE gastrointestinais. Estes tumores apresentam a característica de sintetizar e secretar peptídeos e aminas úteis para sua diferenciação clínica e para o seu seguimento. Quando as substâncias são liberadas e ativadas, elas geram uma síndrome clínica. Já quando estes tumores secretam substâncias não ativas ou não as secretam, eles apresentam síndrome por efeito de massa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Relatamos o caso de uma paciente com TNE de localização rara, apresentando uma manifestação clínica pouco usual, que pode ser tratada de forma conservadora pela EDA.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | [americosilverio@hotmail.com](mailto:americosilverio@hotmail.com)

## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104615 – ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN DE DELGADO: RELATO DE CASOS

**AUTORES:** Caio Cesar Furtado Freire (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcus Claudius Saboia Rattacaso (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Priscila Varela Guerra (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rodrigo Moreira Matos (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Yanna Thais Ramalho Dieb Venuto (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Victoria Almeida Paiva (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Brena Maria A A Paula Pessoa (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Lucas Pinheiro Almeida (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sabrina Rocha Angelim (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Luiz Eduardo Lima Freire (Unichristus - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 74 anos, apresentou anemia progressiva (HB 11g/dL) e perda de peso de (3kg – 5%) durante 4 meses. Apresentou endoscopia e colonoscopia normal. Foi tratado com suplementação de ferro oral sem melhora. A suplementação de ferro intravenosa ocasionou um pequeno aumento nos níveis de hemoglobina. Após 6 meses teve uma piora da anemia (HB-9,5g/dL) e perda de peso (8kg-11%,). Foi repetida a endoscopia e colonoscopia mantendo a normalidade dos resultados. (PCR – 13,0mg/L, calprotectina fecal- 600 µg/g). Exame de enterotomografia mostrou duas lesões com espessamento focal no íleo distal (<10cm), sem estenose ou dilatação. Realizou cápsula endoscópica que evidenciou várias úlceras desde jejuno proximal até íleo distal compatíveis com doença de Crohn Extensa. Após a paciente iniciou tratamento específico com melhora clínica e laboratorial.

Paciente masculino, 17 anos, apresentou quadro de dor abdominal e diarreia crônica que o levaram a internação hospitalar aos 15 anos quando realizou exames gerais, endoscopia e colonoscopia sem alterações relevantes e acabou recebendo alta hospitalar para seguimento ambulatorial sem diagnóstico. Após 2 anos de sintomas recorrentes, retardo no crescimento e déficit nutricional o paciente foi encaminhado para ambulatório especializado no Hospital Geral Cesar Cals onde foi realizada nova colonoscopia que mostrou inflamação leve e indicada cápsula endoscópica que mostrou diversas úlceras em Jejuno e íleo compatíveis com doença de Crohn. Após foi iniciado tratamento clínico específico e paciente evolui com melhora importante clínica, laboratorial e endoscópica.

**DISCUSSÃO:** A enteroscopia por cápsula endoscópica apresenta grande dificuldade de acesso seja no sistema público ou privado de saúde. Recente Incorporação do método no Rol da ANS só contempla investigação de possível sangramento de intestino delgado. A investigação da doença de Crohn pela cápsula é necessária principalmente pois uma parcela importante dos seus portadores apresentam doença exclusiva de delgado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apresentamos 02 casos de pacientes portadores de doença de Crohn de delgado em que a cápsula endoscópica se mostrou ferramenta fundamental no diagnóstico e no entendimento da extensão da doença.

**CONTATO AUTOR:** CAIO CÉSAR FURTADO FREIRE | caiofreire@yahoo.com.br

## Endoscopia - Miscelânea

### 101921 – GOSSIPIBOMA MIMETIZANDO LESÃO SUBEPITELIAL GÁSTRICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Paola Araujo Sardenberg Alves (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Caio Colturato Coimbra (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Daniel Vilela Martins (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Roberta Franco Picchioni (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Diogo de Oliveira Lima (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Tayssa Brandão Pacheco (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Flávio Hiroshi Ananias Morita (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Diogo Peral Caetano (FAMERP - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 49 anos, com queixa de empachamento, náuseas e plenitude pós prandial, a despeito do uso de inibidor de bomba de prótons. Antecedente pessoal de funduplicatura à Nissen por doença do refluxo gastroesofágico há 8 anos. Na investigação, foi realizado endoscopia digestiva alta sendo observado abaulamento de aproximadamente 4 cm, recoberto por mucosa íntegra e regular, localizada na grande curvatura do corpo médio-distal, o qual não estava presente nas endoscopias prévias. Na ecoendoscopia, a lesão era hipoecóica, heterogênea, com calcificação central, originária da camada muscular própria, medindo 4,2 x 3,2 cm. Punções ecoguiadas com agulha de 22G, sendo obtido apenas sangue na análise citopatológica. Devido à possibilidade de tumor estromal do trato gastrointestinal (GIST) de alto grau, realizado estadiamento com tomografia computadorizada de abdômen e tórax, evidenciando apenas a lesão sólida com conteúdo hemorrágico no seu interior, em íntimo contato com grande curvatura do estômago, sem realce ao meio de contraste. Realizado a ressecção da lesão pela técnica CLEAN-NET (Combination of laparoscopy and endoscopy approach to neoplasia with non-exposure technique), com ressecção em monobloco, sem intercorrências. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo dieta líquida no primeiro dia após a cirurgia e alta hospitalar no segundo. O anatomopatológico da peça revelou reação granulomatosa do tipo corpo estranho a material não biológico, com formação de nódulo na parede gástrica e ausência de sinais de malignidade.

**DISCUSSÃO:** Gossipiboma é composto pela reação do organismo frente a um corpo estranho, sendo descrito na literatura a incidência de 1:1500 cirurgias abdominais. O diagnóstico deve ser considerado em pacientes com antecedente de cirurgia, e coleções ou nodulações de evolução atípica. Em nosso caso, a paciente apresentava um abaulamento de grandes proporções, não visto em exame prévio, e com sintomas exuberantes, não compatíveis com lesão subepitelial. Não sendo possível confirmar seu diagnóstico com medidas menos invasivas, e considerando o diagnóstico diferencial com GIST, com sinais de alto grau, a ressecção foi indicada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Em paciente com sintomatologia exuberante, e antecedente pessoal de cirurgia prévia, o diagnóstico de gossipiboma deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais de abaulamentos na parede do trato gastrointestinal.

**CONTATO AUTOR:** PAOLA DE ARAUJO SARDENBERG ALVES | [paola.berg@hotmail.com](mailto:paola.berg@hotmail.com)

## Endoscopia - Miscelânea

### 102053 – PARASITOSE ASSOCIADA A H. PYLORI: RELATO DE CASO

**AUTORES:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO HARUO YANO JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), PAULO GARDENAL TELES (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 37 anos, hipertenso, tabagista 20 maços/ano, com história de náuseas e vômitos iniciados há cerca de 4 meses com piora nos últimos 2 meses, associados a inapetência, dor epigástrica e perda ponderal de 15 kg. Ao exame físico apresentava dor abdominal difusa. Paciente foi submetido a exames laboratoriais gerais, sorologias para Hepatite B e C, HIV, sífilis, perfil e função hepática, tomografia de tórax e abdome, os quais tiveram resultados dentro da normalidade. Foi encaminhado ao serviço de Endoscopia para investigação de neoplasia, com solicitação de endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Na endoscopia foi evidenciado quadro de pangastrite enantemática de grau intenso, bem como gastrite erosiva antral e bulboduodenite inespecífica, o teste de urease foi positivo. Na colonoscopia foi evidenciada presença de várias larvas filariformes, com movimentação ativa em região de ceco, restante do exame sem alterações. Paciente recebeu tratamento para H. pylori e parasitose, evoluindo com melhora das queixas.

**DISCUSSÃO:** A infecção por H.pylori afeta cerca de dois terços da população mundial e constitui a principal causa de gastrite, podendo ser responsável por quadros agudos e crônicos. O paciente acometido por esta infecção pode apresentar-se assintomático até queixas variáveis como desconforto e empachamento pós-prandial, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Os achados endoscópicos são diversos e o diagnóstico dessa infecção baseia-se em testes invasivos e não invasivos, onde se faz necessário o tratamento com antibióticos.

As doenças infectoparasitárias no Brasil ainda acometem problema de saúde pública. Na maioria dos casos a infecção se dá de forma assintomática, no caso de pacientes sintomáticos os sintomas mais comuns são anorexia, plenitude, tenesmo, desconforto abdominal, náuseas, vômitos, perda de peso e diarreia.

Há uma relação entre baixa condição socioeconômica e a contaminação pelo H.pylori e as parasitoses, uma vez que os fatores ambientais para aquisição dos mesmos são parecidos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso deste paciente, o qual apresentou sintomas gastrointestinais exuberantes e persistentes não foi feita investigação de parasitose, apesar da alta prevalência em nosso país. Após realização dos exames endoscópicos foi possível fazer diagnóstico tanto do quadro de parasitose intestinal quanto de infecção por H.pylori, não sendo possível atribuir a sintomatologia apenas a uma delas.

**CONTATO AUTOR:** PRISCILA GONÇALVES PEREIRA | priscila@live.ru

## Endoscopia - Miscelânea

### 102337 – Fechamento de fístula cólon-vaginal complexa com oclusor cardíaco

**AUTORES:** Monique Sperandio Lambert (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Renato Gonçalves Soares (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Rodrigo Albuquerque Carreiro (Biocor - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente D.M.V.M., 57 anos, sexo feminino, com história de carcinoma de colo uterino diagnosticado aos 45 anos de idade, tendo iniciado tratamento em 2012 com quimioterapia e radioterapia, além de diversos procedimentos cirúrgicos desde então, incluindo 17 laparotomias e exenteração pélvica com confecção de colostomia úmida na parede abdominal esquerda. Em 2015, evoluiu com fístula cólon-vaginal, com saída de grande quantidade de secreção entérica pela vagina. Realizada tomografia de abdome em junho de 2021, com administração de contraste oral, observando-se trajeto fistuloso no ceco, com extravasamento de contraste para oco pélvico, que se comunicava com canal vaginal. Devido histórico de diversas cirurgias prévias e quadro de desnutrição grave, equipe de cirurgia oncológica solicitou avaliação para tratamento endoscópico da fístula. Paciente foi submetida então a colocação de prótese cardíaca Amplatzer em fístula cólon-vaginal, com melhora da saída de secreção entérica pela vagina no mesmo dia. Liberada dieta líquida no 1º dia de pós operatório, progredindo até dieta livre na mesma semana. Recebeu alta após 8 dias do procedimento, com resolução do quadro.

**DISCUSSÃO:** Estudos recentes mostram excelentes resultados no tratamento endoscópico de fístulas do trato digestivo, principalmente em pacientes pós cirurgia bariátrica, com uso da prótese cardíaca Amplatzer, originalmente utilizada para tratamento de forame oval patente. Como o endoscópio permitia a passagem e o bom posicionamento do oclusor, foi optado pelo tratamento endoscópico da fístula cólon-vaginal, já que a paciente não apresentava boas condições nutricionais para ser submetida a uma nova cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paciente foi avaliada após 1 mês da colocação da prótese cardíaca Amplatzer em fístula cólon-vaginal, sendo realizado novo exame endoscópico, que mostrou mucosa do oco pélvico menos hiperemiada e menos friável, com oclusor bem posicionado em local da fístula, sem extravasamento de secreção entérica pela vagina.

**CONTATO AUTOR:** MONIQUE SPERANDIO LAMBERT | moniqueslambert@hotmail.com



## Endoscopia - Miscelânea

### **102364 – TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA POR CORPO ESTRANHO COM TERAPIA ENDOSCÓPICA A VÁCUO ENDOLUMINAL; RELATO DE CASO.**

**AUTORES:** RENE RODRIGO CARDOZO PACHECO (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil), CLAUDIO ROGERIO SOLAK (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil), LILIAM APARECIDA DELMONICO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE PONTA GROSSA - PONTA GROSSA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** PACIENTE MASCULINO, 63 ANOS, ADMITIDO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE PONTA GROSSA-PR, COM IMPACTAÇÃO ALIMENTAR ESOFÁGICA EVOLUINDO HÁ 3 DIAS. TOMOGRAFIA DE TÓRAX EVIDENCIA: CORPO ESTRANHO EM ESÔFAGO DISTAL (OSSO), COM PERFURAÇÃO ESOFÁGICA, PEQUENO ABSCESSO PERI-ESOFÁGICO/MEDIASTINITE BLOQUEADA. REALIZADA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM RETIRADA DO CORPO ESTRANHO, APLICAÇÃO DE SONDA NASOENTERAL COM A EXTREMIDADE DISTAL LOCADA NO JEJUNO PROXIMAL COMO ACESSO NUTRICIONAL E POSICIONADO DISPOSITIVO A VÁCUO ENDOLUMINAL (E-VAC) NA TOPOGRAFIA DA PERFURAÇÃO. O DISPOSITIVO A VÁCUO FOI CONFECCIONADO COM A UTILIZAÇÃO DE UMA SONDA NASOGÁSTRICA, CUJA EXTREMIDADE FOI RECOBERTA POR GAZE E FILME PLÁSTICO COM MÚLTIPLAS PEQUENAS PERFURAÇÕES (POROSO), ACOPLADO À ASPIRAÇÃO CONTÍNUA. REALIZADO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO, TOMOGRÁFICO E LABORATORIAL (LEUCOGRAMA E PCR) COM BOA EVOLUÇÃO. NO 70 DIA REALIZADA REVISÃO ENDOSCÓPICA E TROCA DO DISPOSITIVO. REALIZADA OUTRA REVISÃO ENDOSCÓPICA NO 140 DIA, COM EPITELIZAÇÃO COMPLETA DO LOCAL DA PERFURAÇÃO, CONCLUINDO-SE O TRATAMENTO.

**DISCUSSÃO:** NOS ÚLTIMOS ANOS OS DISPOSITIVOS DE TERAPIA A VÁCUO VÊM MOSTRANDO EFICÁCIA NO TRATAMENTO DAS DIVERSAS COMPLICAÇÕES DO TRATO DIGESTIVO ALTO, PARA CASOS SELECIONADOS (SEM CONTAMINAÇÃO GROSSEIRA DA CAVIDADE E SEM SINAIS DE SEPSE), SENDO PASSÍVEL DE TRATAMENTO CONSERVADOR POR VIA ENDOSCÓPICA.

NESTE PACIENTE EVIDENCIAMOS O BENEFÍCIO DO TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO COM O DISPOSITIVO ENDOLUMINAL, APRESENTANDO EVOLUÇÃO CLÍNICA, LABORATORIAL E TOMOGRÁFICA SATISFATÓRIA, COMO COMPARADO ÀS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ATUAIS.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** DISPOSITIVOS CONFECCIONADOS “ARTESANALMENTE” SÃO UMA OPÇÃO ECONÔMICA, SEGURA E EFICAZ PARA A REALIZAÇÃO DA TERAPIA A VÁCUO ENDOLUMINAL, NO TRATAMENTO DE DIVERSAS COMPLICAÇÕES NO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR, COMO NO CASO APRESENTADO.

**CONTATO AUTOR:** RENE RODRIGO CARDOZO PACHECO | rrcpp@hotmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104516 – Fístula traqueo-esofágica pós traqueostomia em paciente com COVID 19. Relato de caso e Revisão de literatura.

**AUTORES:** carlos guilherme giazzi nassri (departamento cirurgia da Santa Casa de Araçatuba - Araçatuba - São Paulo - Brasil), Hélio Poço Ferreira (departamento cirurgia da Santa Casa de Araçatuba - Araçatuba - São Paulo - Brasil), Adriana Bassani Nassri (departamento cirurgia da Santa Casa de Araçatuba - Araçatuba - São Paulo - Brasil), Giulia Bassani Giazzi Nassri (Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Ana Beatriz Moimáz (UNIFAI - Adamantina - São Paulo - Brasil), Caio Sergio Oliveira Bortoloci (UNIOESTE - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Carolina Costa Serafim (Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Maria Clara Rocha Moreira (UniSalesiano - Araçatuba - São Paulo - Brasil), Gabriel Baggio Sposito (UniSalesiano - Araçatuba - São Paulo - Brasil), LUIS OTAVIO CINTRA AVEZUM (SANTA CASA DE ARAÇATUBA - ARAÇATUBA - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** E.F.M., 35 anos, foi internada com quadro Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), por COVID-19; história de longa permanência em unidade de terapia intensiva por um período de 27 dias, sendo o período de IOT de 18 dias seguida de traqueostomia . Recebeu alta com saturação de 96% em ar ambiente e sem dispneia. Após 20 dias, iniciou quadro de dispneia progressiva e tosse pós-prandial.

Encaminhada para o serviço de cirurgia torácica da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba com hipótese diagnóstica de fistula traqueo-esofágica. Submetida à broncoscopia flexível e endoscopia digestiva alta que evidenciaram trajeto fistuloso traqueo esofágico. Após 17 dias de internação foi realizada síntese de fistula traqueo-esofágica. Apresentou quadro desfavorável no pós-operatório imediato, apresentando choque séptico e comprometimento pulmonar extenso. Evoluiu a óbito 3 dias após o procedimento.

**DISCUSSÃO:** As complicações das vias aéreas secundárias à intubação endotraqueal são frequentes, embora tenham diminuído significativamente nos últimos anos. A estenose traqueal não é um problema novo. Em 1886, Colles descreveu 4 casos de estenose traqueal como causa de obstrução de via aérea em 57 sobreviventes que tinham sido submetidos à traqueostomia para tratamento de difteria. Na prática clínica, a maioria dos pacientes que se apresentam com estenose traqueal pós-intubação possui cicatrizes fibróticas maduras. A fase precoce da estenose traqueal pós-intubação é caracterizada por ulceração da mucosa e pericondrite, seguidas por formação de tecido de granulação exofítico; o tecido de granulação é gradualmente substituído por uma cicatriz fibrótica madura, que se contrai e origina a lesão clássica da estenose. A complicação tardia de traqueostomia é uma ocorrência rara, com incidência menor do que 1%, mas que deve ser conhecida, diagnosticada e tratada rapidamente, para que se evite evolução desfavorável. Entre as principais complicações tardias observadas, temos a fístula traqueoesofágica ocupando o terceiro lugar em frequência, precedida da estenose e hemorragia respectivamente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As fístulas tráqueo-esofágicas são comunicações adquiridas entre o esôfago e o sistema traqueal são mais comumente encontradas por causas iatrogênicas ou traumáticas e, menos frequentemente, infecciosas. A cirurgia é indicada tão logo as condições do paciente permitam. É tratamento definitivo em quase todos os casos, com o objetivo de interromper a comunicação entre o tubo digestivo e a árvore respiratória.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME NASSRI | guilhermito2@gmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104581 – Terapêutica com escleroterapia em hemangiomas do trato gastrointestinal

**AUTORES:** Erica M. C. R. Giriboni (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Fabrício Sales De Faria (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Cássio Vieira De Oliviera (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 26 anos, branco e procedente de Macatuba. Paciente relata acompanhamento com equipe de hematologia devido a transfusões sanguíneas semanais decorrente de melena diária em pequena quantidade. Ao exame físico, apresenta lesões violáceas em pés e mãos, de tamanhos e relevos variados e indolores ao toque. Em mucosa oral algumas lesões vasculares planas, azuladas e de tamanho variando entre 3.0 mm e 6.0 mm no maior eixo.

Submetido a endoscopia digestiva alta em que foram evidenciados em esôfago, estômago e duodeno, lesões vasculares elevadas, com proliferação de vasos na superfície, de coloração azulada, de tamanho variando entre 5.0 mm e 30.0 mm no maior eixo, algumas com pontos hematínicos, compatíveis com hemangiomas, sem sinais de sangramento ativo ou recente. Na mesma ocasião, foi realizada colonoscopia que notaram-se em ceco, cólon ascendente, descendente, transverso, sigmóide e reto lesões vasculares compatíveis com hemangiomas.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Blue Rubber Bleb Nevus é um distúrbio muito raro com uma incidência de 1 para cada 14000 nascidos que acomete igualmente ambos os sexos e é caracterizado por múltiplas malformações vasculares (hemangiomas cavernosos) da pele, trato gastrointestinal e outros órgãos viscerais. No paciente em questão, as lesões se estendem da mucosa oral até o reto, por todo o trato gastrointestinal, além de lesões na pele. O paciente foi submetido a 3 sessões de escleroterapia. Na primeira sessão foi utilizado como agente esclerótico, álcool 70% e solução de glicose hipertônica 50%, em 5 lesões do antro gástrico e em 3 lesões do reto distal. Na segunda sessão foi utilizado solução de ethamolin com glicose hipertônica 50% em 2 lesões esofágicas, após ligaduras elásticas das mesmas, e escleroterapia com solução de ethamolin e glicose hipertônica 50% em 20 lesões no estômago e 12 lesões no duodeno. Na terceira sessão foi utilizado solução de ethamolin e glicose hipertônica 50% em 27 lesões do cólon.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Para continuidade do tratamento, foi programado enteroscopia para escleroterapia de lesões do intestino delgado. Até o momento, o paciente não precisou realizar novas transfusões sanguíneas. Optado pela associação com Talidomida devido ao efeito inibitório de angiogênese.

**CONTATO AUTOR:** ERICA M. C. R. GIRIBONI | erica.giriboni@gmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104603 – METÁSTASE DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EM PÂNCREAS

**AUTORES:** Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Felipe Soares Oliveira Rodrigues Fiuza (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Breno Bandeira Mello (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elson Vidal Martins Júnior (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Daniel Fortes (Hospital Guilherme Álvaro - Santos - São Paulo - Brasil), Jarbas Faraco Maldonado Loureiro (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Giulio Fabio Rossini (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Rezende Zago (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 93 anos, foi admitida por emagrecimento, icterícia, colúria, acolia fecal, há 10 dias. Tinha como antecedentes hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e nefrectomia e quimioterapia há 5 anos por carcinoma renal de células claras. À admissão, encontrava-se em regular regular estado geral, ictérica, acianótica, eupneica. Abdome sem massas palpáveis. Exames complementares revelavam bilirrubina direta de 12mg/dL. A tomografia apresentava dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas e estenose em hepatocolédoco distal em topografia de massa expansiva em cabeça de pâncreas.

A paciente então foi encaminhada para ecoendoscopia que revelou lesão sólida, hipoecóica, heterogênea, bordas irregulares, bem delimitada, medindo 40mmX39mm em topografia de cabeça de pâncreas. Realizada punção diagnóstica com agulha de biópsia ecoguiada (FNB) 22G e em seguida encaminhada para CPRE.

A CPRE confirmou os achados de estenose em colédoco distal, prosseguindo-se com papilotomia e drenagem biliar com prótese metálica autoexpansível totalmente recoberta (FC-SEMS).

A paciente evoluiu com resolução da síndrome colestática e o anatomopatológico revelou que a lesão era uma metástase de carcinoma de células renais de células claras em pâncreas. Atualmente a paciente segue em imunoterapia.

**DISCUSSÃO:** Metástases para o pâncreas são raras e a maioria é assintomática, sendo encontrada em exames de imagem ou necropsia. Se volumosas em cabeça de pâncreas, podem provocar icterícia, insuficiência pancreática, obstrução duodenal e hemorragia digestiva. Os principais tumores que metastatizam para o pâncreas são: carcinoma de células renais, melanoma, mama, pulmão, colorretal e próstata. As metástases podem ser localizadas, difusas, únicas ou múltiplas. A obstrução ductal pancreática e biliar é mais comum nas lesões em cabeça e corpo. O tratamento geralmente é paliativo, devido a doença disseminada, e focado no controle sintomático com stents biliares e by-pass gastroentérico para obstrução. O prognóstico é pobre e atualmente a imunoterapia é uma opção importante na doença avançada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apresentamos um caso raro de metástase sintomática de carcinoma renal de células claras para o pâncreas. A endoscopia tem papel fundamental na elucidação diagnóstica e terapêutica paliativa nesses casos.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA SAMY TANAKA KOTINDA | anapaulakotinda@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 101717 – Esôfago negro, relato de caso

**AUTORES:** Laura Piassa Freitas (Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa - Ponta Grossa - Paraná - Brasil), Cynthia Muller Couto (Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa - Ponta Grossa - Paraná - Brasil), Manuella Filgueiras Figueiredo (Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa - Ponta Grossa - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 70 anos, procurou atendimento com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito e epigástrio, náuseas e vômitos com quatro dias de evolução. Na chegada ao pronto atendimento paciente apresentava vômito em borra de café.

Antecedentes pessoais de doença renal crônica não dialítica, hepatopatia, hipertensão arterial, doença arterial crônica, ex - etilista e ex- tabagista.

Realizado endoscopia digestiva alta (EDA) que demonstrou esôfago médio e distal com comprometimento circunferencial de aspecto necrótico. Anátomo patológico com presença de tampão fibrino - leucocitário e debris celulares entremeadas por grande quantidade de estruturas arredondas e ovaladas consistentes com elementos leveduriformes pequenos.

Devido a gravidade do quadro optou-se por monitorização do paciente em leito de unidade intensiva (UTI). Iniciado terapia de ressuscitação hídrica, inibidor de bomba de prótons e oxacilina devido ao quadro de erisipela. Após estabilização clínica, o paciente recebeu alta de leito de UTI com sonda de jejunostomia já que apresentou vômitos na tentativa de progressão de dieta via oral.

Durante internação em enfermaria foi novamente iniciado dieta líquida conforme aceitação. Paciente recebeu alta, e retornou em ambulatório após dois meses; apresentando estabilidade, aceitando parcialmente dieta via oral.

Após três meses foi realizada nova EDA evidenciando: Esôfago de calibre, distensibilidade e mucosa normal em toda sua extensão. A mucosa do antro gástrico apresenta elevada mucosa irregular, que ocupa parcialmente a pequena curvatura do antro, sendo realizado biópsia.

**DISCUSSÃO:** Devido ao quadro multifatorial os pacientes com NE são de difícil manejo clínico, com altos riscos de complicação e evolução a óbito.

Como é uma doença rara, faltam estudos e guidelines para manejo, porém é preconizado jejum na apresentação, uso de inibidor de bomba de prótons endovenoso e evitar passagem de sonda nasogástrica ou nasoenteral.

O paciente do relato foi submetido a jejunostomia, com intuito de reduzir o refluxo gástrico para o esôfago, porém não existe qualquer recomendação oficial.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A necrose esofágica é uma causa rara de hemorragia digestiva alta, mas deve ser lembrada.

Devido as comorbidades comumente presentes nos pacientes e com complicações graves possíveis, apresenta alta taxa de mortalidade.

O tratamento das comorbidades corrobora para melhor evolução clínica do quadro, mas são necessários mais estudos para elaboração de diretrizes de manejo.

**CONTATO AUTOR:** LAURA PIASSA DE FREITAS | laurapiassa@hotmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 101911 – DOENÇA DE CROHN ESOFÁGICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Viviane Lozano Espasandin (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Isabela Teixeira Bragança (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Karina Lameirão Molinaro Leitão (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** TFRS, 23 anos, sexo feminino, sem comorbidades prévias, usuária de anticoncepcional oral, com história de dor abdominal e diarreia líquida em 2018. Submetida à colonoscopia com biópsia que evidenciou Retocolite Ulcerativa (RCU). Evoluiu com febre e enterorragia, apresentando hemoglobina de 5,1 g/dl, hematócrito 15,4%, leucócitos de 33.000/MM<sup>3</sup> com 39% bastões, PCR 17,4 mg/L e ferritina de 750,5 µg/L. Durante acompanhamento médico, a paciente referiu disfagia, perda ponderal e dor retroesternal. Realizou Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que revelou úlcera e estenose esofágicas. Mostrou-se refratária ao tratamento com imunobiológicos e à dilatação endoscópica, necessitando de esofagectomia total.

**DISCUSSÃO:** A Doença de Crohn (DC) esofágica é uma condição inflamatória crônica, com caráter transmural, de etiologia ainda desconhecida, que sofre influência genética e ambiental. O acometimento do trato gastrointestinal (TGI) superior ocorre apenas em 0,5 - 16% dos pacientes e confere um fenótipo mais grave. A sintomatologia pode ser inespecífica, ou pode cursar com disfagia, odinofagia, pirose ou dor torácica. Em casos mais avançados, podem surgir estenose e fístulas esofagobrônquica ou esofagogástrica. Alguns marcadores laboratoriais auxiliam na suspeita, como leucocitose com desvio à esquerda, elevação da VHS, PCR e anemia em casos mais graves. A EDA com biópsia é o método mais sensível para o diagnóstico. A Classificação de Montreal categoriza os pacientes com base na idade do diagnóstico, da localização da doença e do padrão comportamental e é útil no prognóstico. O tratamento tem por objetivo a melhora na qualidade de vida, indução e manutenção da remissão, e engloba desde medicações tópicas (sulfassalazina, mesalazina), imunobiológicos (infiximabe, adalimumabe) até procedimentos endoscópicos e cirúrgicos, sendo estes reservados para casos refratários.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato elucidava uma forma rara de apresentação da DC responsável por menos de 5% dos casos, cuja grande dificuldade é o diagnóstico precoce. O que ocorre na maioria dos pacientes é apenas a identificação do acometimento esofágico após o quadro intestinal, resultando no surgimento de complicações. O tratamento é estabelecido de acordo com a gravidade da enfermidade e o prognóstico, em geral, é desfavorável, com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** VIVIANE LOZANO ESPASANDIN | vivianelozano@yahoo.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 102062 – RELATO DE CASO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO TIPO PEQUENAS CÉLULAS, UMA RARA NEOPLASIA ESOFÁGICA

**AUTORES:** André Luiz Bassani (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Vinicius Eduardo Nascimento de Lemos Campos (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Alexandre Luis Klamt (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Helenice Pankowski Breyer (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ismael Maguilnik (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 46 anos, etilista, ex-tabagista, e com história de hipertensão arterial sistêmica e psoríase. Interna para investigação, devido a história de dor cervical há um mês, evoluindo com surgimento de linfadenopatia cervical a esquerda e disfagia para sólidos nos últimos dias, relatava emagrecimento de 5 kg no período. Tomografias demonstraram lesão expansiva no mediastino superior em continuidade com o esôfago, medindo 8,5 x 4,9 x 4,2 cm, associada a disseminação linfonodal em cadeias cervicais e mediastinais. Realizada biópsia da massa cervical, a qual demonstrou neoplasia maligna indiferenciada com imunohistoquímica sugestiva de carcinoma neuroendócrino tipo pequenas células. Procedido investigação com endoscopia digestiva alta, onde foi visualizada lesão neoplásica em esôfago proximal, estendendo-se por 7 cm, ainda transponível ao endoscópio. Biópsias e imunohistoquímica da lesão confirmaram o diagnóstico de carcinoma neuroendócrino pouco diferenciado, tipo pequenas células, com índice proliferativo de 95%. Neoplasia foi avaliada como estágio IV, não passível de tratamento cirúrgico. Paciente segue em tratamento com quimioterapia, apresentando boa resposta até o momento.

**DISCUSSÃO:** O tumor neuroendócrino de esôfago é um tipo raro de tumor, correspondendo entre 0,4 e 2% das neoplasias malignas esofágicas, predominante no sexo masculino, a partir da sexta década de vida. Os fatores de risco para este tipo de tumor são o tabagismo, etilismo e esôfago de Barrett e são mais comumente encontradas no esôfago médio e distal. É um tumor altamente agressivo e frequentemente diagnosticado em estágio metastático, quando já não apresenta possibilidade de tratamento cirúrgico, no entanto são tumores altamente quimiossensíveis.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso apresentando, demonstrou-se um paciente com um tipo raro de tumor esofágico, com uma apresentação inicial com sintomas de metástases linfonodais, evoluindo para sintomas esofágicos, já ao diagnóstico sem possibilidade cirúrgica, mas apresentando boa resposta a quimioterapia assim como característico deste tipo de lesão.

**CONTATO AUTOR:** ANDRÉ LUIZ BASSANI | andrebassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 102174 – Úlcera de Cameron e Hemorragia Digestiva - Relato de caso

**AUTORES:** KARINNE SOARES ISAAC (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIANIA - Goiás - Brasil), THALITA DA COSTA MARGARIDA (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil), MIRELA REBOUÇAS FERNANDES DE LIMA (HUGOL - GOIÂNIA - Goiás - Brasil), AMERICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil), THOMAS RODRIGUES DE ALMEIDA BARROS (HUGOL - GOIÂNIA - Goiás - Brasil), ISABELLE PINA DE ARAUJO (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil), NATHALIA CARVALHO FERNANDES (HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA - GOIÂNIA - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 16 anos, masculino, diagnóstico de Paralisia Cerebral, Doença do Refluxo Gastroesofágico e anemia crônica, admitido em 05/06/21 com dor e distensão abdominal e constipação intestinal há 1 semana. Realizada passagem de sonda nasointestinal. Após quatro dias apresentou episódios de hematêmese, com queda hematócritica e necessidade transfusional. Apesar do tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons (IBP) e procinéticos manteve queda hematócritica. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) em 14/06/21 com "Esofagite erosiva grau C de Los Angeles, Hérnia de Hiato por deslizamento de grande volume (6 cm), úlcera de estômago herniado (úlcera de Cameron), ativa com vaso visível e volumosa estase gástrica hemorrágica; realizado hemostasia com epinefrina e plasma de argônio. Realizado revisão endoscópica em 24 horas ("second look"): úlcera com vaso visível e sangramento em jato após a manipulação endoscópica, realizado escleroterapia com epinefrina, devido indisponibilidade de outros métodos, e otimizado tratamento clínico. Evoluiu com melhora clínica, estabilidade hemodinâmica e sem novas exteriorizações sanguíneas. EDA em 28/06/21, para avaliação da úlcera e de confecção de gastrostomia: 'úlcera em cicatrização precoce, sem sinais de sangramento; transluminação com estômago intratorácico', indicado gastrostomia cirúrgica, realizada sem intercorrências.

**DISCUSSÃO:** DISCUSSÃO: Trata-se de um paciente com úlceras de Cameron complicada com anemia crônica e sangramento agudo grave. Úlceras de Cameron são lesões sobre as pregas da mucosa ao nível do hiato diafragmático, em pacientes com hérnia hiatal. A incidência é de aproximadamente 5% em pacientes com hérnia hiatal, com maior correlação com hérnias volumosas. A apresentação mais comum é a hemorragia digestiva crônica, associada à anemia ferropriva. Em 1/3 dos casos, observa-se quadro agudo de hemorragia digestiva alta, com alta mortalidade. A associação com doença péptica, como a esofagite de refluxo, é muito frequente, assim como no caso. A etiologia não está completamente esclarecida, traumatismo mecânico, isquemia e a lesão ácida podem ter relevância. O exame padrão-ouro é a EDA. O tratamento deve ser individualizado, com medidas clínicas (IBP e procinéticos), hemostasia endoscópica e/ou abordagem cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Úlceras de Cameron são pouco frequentes e normalmente diagnosticada tardiamente. O diagnóstico precoce e tratamento adequado, evita complicações crônicas e agudas, como as que ocorreram no caso relato.

**CONTATO AUTOR:** KARINNE SOARES ISAAC | karinneisaac@hotmail.com



## Gastroenterologia - Esôfago

### 102237 – ESOFAGITE EOSINOFILICA COM ESTENOSE RESPONSIVA A TERAPIA DIETÉTICA E FARMACOLÓGICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Verônica Pereira Dias (Centro de Diagnóstico Integrado RJ - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil), Paulo Roberto Dias (Centro de Diagnóstico Integrado RJ - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil), Isabel Pinto Stanziola (Centro de Diagnóstico Integrado RJ - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** G.L.G, 30 anos, masculino, com queixa de epigastria há 5 meses. História positiva para rinite alérgica, alergia a corante amarelo e leite quando bebê, porém fazendo uso de laticínios desde a adolescência. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) apresentou esôfago com mucosa edemaciada, aspecto de traqueização e área de estenose em terço médio, impedindo a progressão do aparelho. A biópsia evidenciou presença de mais de 24 eosinófilos/campo, confirmando o diagnóstico de esofagite eosinofílica (EoE). Questionado se apresentava sintomas de disfunção esofágica, o mesmo refere que procurou atendimento médico na infância devido a impactação alimentar e dificuldade de engolir comprimidos. Na ocasião, recebeu o diagnóstico de gastrite, e com o passar do tempo se habituou aos sintomas e seus familiares referiam que era apenas “frescura”. Iniciado dieta de exclusão de leite e derivados, uso de 2 puffs de fluticasona deglutida na dose 1000µg/dia, associado a Esomeprazol 80mg/dia. Após 5 meses de tratamento, paciente sem disfagia com melhora na deglutição de comprimidos e resolução quase completa da rinite alérgica, nova EDA apresentou esôfago com aspecto de traqueização, sem estenose e com fácil progressão do aparelho. Biópsias sem presença de eosinófilos. Atualmente assintomático, mantém dieta de exclusão de leite e sem medicação desde 2016. A EDA atual apresenta discreto aspecto de traqueização e leves fissuras longitudinais, histopatológico evidenciou 1 eosinófilo/campo em esôfago médio e 4 eosinófilos/campo em esôfago distal.

**DISCUSSÃO:** A EoE só foi reconhecida como entidade clínica há algumas décadas, atualmente definida como enfermidade crônica e imunologicamente mediada do esôfago, caracterizada por manifestações de disfunção esofagiana e histologicamente pela presença de 15 ou mais eosinófilos/campo. Sua prevalência vem aumentando significativamente e as manifestações clínicas são muito variadas, desde sintomas de DRGE, vômitos, disfagia e impactação alimentar até relatos de perfuração esofágica. Alterações endoscópicas incluem mucosa em “papel crepe”, traqueização esofágica, estrias lineares, lacerações, exsudados puntiformes esbranquiçados e estenose. O tratamento inclui desde restrição alimentar, terapêutica farmacológica e dilatação esofágica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Considerando a morbidade associada a evolução da doença que leva a disfunção esofagiana e impacto na qualidade de vida desses pacientes, é de extrema importância seu reconhecimento clínico, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

**CONTATO AUTOR:** VERONICA PEREIRA DIAS MIRANDA | draveronicapdias@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 102424 – Eficácia do Vonoprazam na Motilidade Esofágica Ineficaz e Refluxo ácido em paciente com Doença do Refluxo Gastroesofágico refratária: relato de caso.

**AUTORES:** Luciana Matoso Murta Fonseca (N.U.V.E.M Ensino Ltda - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Vera Lucia Angelo Adrade (N.U.V.E.M Ensino Ltda - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente VLAA, 56 anos, médica e professora, natural e residente de Belo Horizonte/MG, hígida, iniciou rouquidão recorrente em 2012. Diagnosticada com Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) após Endoscopia Digestiva Alta (EDA): esofagite erosiva grau B Los Angeles e edema de região interarritenoideia. Avaliada pela otorrino e encaminhada à fonoterapia devido à refratariedade da disfonia, mesmo em uso de Pantoprazol 40 mg duas vezes ao dia. Manteve uso irregular de Pantoprazol 40 mg até 2018 quando intercorreu com disfagia e impactação alimentar. Nova EDA: manteve padrão do exame anterior. Biópsia esofágica negativa para EoE. Excluídas doenças do colágeno. Manometria de Alta Resolução (MAR): Aperistalse Esfíncter esofágico Inferior (EEI) hipotônico. Iniciado dexlansoprazol 60 mg e posteriormente manteve uso intercalado com Pantoprazol 40 mg por cerca de um ano. Devido à persistência de disfonia e disfagia realizou nova MAR: Motilidade esofágica inefetiva (MEI) com 100% de ondas inefetivas, EEI hipotônico, de acordo com a Classificação de Chicago 3.0. pHimpedanciometria em uso de Dexlasoprazol 60 mg detectou refluxo ácido e não ácido patológicos com Índice de Sintomas (IS) 30.8%. Por recusa à indicação cirúrgica paciente manteve uso de Dexlansoprazol 60 mg até 2021; quando por persistência de sintomas optou-se pelo Vonoprazan 20 mg dia. Previamente ao início da droga foi realizada MAR mostrando manutenção da MEI, com 80% de ondas inefetivas. Após 62 dias de uso regular da medicação, paciente relatava melhora de disfagia e disfonia, porém com aumento de eructações. Foi realizada nova MAR: Motilidade esofágica normal. pHimpedanciometria em uso de Vonoprazan: refluxo ácido fisiológico (DeMeester 3,2), com refluxo não ácido e gasosos. IS de 70% e Probabilidade de Associação de Sintomas de 100%.

**DISCUSSÃO:** A DRGE refratária aos IBP é um desafio, levando a piora de qualidade de vida, complicações como esofagites, alterações histopatológicas e de motilidade que ajudam a perpetuar a doença. O Vonoprazam é um novo agente disponível em nosso meio. É um bloqueador de canal de potássio com eficácia muito superior aos inibidores de Bomba de prótons no controle ácido gástrico e da esofagite e provavelmente na melhoria da motilidade do esôfago nos pacientes portadores de MEI secundárias a DRGE.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Vonoprazam torna-se uma opção terapêutica na DRGE refratária com MEI. Até onde sabemos este é o primeiro estudo Nacional que estabelece esta ação terapêutica, embora estudos com maior casuística precisem ser realizados.

**CONTATO AUTOR:** LUCIANA MATOSO MURTA FONSECA | lucianamatoso.mf@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104491 – Pseudodivertículos de esôfago secundário à candidíase - Relato de Caso

**AUTORES:** Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Thalita Costa Margarida (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Isabelle Pina Araújo (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Nathália Carvalho Fernandes (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Fanny Gonçalves Morais Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 82 anos, feminino, com hipotireoidismo, hipertensão arterial e artrose, em uso crônico de corticoide, queixando astenia, hiporexia e perda ponderal há 6 meses. Interna por hematêmese há 2 dias. Ao exame físico, paciente estável hemodinamicamente, emagrecida, com abdome flácido, doloroso em epigástrio à palpação profunda. Exames laboratoriais com hemoglobina de 5,9 g/dl, leucócitos 17200 células/mm<sup>3</sup> plaquetas 403.000 plaquetas/ $\mu$ l, exame de urina normal, sorologias para HIV e hepatites virais negativas, Rx de tórax normal. Realizado hemotransfusão e submetida à endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou candidíase esofágica Kodsi II complicada com pequenos óstios diverticulares de 1-3 mm, localizado no terço médio à 29 cm da arcada dentária superior; úlceras em corpo gástrico (H1 de Sakita), em pré-pílorica (A2 de Sakita/Forrest III) e em bulbo duodenal (H2 de Sakita). Biópsias de esôfago compatível com esofagite fúngica (candidíase) e de bordas de úlceras gástricas evidenciando infiltrado inflamatório crônico moderado em atividade com a presença de *Helicobacter pylori* (HP). Instituído tratamento com Omeprazol e Fluconazol endovenoso e sintomáticos. Paciente após 5 dias com melhora dos sintomas e com alta hospitalar com prescrição do tratamento para HP e seguimento ambulatorial. Após 6 meses retorna em ambulatório assintomática, com apetite preservado e ganho de peso no período.

**DISCUSSÃO:** A esofagite por *Candida* é uma infecção oportunista que acomete principalmente pacientes imunossuprimidos, como os com HIV, diabéticos e uso crônico de corticoides. Complicações como estenoses, pseudodivertículos e fistulas são raras. O caso relatado apresenta uma pseudodiverticulose intramural esofágica, que é um achado benigno e raro, caracterizada por diversos e diminutos divertículos localizados na parede esofágica. A sua fisiopatologia ainda é desconhecida e a relação com candidíase esofágica é alta. O sintoma mais comum é disfagia. O diagnóstico é realizado pela EDA e sua relação com candidíase confirmada com biópsia. O tratamento baseia-se em antifúngicos, como fluconazol, com boa resposta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Esse caso ilustra bem um caso raro de Candidíase esofágica complicada com pseudodivertículos em paciente em uso crônico de corticoide, sem sintomas típicos como disfagia e com diagnóstico incidental após EDA.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | americossilverio@hotmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104513 – ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**AUTORES:** Patricia Paraboni Bersaghi (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Andreza Gauterio Cavalcanti (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Carla Bortolin Fonseca (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Renata Sehbe Fedrizzi (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Sehbe Fichtner (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriela de Moura Hining (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Gustavo Paraboni Bersaghi (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Bruno Meneghel Bersaghi (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 31 anos, procura atendimento devido à terceiro episódio de disfagia esofágica após ingestão de alimento sólido. Na endoscopia digestiva alta, ausência de corpo estranho impactado, porém visualizada mucosa esofágica de aspecto traqueizado, com endurecimento - realizadas biópsias. Anatomopatológico: esofagite crônica rica em eosinófilos com edema e exocitose de eosinófilos intraepiteliais, contagem de eosinófilos: 19 por campo de grande aumento e ausência de metaplasia intestinal - sugestivos de esofagite eosinofílica. Paciente já em uso de inibidor de bomba de prótons (IBP) devido dispepsia, com plano de prescrição de dieta de eliminação e corticoide tópicos para posterior análise de resposta à terapêutica prescrita.

**DISCUSSÃO:** A esofagite eosinofílica é definida como uma patologia crônica imunomediada, na qual a infiltração de eosinófilos na mucosa leva a sintomas de disfunção do esôfago. Os principais sintomas são: disfagia, epigastralgia, vômitos e impactione alimentar.

Para o diagnóstico, devem ser realizadas de duas a quatro biópsias em níveis esofágicos diferentes, preferencialmente esôfago proximal e distal e regiões com anormalidades endoscópicas. Além disso, recomenda-se realização de biópsias de antro e duodeno para excluir diagnósticos diferenciais. Vários achados endoscópicos podem ser encontrados (anéis esofágicos, estreitamento, sulcos lineares, placas brancas, redução da vascularização); porém, em até 10% dos pacientes, a endoscopia pode ser normal. Histologicamente, o achado de mais de 15 eosinófilos por campo de microscopia de alta potência é sugestivo de esofagite eosinofílica.

Assim sendo, caso as biópsias sejam sugestivas de esofagite eosinofílica, sugere-se tratamento empírico para avaliar a responsividade ao IBP. Utiliza-se IBP por 8 semanas e posteriormente realiza-se uma nova endoscopia com biópsias. Caso persista a eosinofilia e se outras causas de eosinofilia esofágicas forem excluídas, confirma-se o diagnóstico de esofagite eosinofílica.

O tratamento deve ser individualizado, tendo como principais opções: dietas de eliminação, supressão ácida, esteroides tópicos, corticoides sistêmicos e dilatação esofágica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A esofagite eosinofílica deve ser considerada diagnóstico diferencial de disfagia. Foi relatado caso de paciente com episódios recorrentes de impactione alimentar e dor para deglutir, sendo os achados endoscópicos e histopatológicos compatíveis com esofagite eosinofílica.

**CONTATO AUTOR:** PATRICIA PARABONI BERSAGHI | ppbersaghi@gmail.com

## Gastroenterologia - Esôfago

### 1104541 – PNEUMONIA ASPIRATIVA POR ESOFAGITE HERPÉTICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Patricia Paraboni Bersaghi (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Andreza Gauterio Cavalcanti (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Carla Bortolin Fonseca (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Renata Sehbe Fedrizzi (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Sehbe Fichtner (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriela de Moura Hining (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Gustavo Paraboni Bersaghi (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Bruno Meneghel Bersaghi (Universidade Católica de Pelotas - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 86 anos, hipertenso, tabagista e com histórico de epilepsia, apresentando episódios de tosse e engasgos recorrentes, interna por pneumonia aspirativa, com necessidade de intubação orotraqueal. Endoscopia digestiva alta para passagem de sonda nasoenteral sem sucesso devido grande quantidade de resíduos alimentares sólidos desde o esôfago médio. Tomografia computadorizada de tórax com opacidades consolidativas e espessamento parietal circunferencial em terço distal do esôfago. Devido achados e longo período em ventilação mecânica, realizada jejunostomia como via alimentar. Após extubação e melhora clínica, realizada nova endoscopia com pelo menos três úlceras em terço distal do esôfago - anatomopatológico compatível com esofagite herpética.

**DISCUSSÃO:** A esofagite por herpes foi descrita pela primeira vez em 1940, sendo geralmente causada pelo herpes vírus tipo 1. Usualmente ocorre como reativação do vírus adquirido na infância, que se dissemina na mucosa esofágica em pacientes com comprometimento do sistema imunológico. A predominância do sexo masculino sobre o feminino é de 2,3-4,8 vezes.

As queixas mais comuns são disfagia e odinofagia, porém outros sintomas como tosse, febre e dor torácica também podem ser relatados. O diagnóstico é endoscópico e histopatológico. Os segmentos esofágicos mais acometidos são terços médio e distal. O aspecto endoscópico característico inclui múltiplas pequenas úlceras arredondadas, com bordos elevados e com exsudato fibrinoso no fundo. Já os achados histológicos das biópsias direcionadas para as bordas da úlcera incluem: células gigantes multinucleadas, corpos de inclusão intranuclear tipo A de Cowdry, com núcleos em vidro fosco e degeneração dos núcleos das células epiteliais.

A esofagite por herpes usualmente é autolimitada em indivíduos imunocompetentes, durando cerca de 7-14 dias, sendo o tratamento raramente necessário, apesar de poder abreviar o tempo total de sintomas. Já para os imunocomprometidos, devido maior risco de complicações, é recomendado o uso de aciclovir, famciclovir ou valaciclovir.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A esofagite por herpes manifesta-se principalmente como odinofagia e disfagia, possuindo diagnóstico endoscópico e histopatológico. Relatou-se caso de paciente idoso com histórico de tosse e engasgos recorrentes evoluindo com episódio de pneumonia aspirativa e posterior diagnóstico de esofagite herpética.

**CONTATO AUTOR:** PATRICIA PARABONI BERSAGHI | ppbersaghi@gmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 101742 – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR TROMBOSE DE VEIA PORTA EM PACIENTE COM TROMBOFILIA E NÃO ANTICOAGULADA

**AUTORES:** Lucas Montiel Petry (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Luiza Esteves Petzhold (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Miriam Richartz Rosa (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Eduardo Gatelli (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Laura de Castro e Garcia (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Boeira Soares (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 22 anos - indígena com limitada comunicação em português - é internada por choque hemorrágico devido à HDA. Após estabilização hemodinâmica, a endoscopia digestiva alta revelou varizes esofágicas de médio calibre e estigmas que poderiam sugerir sangramento recente. Apresentava histórico de HDA desde os 7 anos, o qual culminou por ser encaminhada à esplenectomia com desconexão ázigos-portal aos 10 anos devido à hipertensão portal de causa trombótica. Foi submetida à investigação para trombofilias em 2018 com diagnóstico de deficiência de proteína C (DPC), porém sem anticoagulação por contraindicação social e risco de sangramento de varizes esofágicas. A angiotomografia mostrou TVP crônica com extensão à veia mesentérica superior e presença de transformação cavernomatosa. A paciente teve boa evolução após manejo clínico e endoscópico, tendo alta apenas com profilaxia secundária com betabloqueador não-seletivo (BBNS) para sangramento variceal.

**DISCUSSÃO:** A proteína C é responsável por inibir a geração de trombina, tendo função anticoagulante. A deficiência congênita dessa proteína, conseqüentemente, gera um estado de hipercoagulabilidade sistêmico com manifestações precoces, como no caso relatado. A TVP é um fator de risco no desenvolvimento de HP e seu diagnóstico pode ser feito por meio de ecodoppler ou angiotomografia. Entre outros achados, a formação de varizes, com alto risco de complicações, pode causar sangramento potencialmente fatal. O tratamento da DPC grave com evidências de trombose é baseado na reposição dessa proteína, para anticoagulação plena vitalícia. Infelizmente, impasses quanto à terapia ocorrem. A varfarina, que requer controle estreito de INR e seguimento médico frequente, e os novos anticoagulantes, de alto custo, são inviáveis economicamente para a maioria da população. No caso da nossa paciente, de vida social em aldeia fechada, com suas complicações hemorrágicas tratadas pelos próprios moradores da tribo, o uso de varfarina era inviável, apesar da clara indicação.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A hemorragia digestiva alta causa de 1 a 2% internações de urgência no Brasil. Essa situação endêmica levanta uma bandeira vermelha para a alta incidência desse tipo de urgência, sendo a trombose decorrente da deficiência de proteína C um dos diagnósticos diferenciais necessários que deve ser conhecido, visando ao manejo e a não recidiva do caso.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS MONTIEL PETRY | lucas.petry@edu.pucrs

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 101969 – Síndrome de hiperemese secundário ao uso de cannabis: relato de caso

**AUTORES:** Filipe Mateus Costa Teixeira (Hospital Alberto Cavalcanti - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Leandro Oliveira Costa (Hospital Alberto Cavalcanti - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Brisa Marina Meireles Monteiro (Hospital Santa Rita - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Mônica Fernandes Nogueira (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Isabela Macedo Freitas (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O presente relato destaca, um paciente do sexo masculino, 26 anos, usuário crônico de cannabis, que apresenta há 2 anos paroxismos de vômitos e dor abdominal, com pouca resposta a antieméticos, mas com melhora significativa após banho quente. Submetido previamente a propedêutica extensa, sem identificação de alterações que pudessem sugerir a etiologia. Internado em dezembro de 2020, devido a recorrência do quadro e, a partir das características clínicas supracitadas, foi estabelecido diagnóstico de síndrome de hiperemese canabinoide.

**DISCUSSÃO:** Em todo mundo a prevalência do consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, é alta, com destaque para a cannabis, que em alguns países já teve seu uso legalizado. Nas últimas décadas, notou-se também o crescimento do uso medicinal dos canabinoides. Porém, o abuso crônico pode trazer consequências negativas, entre elas destaca-se a síndrome de hiperemese canabinoide. Essa entidade clínica é marcada por dor abdominal e paroxismos de vômitos, refratários a antieméticos habituais e que aliviam com banho quente. O diagnóstico é clínico, baseado na história do consumo da cannabis e sintomatologia supracitada. Sendo assim, torna-se extremamente importante uma história clínica bem confeccionada, associado a um exame físico minucioso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante disso, é extremamente importante o conhecimento, pelos profissionais da saúde, das características dessa síndrome, tendo em vista que o consumo crônico da substância causadora vem aumentando significativamente nas últimas décadas. Com isso, será evitada investigação invasiva e onerosa ao sistema de saúde e ao próprio paciente.

**CONTATO AUTOR:** FILIPE MATEUS COSTA TEIXEIRA | [fmcostateixeira@gmail.com](mailto:fmcostateixeira@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 101975 – COAGULOPATIA ASSOCIADA A MÁ ABSORÇÃO NO PACIENTE CELÍACO. RELATO DE CASO

**AUTORES:** VERÔNICA GROBÉRIO NICOLI (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), LORENA ROCHA DIAS MACHADO (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), LUIZ FILLIPE DO CARMO ZANOTTI (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), MARIA ZULEIDE FELIZOLA LEÃO ALMEIDA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), CAIANE SANTOS RIOS (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), ANELISA SENA MACHADO (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), DAYANA PETERLE CHRISTO (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), LUCIA SAFATLI BARBOSA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), NAYANNY PEREIRA SÁ LIMA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), JHANKARLA SALAZAR HINOJOSA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), MARIA LUIZA QUEIROZ MIRANDA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), ROBERTO GOMES SILVA JUNIOR (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), PERLA OLIVEIRA SCHULZ MAMONE (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA BRITO ALENCAR (As manifestações clínicas da doença celíaca são inespecíficas e sua suspeição diagnóstica deve sempre ser investigada no contexto de síndrome disabsortiva em adultos. - São Paulo - São Paulo - Brasil), ANDREA VIEIRA (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** S.O.A., 59 anos, feminina, procurou atendimento devido episódio de enterorragia há 3 dias e dor abdominal, associada a fraqueza, astenia e hiporexia. Relata há 2 anos quadro de dor abdominal intermitente, fezes pastosas sem produtos patológicos, pirose, vômitos e perda ponderal de 16 kg. Ao exame físico, emagrecida, febril e abdome doloroso a palpação. Laboratório com anemia (Hb 6,8), hipoalbuminemia (1,6), INR 13,24 /TTPA 136, D-Dímero (0,63), Fibrinogênio (332). Autoanticorpos negativos. Tomografia de abdome com acentuada coprostase, distensão gasosa do sistema digestivo e alças ileais distais com padrão de pregueado jejunal. Endoscopia com bulbo duodenal e porção pós bulbar com mucosa edemaciada de aspecto em calçamento e biópsia apresentando duodenite crônica com atrofia vilositária intensa, hiperplasia de criptas e linfocitose intraepitelial >50%. Colonoscopia normal. Cápsula endoscópica (CE) evidenciou mucosa de aspecto calcetado difusamente no duodeno e jejuno, com edema e áreas serrilhadas. Paciente recebeu concentrado de hemácias, plasma fresco e vitamina K além de dieta livre de glúten, evoluindo com melhora laboratorial e clínica. Após 4 meses, retorna ambulatorialmente mantendo dieta, com melhora dos sintomas, ganho ponderal e normalização laboratorial.

**DISCUSSÃO:** A doença celíaca (DC) é uma afecção autoimune sistêmica, que afeta principalmente o intestino delgado em pessoas geneticamente predispostas, precipitada pela ingestão do glúten. É uma das causas mais comuns de má absorção crônica que pode se manifestar com alteração do hábito intestinal, perda de peso, dor e distensão abdominal, anemia, alterações da função hepática, entre outras. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos, presença de autoanticorpos e achados histológicos. A endoscopia alta com biópsia duodenal é o exame padrão-ouro com achados de perda das pregas da mucosa duodenal, granulosidade, padrão em mosaico e atrofia. A CE permite delimitar as alterações, extensão intestinal e complicações da DC. Alterações de função hepática são achados menos frequentes associadas a DC. No caso descrito a paciente apresentou hipoalbuminemia importante além de INR alargado, o que pode conferir gravidade dentro do contexto de crise celíaca devido à má absorção resultante da doença.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As manifestações clínicas da doença celíaca são inespecíficas e sua suspeição diagnóstica deve sempre ser investigada no contexto de síndrome disabsortiva em adultos.

**CONTATO AUTOR:** LORENA ROCHA DIAS MACHADO | [lorenamachado.med@gmail.com](mailto:lorenamachado.med@gmail.com)



## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102210 – RELATO DE CASO: TUMOR GLÔMICO GÁSTRICO

**AUTORES:** Elisa Bazanelli Junqueira Ferraz (Santa Casa Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Erika Caroline Alves Pinheiro (Santa Casa Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fabio Crescentini (Santa Casa Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fernanda Fregolente Limoni (Santa Casa Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M.M.C.M, 49 anos, queixa de epigastralgia e náuseas, em seguimento ambulatorial, realizou endoscopia digestiva alta para investigação diagnóstica, visto lesão subepitelial em região antral, cerca de 2cm, feita biópsia excisional de tumoração. Anatomopatológico: neoplasia constituída por células epitelioides, com citoplasma eosinofílico claro; dispostas em ninhos, cordões e trabéculas em meio a estroma hialino, vascularizado, com vasos sanguíneos dilatados; compromete subserosa, muscular própria e submucosa; mucosa gástrica sobrejacente de padrão antral com gastrite crônica leve e foco de hiperplasia foveolar. Analisado pela imunohistoquímica, conclusão: tumor glômico infiltrativo em laminae murais gástrica, 2cm no maior eixo; índice mitótico ausente; neoplasia reagente para actina músculo liso difusamente, calponina fraca e focal, além de colágeno IV intersticial. Realizada cirurgia com gastrectomia em cunha.

**DISCUSSÃO:** Os tumores glômicos tem origem da modificação das células de músculo liso no corpo glômico. São mais encontrados na derme e subcutâneo e raros em outros locais. Classificado como tumor mesenquimal subepitelial, geralmente benignos, com potencial de malignidade baixo. Segundo Miettinen et al. tumor glômico no estômago é 1% dos tumores mesenquimais. Os sintomas podem ser assintomático a inespecíficos, com epigastralgia, náuseas e hemorragia digestiva. Miettinen et al, relatou variação de 1 a 7cm e se localizam geralmente na região antral. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) e neuroendócrinos, são diagnósticos diferenciais, porém macroscopicamente não é possível a definição. Embora o tratamento seja cirúrgico na maioria dos casos, a diferenciação da neoplasia pré operatório é essencial para a condução do caso. Segundo U A Almagro et al., o aspecto mais importante do tumor glômico, é sua identificação histológica e diferenciação das lesões gástricas mais comuns, principalmente com tumores malignos. Por ser essencialmente benigno, não justifica tratamento medicamentoso e cirurgia radical, já o GIST pode ser mais agressivo, com metástases.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A diferenciação das neoplasias gástricas é difícil. O padrão ouro é a biópsia da lesão com análise histológica através da imunohistoquímica, a qual abrange principalmente os marcadores positivos e negativos de cada tipo de tumor. A abordagem médica detalhada, otimiza um diagnóstico pré operatório preciso, com uma intervenção cirúrgica e seguimento pós operatório direcionado, proporcionando um prognóstico melhor para o paciente.

**CONTATO AUTOR:** ELISA BAZANELLI JUNQUEIRA FERRAZ | elisa.jferraz@hotmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102258 – Uso de Pancreatina no tratamento do pâncreas ectópico sintomático

**AUTORES:** Luiz Guilherme Aguiar Amaral (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Tolosa Pontes (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Camila Oliveira Cardoso (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil), Vivian Mota Guimarães (Universidade de Taubaté - Taubaté - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A ectopia pancreática é uma doença rara e, usualmente, assintomática, encontrada como achado de exame ou em ato operatório. Descreveremos o caso da paciente N.I.F.L, 63 anos, procedente de Taubaté/SP, com diagnóstico e tratamento adequado para DRGE desde 2013. Queixava-se de dor epigástrica moderada, plenitude pós-prandial e náuseas. Fazia uso crônico de IBP e pró-cinéticos. Ao exame físico apresentava apenas palpação dolorosa em hipocôndrio D e epigástrico. Trazia EDA que evidenciou formação subendotelial em antro gástrico de 2,5 cm, hérnia hiatal por deslizamento de pequenas proporções, sem alterações relevantes à biópsia. Solicitado Ecoendoscopia que demonstrou: lesão subepitelial em camada submucosa, de 10x19 mm, com características compatíveis de pâncreas ectópico. A paciente foi encaminhada para o ambulatório de cirurgia para avaliação de ressecção da lesão, porém devido ao período de pandemia da SARS-COV2 e a possível demora na resolução do quadro, optamos pelo tratamento empírico com Pancreatina na dose de 10.000 U.USP, 2x ao dia nas refeições. Após 3 meses, a paciente retorna à consulta referindo melhora total dos sintomas de dor e plenitude gástrica.

**DISCUSSÃO:** Pâncreas ectópico é definido como a presença de tecido pancreático em localização topográfica anômala, sem qualquer conexão anatômica, neural ou vascular com o pâncreas normal, que pode ser causada por erros embriológicos. Geralmente é assintomático, mas pode evoluir com sangramento, complicações como pancreatite e transformações malignas. Náuseas, dor no andar superior do abdômen, vômito e distensão abdominal podem estar presentes. A ecoendoscopia é o exame padrão ouro para avaliação de lesões submucosas do trato gastrointestinal. As opções de tratamento para o pâncreas ectópico gástrico incluem observação (quando pequenos e assintomáticos), ressecção cirúrgica ou endoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O tratamento iniciado neste caso, apesar de não encontrarmos embasamento em literatura, foi proposto devido a intensa sintomatologia da paciente somado à dificuldade na resolução cirúrgica breve em momentos de pandemia do SARS-COV2. A excelente resposta apresentada pela nossa paciente, levanta a possibilidade de mais estudos, que possam comprovar o real benefício da Pancreatina nos casos de pâncreas ectópico sintomático.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ GUILHERME AGUIAR AMARAL | lg.gui00@gmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102413 – ANTRECTOMIA POR DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** MARIANA FRANCO BARBOSA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), CIBELLE MARION BERTOLLI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), RAFAEL PEDROZA CORTEZ MARQUES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), EDUARDO PATRICIO CANO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), LAIS SOARES FERRARI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), BRUNA LUSTOSA FERREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil), CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO CUNHA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS RADAMÉS NARDINI - MAUÁ - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente J.N., anos, deu entrada em pronto socorro com perda de peso, constipação, náuseas, vômitos biliosos e dor epigástrica sem sinais de peritonite. Apresentou melhora dos sintomas com passagem de sonda nasogástrica e antieméticos. Em investigação por tomografia de abdome com contraste evidencia-se leve distensão da câmara gástrica, com nível hidroaéreo no seu interior, questionando-se espessamento parietal na região antro-pilórica. Realizada endoscopia digestiva alta para avaliar a possibilidade de estenose pilórica, com achados de antro com mucosa brilhante com retração concêntrica e regular de canal pilórico a menos de 0,5cm, duodeno - não avaliado pela não progressão do aparelho. Optado por resolução cirúrgica do caso com antrectomia não oncológica, evidenciando lesão puntiforme em região pilórica sugestiva de natureza cicatricial com estenose do lúmen, confirmada benignidade por anatomopatológico.

**DISCUSSÃO:** A partir do achado de obstrução pilórica em adultos devemos descartar principalmente doença péptica, visto ser compatível com 60% dos fatores causais. Entretanto, nota-se a importância do diagnóstico diferencial com patologias oncológicas que se caracterizam clinicamente com um menor tempo de duração dos sintomas e progressão rápida do quadro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Atualmente, procedimentos cirúrgicos para úlcera péptica estão praticamente restritos ao tratamento das complicações, como hemorragia, perfuração e obstrução do istmo gástrico não responsivas ao uso de terapia farmacológica. Apesar de serem a minoria eles se mostram importantes diagnósticos diferenciais de carcinomas e definem tempos operatórios distintos.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA FRANCO BARBOSA | mfrancobarbosa@gmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102416 – HIPERÊMESE CANABINÓIDE: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Ana Laura Nacari Duzi (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** RBMR, 31 anos, há 2 semanas da consulta iniciou saciedade precoce que terminava em 3 a 8 episódios/dia de sialorréia, náuseas e vômitos. Conjuntamente havia epigastralgia e distensão abdominal. Em consultas médicas recebeu prescrição de procinéticos e inibidores da bomba de prótons sem sucesso. Era usuário de maconha tendo permanecido internado para recuperação por 8 meses. Após a alta reincidiu no uso. Negava doenças crônicas e uso de medicações. Ao exame, apresenta-se emagrecido e o abdome era doloroso à palpação epigástrica. Apresentava ultrassom de abdome sem alterações e endoscopia digestiva alta com gastrite sem *H. pylori*. Aventada a hipótese de Síndrome da Hiperênese Canabinóide, foi medicado com antagonista 5-HT<sub>3</sub>, inibidor seletivo dos canais de potássio, antiespasmódico anticolinérgico e antidepressivo tricíclico. Foi orientado a interromper o uso de Cannabis sativa. Após 30 dias, apresentava melhora do quadro e iniciou descontinuação gradual das medicações.

**DISCUSSÃO:** As Desordens de Náuseas e Vômitos (DNV) são as síndromes: da Náusea e Vômito Crônicos, do Vômito Cíclico e da Hiperênese Canabinóide (SHC). Esta última é mais comum em homens que utilizam maconha 3-5 vezes/dia por mais de 2 anos. Há relato de 9 anos da demora no diagnóstico definitivo e numerosas visitas à emergência antes do disso (7,1+4,3). A fisiopatologia não é profundamente compreendida. Alguns canabinóides tem ação antiemética enquanto outros podem contribuir para vômitos. Enquanto o D9-tetrahydrocannabinol exibe efeito antiemético pela ação nos receptores CB<sub>1</sub> do sistema nervoso central, o canabidiol mostra um efeito bifásico em animais, com ação antiemética em baixas doses e estimulação de vômito em altas doses. Canabigerol é um antagonista CB<sub>1</sub> e 5-HT<sub>1A</sub> que bloqueia o efeito antiemético do canabidiol. A apresentação clínica é dividida em fases: pródromo, hiperemética e recuperação. O diagnóstico é clínico e é possível utilizar o laboratório quando a drogadição é negada. A endoscopia digestiva alta e exames de imagem são úteis na diferenciação diagnóstica. O tratamento principal é cessar o uso da droga, mas estão descritos o uso de antagonistas H<sub>1</sub>, M<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, 5-HT<sub>3</sub> e NK<sub>1</sub>, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e canabinóides.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As DNV são incomuns e o seu desconhecimento leva ao atraso no diagnóstico e condutas inadequadas. O reconhecimento preciso é fundamental para emprego adequado das medicações e resolução do quadro.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102456 – A embolização seletiva da artéria gastroduodenal no tratamento da hemorragia digestiva: um relato de dois casos.

**AUTORES:** Maria Antônia Bertuzzo Brum (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Lucas Montiel Petry (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Sofia Augustin Rota (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Eduarda Parisotto Wisintainer (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Natália Junkes Milioli (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Eduardo Emerim (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Stefani Leão (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Caso 1: masculino, 59 anos, hipertenso, tabagista, ex-etilista, internou por melena e hematêmese associada à instabilidade hemodinâmica e queda de hemoglobina. Na endoscopia digestiva alta (EDA), verificou-se úlcera duodenal (UD) com vaso visível. Realizou-se terapia com substância esclerosante (1 ml de álcool absoluto). Após 24 horas, o paciente apresentou novo episódio de melena e queda de hemoglobina. Nova EDA demonstrou UD com sangramento ativo. Foi realizada tentativa de hemostasia térmica com coagrasper, sem sucesso. Paciente evoluiu com choque hipovolêmico e ventilação mecânica. Devido à refratariedade do tratamento, realizou-se embolização seletiva da artéria gastroduodenal com resolução da hemorragia digestiva (HD). Paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e ventilatória, recebendo alta hospitalar. Caso 2: masculino, 78 anos, tabagista, interna por hematêmese volumosa com evolução para parada cardiorrespiratória (PCR) por hipovolemia logo após a admissão na emergência. Após 18 minutos de reanimação, apresentou retorno da circulação espontânea, porém ainda com instabilidade. Na EDA, observou-se úlcera na transição do bulbo para D2 com coágulo aderido e pequeno volume de sangramento ativo. Considerando a instabilidade e o sangramento ativo, optou-se pela embolização seletiva da artéria gastroduodenal. Após, o paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e resolução do sangramento. Durante a internação, verificou-se isquemia de sistema nervoso central relacionada ao tempo de PCR, com sequelas neurológicas irreversíveis. Evoluiu com pneumonia bacteriana nosocomial e óbito.

**DISCUSSÃO:** O tratamento de primeira escolha para a HD por UD é a hemostasia endoscópica e, para casos de refratariedade, a cirurgia deve ser considerada. Entretanto, a cirurgia é invasiva e de alto risco para alguns pacientes. Nesses casos, a embolização arterial da gastroduodenal é uma alternativa, já que há suprimento colateral para o estômago e duodeno. A vantagem desse procedimento é a redução de riscos, com resultados favoráveis quando comparados aos da cirurgia. No entanto, ainda é necessário definir com maior precisão os critérios clínicos para a realização deste procedimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** As situações de risco à vida decorrentes da HD por UD alertam para a necessidade de avaliação detalhada do planejamento terapêutico, sempre levando em conta a experiência do serviço, as evidências disponíveis e a característica de cada paciente.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL S LEAO | gsleao@hotmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102481 – Úlcera Gástrica por Citomegalovírus: relato de caso

**AUTORES:** Sarah Teixeira Dantas (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Gustavo Miranda Martins (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Fernanda Lara Borges (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Vitor Nunes Arantes (Hospital Life Center - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Edivaldo Fraga Moreira (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Elisa Maria Reis dos Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Bruna Pereira França (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luana Antunes Silqueira Neves (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Camila Guimarães Ribeiro de Moraes (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Edivan Fernandes Frota Filho (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Livia Quintanilha Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.D.S, masculino, 68 anos, contexto oncológico de neoplasia de pulmão avançada, metastática (Câncer sólido de alto grau, diferenciado, não pequenas células), submetido à ressecção cirúrgica e tratamento adjuvante com quimioterapia e imunoterapia. Seis meses após início do tratamento evoluiu com dor epigástrica, hiporexia e perda de peso progressiva. Endoscopia digestiva alta revelou área de irregularidade de 4 cm no corpo gástrico, superficialmente deprimida (O-IIB + O-IIC) em parede posterior do corpo proximal. Anatomopatológico com artefatos prejudicando a avaliação, porém sugerindo contexto neoplásico. Submetido a novo exame endoscópico, dessa vez com achados de extensa lesão úlcero-infiltrativa, com rigidez e redução da elasticidade, acometendo grande extensão do corpo gástrico, sendo novamente interrogado a hipótese neoplásica (linfoma?). Com nova histopatologia inconclusiva, realizou-se estudo imuno-histoquímico, que revelou gastrite infecciosa aguda ulcerativa associada a Citomegalovírus. Iniciado tratamento com ganciclovir por 6 semanas, com proposta de controle endoscópico após o término do tratamento.

**DISCUSSÃO:** Úlcera por citomegalovírus está entre as causas raras de úlcera gástrica não associadas ao *Helicobacter pylori*. O Citomegalovírus tem sido associado a úlceras em pacientes imunocomprometidos, nos quais pode causar múltiplas ulcerações grandes e superficiais do estômago e esôfago. Se manifesta com dor em queimação subesternal e/ou epigástrica, podendo levar a quadros hemorrágicos mais raramente. Para maior possibilidade diagnóstica é recomendado pelo menos 6 biopsias das bordas e, principalmente, no centro das úlceras uma vez que o citomegalovírus infecta o endotélio do vaso, células epiteliais da mucosa e tecido conjuntivo do estroma. O achado em “olho de coruja” é muito específico, podendo ser confirmado também com o auxílio da imuno-histoquímica. Os pacientes devem receber tratamento com um agente antiviral (ganciclovir) por quatro a seis semanas, ou até que os sinais e sintomas tenham desaparecido. É fundamental tentar diminuir a imunossupressão vigente para que o tratamento antiviral seja bem sucedido.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A úlcera gástrica por Citomegalovírus deve ser considerada no diagnóstico diferencial de úlcera gástrica *Helicobacter pylori* negativa, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Muitas vezes apresenta aparência endoscópica indeterminada, exigindo biópsias múltiplas e o auxílio do estudo imunohistoquímico para comprovação diagnóstica

**CONTATO AUTOR:** SARAH TEIXEIRA DANTAS | [sarahtdantas@gmail.com](mailto:sarahtdantas@gmail.com)

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 102483 – Úlcera gástrica por Citomegalovirus em paciente imunocompetente: relato de caso

**AUTORES:** Leonardo Santini (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), João Pedro Gallina (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Nathalie Bordignon Brum (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Vinícius Wietholter (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Raísa Perdomo Felix (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carlos Kupski (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Eduardo Emerim (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Stefani Leão (Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 80 anos, procurou atendimento por quadro de plenitude pós-prandial e epigastralgia nos últimos 2 meses. Previamente hipertenso e portador de Diabetes Mellitus tipo II com bom controle (HbA1c: 6,0). Sorologia Anti-HIV não reagente, Citomegalovirus (CMV) IgG reagente/IgM não reagente, antigenemia CMV negativa e PCR CMV negativo. O exame de endoscopia digestiva alta denotou lesão ulcerada gástrica acometendo a parede anterior e a pequena curvatura, na transição do corpo para o antro, com 40mm de diâmetro, fundo recoberto por fibrina e bordos irregulares. O exame anatomopatológico da úlcera revelou mucosa gástrica com inflamação crônica ulcerada, extensas alterações epiteliais de provável caráter reacional e focos de necrose com exsudato fibrino-leucocitário. Ausência de metaplasia intestinal ou displasia e presença de *Helicobacter pylori*. O estudo imunohistoquímico revelou CMV (CCH2+DDG9) positivo em pequenos focos celulares em meio à área ulcerada. Foi realizado tratamento com Ganciclovir endovenoso durante 14 dias e terapia tríplice para *Helicobacter pylori* pelo mesmo período. Em exame de controle, realizado após o tratamento antiviral, evidenciou-se melhora do aspecto endoscópico, permanecendo apenas área ulcerada em fase final de cicatrização. O estudo imunohistoquímico do exame de controle demonstrou CMV (clone CCH2 + DDG9): negativo.

**DISCUSSÃO:** A úlcera gástrica provocada por Citomegalovírus é uma doença incomum em pacientes imunocompetentes. Os sinais e sintomas são inespecíficos, sendo necessária endoscopia digestiva alta com biópsia para diagnóstico da doença. A suspeita da infecção por CMV como causa de úlceras em pacientes imunocompetentes ocorre principalmente quando as etiologias mais frequentes já foram descartadas ou a lesão apresenta característica macroscópica atípica. No caso relatado, a presença de características endoscópicas muito pouco sugestivas de doença péptica, motivou a investigação com estudo imunohistoquímico

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A infecção por CMV não deve ser descartada como causa de úlceras gástricas mesmo em pacientes imunocompetentes, muito embora seja um achado raro. Assim, devemos estar vigilantes para incluir esse agente no diagnóstico diferencial e propiciar o tratamento adequado.

**CONTATO AUTOR:** GABRIEL S LEAO | gsleao@hotmail.com

## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104340 – Gastroparesia secundária a lesão de nervo vago pós pneumectomia com melhora após terapia nutricional

**AUTORES:** Amanda Carvalho Almeida de Medeiros (Hospital das Clínicas-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Davi Viana Ramos (Hospital das Clínicas-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sabrina Rodrigues de Figueiredo (Hospital das Clínicas-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maira Andrade Nacimbem Marzinotto (Hospital das Clínicas-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ricardo Correa Barbuti (Hospital das Clínicas-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 52 anos, com história de pneumectomia direita por sequela de tuberculose pulmonar, evoluiu com vômitos pós-alimentares, mais de 10 episódios ao dia, cerca de 1 mês após o procedimento, sendo investigada para gastroparesia secundária a lesão de nervo vago. Cintilografia de esvaziamento gástrico evidenciou retenção gástrica de 100%, com retardo do esvaziamento para alimentos sólidos. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) sem alterações significativas. Iniciado tratamento farmacológico, sem resposta satisfatória, com perda ponderal de aproximadamente 50% do seu peso corporal em 6 meses. Optado por passagem de sonda nasoenteral, sem melhora clínica. Devido a desnutrição e refratariedade do quadro, foi indicada nutrição parenteral para otimizar o estado nutricional antes da avaliação cirúrgica. Concomitante ao ganho ponderal de 15%, houve melhora progressiva das queixas, com aceitação de dieta líquida e sólida por via oral, além de exame contrastado evidenciando retardo discreto no esvaziamento gástrico. Foi alcançada a meta calórica diária sem a necessidade de terapia nutricional suplementar, com alta hospitalar assintomática e recuperação progressiva do peso corporal.

**DISCUSSÃO:** Gastroparesia é uma desordem complexa e multifatorial da dismotilidade gástrica caracterizada por atraso no esvaziamento gástrico na ausência de obstrução mecânica. As causas incluem desde infecções virais a lesão de nervo vago pós-operatória, sendo esta a terceira causa mais comum. Além dos sintomas mais comuns, como saciedade precoce, náuseas e vômitos, os pacientes podem se apresentar desnutridos. O esvaziamento gástrico depende de uma interação entre musculatura e inervação intrínseca e extrínseca. A desnutrição grave, além de relacionar-se com perda de massa muscular, pode resultar em modificação e desaceleração das funções fisiológicas, incluindo o esvaziamento gástrico. Nessa paciente, a nutrição contribuiu para a refratariedade do quadro, visto que a paciente melhorou com a terapia nutricional.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A maioria dos pacientes com gastroparesia responde ao tratamento conservador, com medidas comportamentais e farmacológicas. No entanto, aqueles refratários podem apresentar-se muito desnutridos, e essa condição pode contribuir para a persistência da dismotilidade gástrica. O médico deve estar atento ao caráter multifatorial da gastroparesia e valorizar o manejo nutricional desses pacientes antes de indicar medidas terapêuticas invasivas.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA CARVALHO ALMEIDA DE MEDEIROS | amandamedeiros22@icloud.com



## Gastroenterologia - Estômago/Duodeno

### 1104527 – Tuberculose do trato gastrointestinal alto

**AUTORES:** Fanny Gonçalves Morais Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Thalita Costa Margarida (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Isabelle Pina Araújo (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Nathália Carvalho Fernandes (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 55 anos, com síndrome consumptiva há 6 meses, queixa dor abdominal difusa e inespecífica, náuseas e inapetência. Apresentou ainda episódio de crise convulsiva generalizada. Passado de neoplasia de mama operada há 7 anos e atualmente em tratamento clínico. Os exames evidenciava pancitopenia e anti-HIV positivo. TC de crânio descartou implantes metastáticos, abscessos e/ou eventos agudos isquêmicos ou hemorrágicos. TC de tórax evidenciando derrame pleural bilateral e bronquiolite de etiologia inflamatória/infecciosa, sugerindo agentes atípicos. Endoscopia digestiva alta, exibindo monilíase esofágica e pseudodivertículo em esôfago médio, mucosa gástrica atrófica e duodenite erosiva. Realizadas biópsias de todos os segmentos, que evidenciou a presença de BAAR positivo no duodeno, consistente com hipótese de micobacteriose. Foi iniciado rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

**DISCUSSÃO:** A TB extrapulmonar é responsável por cerca de 12% de todos os casos de TB, dos quais a TB do trato gastrointestinal (TGI) responde por 11% a 16% dos casos, representando 1% a 3% de todos os casos de TB. E 6% a 38% dos pacientes com TB intra-abdominal também podem ter TB pulmonar concomitante. A região ileocecal é o local mais comumente afetado; no entanto, pode envolver qualquer parte do TGI. O envolvimento esofágico ocorre raramente e decorreria da disseminação de tecidos adjacentes. Geralmente envolve o terço médio, manifestando-se com disfagia e odinofagia. Devido à cápsula protetora de ácido graxo da micobactéria, as lesões proximais do TGI eram consideradas raras. Fatores adicionais como um ambiente altamente ácido, tempo de trânsito rápido e uma ausência relativa de tecido linfóide ajudam a prevenir o acometimento do estômago e do duodeno. No entanto, eles foram relatados no estômago e duodeno. A TB nesta localização anatômica pode causar obstrução da saída gástrica e icterícia obstrutiva. É relatado que ocorre de forma secundária à TB pulmonar. Inicialmente, acreditava-se que sua frequência estivesse relacionada à gravidade do envolvimento pulmonar; no entanto, casos independentes também são relatados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Não obstante a TB possa envolver qualquer parte do TGI o acometimento do trato digestivo alto é mais raro. Relatamos o caso de uma paciente com TB acometendo o duodeno e possivelmente o esôfago. A imunodeficiência e a atrofia gástrica podem ser fatores favorecedores destas manifestações incomuns.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | [americossilverio@hotmail.com](mailto:americossilverio@hotmail.com)

**Gastroenterologia - Estômago/Duodeno**

**1104592 – DOENÇA DE CROHN GASTRODUODENAL E JEJUNAL: RELATO DE CASO**

**AUTORES:** Mariana Alves Nascimento (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Andréa Maia Pimentel (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminino, 22 anos, com queixa de epigastralgia e regurgitação há 5 anos, sem melhora após uso de pantoprazol. Courseou com náuseas, vômitos, febre diária e perda ponderal de 15kg em 3 meses. Fezes sem alterações. Na investigação laboratorial, observava-se anemia (Hb 9,4g/dL), leucocitose (10.490/mm<sup>3</sup>), plaquetose (624.000/mm<sup>3</sup>) e provas inflamatórias elevadas (VHS 120mm e PCR 42mg/L). Apresentava também ferropenia e hipoalbuminemia. Sorologias virais negativas. Endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou área de deformidade em antro de aspecto infiltrativo, além de estenose duodenal; anatomopatológico revelou gastrite crônica moderada de antro com atividade neutrofílica moderada a intensa, negativa para *Helicobacter pylori*, e duodenite crônica moderada ulcerada, com reação granulomatosa focal, não-supurativa e não-necrosante, negativas para BK e infecção fúngica. A imunohistoquímica afastou neoplasia. Colonoscopia normal. Na enterorressonância, observou-se espessamento parietal com realce mucoso na primeira e segunda porção duodenal, promovendo estreitamento, de alças ileais e da transição jejuno-ileal. Realizado diagnóstico de doença de Crohn com localização gastroduodenal e jejunal e comportamento estenosante. Iniciada terapia com azatioprina e infliximabe, com melhora clínica e laboratorial nos primeiros 7 meses. No entanto, evoluiu com obstrução gastroduodenal e necessidade de tratamento cirúrgico com gastroenteroanastomose com Y de Roux. Mantida terapia medicamentosa inicial, com boa evolução clínica e ganho ponderal expressivo.

**DISCUSSÃO:** A doença de Crohn (DC) é uma doença crônica de causa desconhecida, que pode afetar qualquer região do trato gastrointestinal, porém, o intestino é o órgão mais envolvido. Quando acomete o trato gastrointestinal superior, quase sempre virá acompanhada de envolvimento intestinal. Os sintomas mais comuns são diarreia, dor abdominal e perda ponderal. Mas, sintomas dispépticos e vômitos são descritos em pacientes com envolvimento gástrico e duodenal. O diagnóstico é feito através da história clínica e investigação radiológica, endoscópica, histológica e laboratorial. Pacientes com sintomas dispépticos, vômitos e dor abdominal se beneficiam da EDA, uma vez que até mesmo o achado de gastrite focal pode ser uma apresentação da DC.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Devemos considerar a possibilidade da DC nos quadros de dor abdominal crônica sem diarreia, sobretudo, naqueles pacientes jovens que apresentam sinais de alarme como perda ponderal, anemia e carências nutricionais.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA ALVES NASCIMENTO | mari.nascimento94@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 100879 – Hepatotoxicidade por Amitriptilina: Relato de caso

**AUTORES:** André Melo de Faria (UNIGRANRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Leonardo Renaux Morais (UNIGRANRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Viviane Lozano Espasandín (UNIGRANRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.A.F.F, feminina, 59 anos, com queixa de dispepsia e prurido generalizado. Hipertensa, hipotireoidea, diabética e esteatose hepática em uso de Atenolol, Hidroclorotiazida, Levotiroxina e Metformina. Início de Bromazepam e Amitriptilina para depressão. Colecistectomia há 26 anos. Ao exame: icterícia +/4+ e dor à palpação do andar superior do abdome de forte intensidade. Sem outras alterações.

Feito Ursacol 300 mg/dia; Loratadina 10 mg/dia; Pantoprazol 40 mg/dia; Orlistat 120 mg 2x/dia; Vitamina E 400 mg 2x/dia e mudança de estilo de vida.

No retorno melhora do quadro dispéptico com uso da medicação. Aumento das transaminases e GGT, quando foi solicitada a interrupção da Amitriptilina. Após suspensão, queda significativa dos valores, sendo introduzido novamente o antidepressivo. Retorno do aumento das transaminases e nova queda após suspensão. Nas consultas seguintes houve normalização das transaminases, e melhora completa do quadro algico.

**DISCUSSÃO:** Os derivados dibenzazepínicos, imipramina e amitriptilina correspondem a uma das drogas mais utilizadas para o tratamento da depressão, atuando principalmente na inibição da recaptação da serotonina-norepinefrina. Podem ser considerados os sucessores dos inibidores da MAO, que por muitos anos foram os únicos agentes efetivos disponíveis para essa enfermidade.

Dentre os efeitos adversos descritos para a amitriptilina, destacam-se: sonolência, tonteadas, hipotensão ortostática, bloqueio de condução cardíaca, retenção urinária, constipação, xerostomia, visão turva, ganho de peso e redução do limiar convulsivo. Embora não seja muito frequente, estudos apontam que a hepatotoxicidade causada por medicamentos antidepressivos pode ser irreversível, devendo a equipe médica estar ciente disso.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os efeitos adversos aos medicamentos levam a um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis pelo aumento da morbimortalidade entre os pacientes e causando gastos desnecessários ao sistema de saúde. As drogas utilizadas para depressão podem causar lesão hepática, mesmo que em doses terapêuticas. Embora não seja muito frequente, há relatos de danos irreversíveis. Como ainda não há estratégia para prevenção de dano hepático induzido por medicamentos antidepressivos, a detecção precoce e interrupção imediata da droga devem ser um objetivo.

**CONTATO AUTOR:** ANDRÉ MELO DE FARIA | andremelofaria@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101844 – COLANGIOPATIA DO DOENTE CRÍTICO SECUNDÁRIA À INFECÇÃO GRAVE POR COVID-19

**AUTORES:** Olivia Duarte de Castro Alves (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Delgado Dotta (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marília Galvão Cruz (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Débora Raquel Benedita Terrabuio (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 62 anos, previamente hígido, internado por 3 meses por COVID19 grave, com necessidade de ventilação mecânica e uso de droga vasoativa. Durante a internação evoluiu com colangite, sendo tratado com antimicrobianos. Recebeu alta afebril, embora ictérico. Recorreu com febre uma semana após a alta quando foi atendido em nosso hospital. Na admissão apresentava exames laboratoriais: AST=140(37), ALT=79(41), FA=1700(129), GGT=943(61), BT=11, Proteína C reativa=166, leucócitos=27.350, plaquetas=316mil, RNI=1,15. A colangiorresonância evidenciou múltiplas dilatações de ductos biliares intra-hepáticos, com conteúdo liquefeito, sugerindo abscessos colangiólíticos, sem fator obstrutivo; alterações já existentes em exame na internação anterior. Realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e varredura com saída de barro biliar. Iniciada antibioticoterapia empírica de amplo espectro. A despeito das múltiplas coletas, as culturas foram negativas. Aventada a hipótese de colangiopatia do doente crítico associada a colangite infecciosa. Após uso prolongado de antimicrobianos, houve apenas uma melhora parcial laboratorial com manutenção da elevação de prova inflamatória e de leucocitose, com recorrência da febre. Após 30 dias de internação foi optado pela inclusão do paciente em fila de transplante por colangites de repetição.

**DISCUSSÃO:** As alterações hepáticas na COVID-19 são geralmente transitórias e remitem com a resolução da doença. Há inúmeras descrições de colestase grave e prolongada durante a fase de recuperação de pacientes com COVID-19 admitidos em estado crítico. Os achados clínicos e histológicos são semelhantes aos da colangite esclerosante secundária do doente crítico e na colangioRNM há múltiplas estenoses/irregularidades nas vias biliares intra e/ou extra-hepática com espessamento e realce da parede do ducto biliar. Especula-se que resulte da sobreposição de colangite esclerosante secundária do paciente crítico com lesão direta pelo vírus. A colangite bacteriana é uma das complicações mais frequentes, com formação de abscessos e frequentemente é refratária a antibioticoterapia. Dada a irreversibilidade e tendência de progressão do quadro, o transplante hepático é a única medida curativa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A pandemia pela COVID-19 fez aumentar o diagnóstico dos casos de colangiopatia do doente crítico. Dada a irreversibilidade do quadro, pode-se considerar a realização de transplante hepático em pacientes com repercussão clínica significativa.

**CONTATO AUTOR:** OLIVIA DUARTE DE CASTRO ALVES | oliviaduarte15@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101867 – Sobreposição da colangite esclerosante secundária do paciente crítico e pós-infecção por SARS-COV2: um relato de caso

**AUTORES:** DANIELA SILVA GALO (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), LIVIA JAYME PAULUCCI (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), ISABELLE FALEIROS FERNANDES (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), LARA VEIGA FREIRE (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), VANESSA MADRID VIVO (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), NATALIA ENGLER RAVASIO (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), RONIKI CLEAN SA FLORENCIO (FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 39 anos, sem comorbidades prévias, com sintomas gripais sendo confirmada infecção pelo SARS-COV-2. Evolui com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica, mantendo internação prolongada em leito de terapia intensiva compensada à custa de doses altas de droga vasoativa. Evolui com icterícia colestática, iniciada investigação com colangioressonancia e evidenciado sinais de hepatopatia crônica, trombose crônicas dos ramos portais hepáticos direitos, não recanalizados, irregularidade das vias biliares intra-hepática, além de imagens sugestivas de abscessos infectados no parênquima hepático. Interrogado quadro de colangite esclerosante, sendo realizada pesquisa de imunoglobulina, anticorpo anti-citoplasma de neutrófilos (p-Anca), anti-mitocôndria e Fator antinuclear todos com resultados negativos. Iniciado Polimixina para cobertura infecciosa dos abscessos hepáticos, evoluindo com resposta infecciosa satisfatória, além de ácido ursodesoxicólico, com boa resposta no quadro colestático. Paciente segue em acompanhamento de enzimas hepáticas, sendo levantada hipótese de colangite esclerosante secundária ao COVID.

**DISCUSSÃO:** A colangite esclerosante, é uma patologia que acomete as vias biliares, pode ser dividida em primária, sendo essa um distúrbio progressivo crônico de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação, fibrose e estreitamento de ductos médios e grandes na árvore biliar intra-hepática e /ou extra-hepática. Já a secundária o quadro se dá por meio de diagnóstico de exclusão, podendo ser de etiologia bacteriana, infecciosa, eosinofílica, viral e as secundárias a pacientes críticos com internação prolongada e com necessidade de antibiótico de amplo espectro, drogas vasoativas e sedativos. As duas últimas vêm sendo amplamente estudadas devido ao aumento na incidência após os quadros de infecção por SARS-COVID 19.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A colangite esclerosante secundária é um tema que vem sendo amplamente estudado devido à incidência elevada da infecção pela COVID-19, e esse vírus tem a capacidade de provocar alterações do perfil bioquímico hepático gerando um dano epitelial direto, podendo provocar uma colangite se sobrepondo a colangite esclerosante secundária do paciente crítico.

**CONTATO AUTOR:** DANIELA SILVA GALO | danielasgalo@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101882 – DOENÇA HEPÁTICA POLICÍSTICA: um relato de caso.

**AUTORES:** Ruth Medeiros Dantas Teixeira (Universidade Potiguar (UnP) - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Ana Paula Barbosa de Lima Fernandes (Universidade Potiguar (UnP) - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Beatriz Martins Oliveira (Universidade Potiguar (UnP) - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Hanna de Azevedo Medeiros (Universidade Potiguar (UnP) - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Thales Augusto de Medeiros (Faculdade de Medicina do Juazeiro - Juazeiro do Norte - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 48 anos, encaminhada ao serviço de hepatologia por exame de imagem alterado. Queixa-se de dor persistente em hipocôndrio direito há 6 anos, diária. Há 2 anos evoluiu com distensão abdominal e astenia. Ao exame físico, apresentou abdome doloroso difusamente e presença de nodularidades endurecidas em topografia hepática. Relata drenagem cirúrgica de cistos hepáticos prévia e irmãs com quadro clínico semelhante. Os exames de imagem do abdome descreveram um fígado aumentado, de formato irregular e heterogêneo com múltiplas imagens anecóicas dispersas no parênquima e cistos renais bilaterais, alguns com conteúdo hemorrágico. Exames laboratoriais, incluindo sorologias e marcadores tumorais, sem anormalidades. No seguimento, foi realizada nova drenagem de cistos hepáticos, e devido às alterações clínico-laboratoriais refratárias, foi indicado transplante hepático. A paciente encontra-se em seguimento clínico com hepatologista e aguarda transplante.

**DISCUSSÃO:** A doença hepática policística (DHP) é uma doença hereditária autossômica dominante com incidência estimada de 0,01%. Na maioria dos casos manifesta-se de forma benigna e assintomática. Todavia, pode evoluir com hepatomegalia e sintomatologia gástrica, mais evidente em mulheres. O diagnóstico consiste na clínica, laboratório e imagem. A Ressonância Magnética (RM) identifica e caracteriza as múltiplas lesões focais hepáticas hiperdensas. Entretanto, não há consenso acerca da quantidade de cistos necessários para confirmar o diagnóstico. Ademais, devido às várias nodulações, há maior risco de complicações como hemorragia e infecção. É comum observar função hepática normal e elevação das enzimas canaliculares. Em geral, a abordagem consiste em acompanhamento clínico periódico, exames laboratoriais e de imagem. Indica-se o tratamento para pacientes sintomáticos, sendo a primeira opção a escleroterapia para cistos maiores do que 5 cm para alívio temporário das queixas. No momento, nenhum fármaco demonstrou benefício significativo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que a DHP é uma patologia pouco conhecida e de manejo controverso. Devido seu caráter benigno deve ser conduzida com foco no acompanhamento, rastreamento de complicações e controle de sintomas. O diagnóstico e seguimento são realizados através de exames de imagem sendo a RM o padrão-ouro. O único tratamento curativo é o transplante hepático, sendo raro a necessidade desse procedimento, embora seja pertinente caso os sintomas ou complicações não forem manejáveis com outras intervenções.

**CONTATO AUTOR:** RUTH MEDEIROS DANTAS TEIXEIRA | ruthmdrs@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101977 – TROMBOSE DE VEIA PORTA E MESENTÉRICA EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA ATIVA

**AUTORES:** FELIPE L R BARRETO (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CLEYTON P ANDRADE (HSPM SP - São Paulo - São Paulo - Brasil), LUIZ FERNANDO PITANGUI (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), AYMEE L N TORRES (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA THEREZA MARZOLA (HSPM SP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 37 anos, masculino, admitido no Pronto Socorro Adulto do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) com história de que havia iniciado há 02 meses quadro de diarreia aquosa em torno de 10 episódios ao dia sem sangue ou muco (Bristol 5 – 7) associado a dor abdominal em cólica principalmente em quadrantes abdominais à esquerda e perda de 5 kg desde o início do quadro. Negou febre e outras manifestações extra intestinais. O paciente não apresentava nenhuma comorbidade prévia diagnosticada. Na investigação complementar, visto tomografia de abdômen total com trombose do ramo portal direito e trombose parcial do ramo portal esquerdo, trombose de veia mesentérica superior e de seus ramos secundários e terciários, trombose de veia hepática média e direita. Paciente evoluiu durante a internação com episódios de hematoquezia que melhoraram após introdução do corticoide. Houve melhora também do quadro de dor abdominal relatada na anamnese após introdução da anticoagulação terapêutica. Após a alta hospitalar, paciente permaneceu por longo período assintomático. Porém, o paciente apresentou pancitopenia com uso da imunossupressão com azatioprina e não atingiu a remissão endoscópica da inflamação, sendo optado por introdução de imunobiológico (vedolizumabe). Durante o rastreio infeccioso para início do imunobiológico, foi visto PPD de 17 mm, ao que se sucedeu investigação com diagnóstico de tuberculose latente. Iniciado tratamento para posterior início do imunobiológico.

**DISCUSSÃO:** As manifestações extra intestinais são uma complicação reconhecida de DII, com quase todos os sistemas e órgãos implicados na literatura.

A trombose de veia porta e trombose de veia mesentérica é uma complicação muito rara. Em um estudo retrospectivo chinês que avaliou 8.459 pacientes, apenas 3 pacientes tiveram trombose de veia porta e mesentérica.

Retocolite ulcerativa ativa, em particular, tem sido associada ao aumento da atividade do fator VIII, níveis elevados de fibrinogênio e aumento da produção de trombina e é provavelmente devido à resposta da inflamação sistêmica durante a doença ativa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se que a manifestação extra intestinal de trombose portal e mesentérica em caso de retocolite ulcerativa apresentado pelo nosso paciente é muito rara, com incidência ainda incerta.

A retocolite ulcerativa se manifestando com trombose de veia porta e mesentérica tem relação com a extensão da doença e fatores ambientais e genéticos.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE LOPES ROCHA BARRETO | felipelrbarreto@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 101979 – HIPERTENSÃO PORTAL NÃO CIRRÓTICA COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

**AUTORES:** FELIPE L R BARRETO (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CLEYTON P ANDRADE (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUIZ FERNANDO PITANGUI (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), AYMEE L N TORRES (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA THEREZA MARZOLA (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 36 anos, feminina, admitida no Pronto Socorro Adulto do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) com quadro de aumento do volume abdominal associado à dispneia, náuseas, um episódio de vômito, além de um pico febril mensurado. Ela apresentava como antecedente patológico importante cirurgia bariátrica por bypass gástrico em 2018 em outro serviço. Referiu que 1 ano após a cirurgia, apresentou o primeiro episódio de hemorragia digestiva alta, tendo apresentado ainda mais dois episódios, sendo o último menos de um mês antes da admissão. Na investigação, visto em ultrassonografia com doppler fígado com características normais, trombose venosa crônica da veia porta com transformação cavernomatosa, além de volumosa ascite. Paciente foi investigada para trombofilias primárias, com resultados todos negativos. Realizado paracentese diagnóstica e terapêutica que evidenciou peritonite bacteriana com crescimento de *S. aureus* secundário à uma fístula cutâneo - peritoneal que se insinuava por hérnia umbilical. Realizada antibioticoterapia inicialmente com piperacilina e tazobactam, sendo escalonado após piora clínica e resultado de cultura do líquido ascítico para meropenem e vancomicina. Optado por não anticoagular a paciente, visto que tratava-se de trombose crônica com sinais de recanalização.

**DISCUSSÃO:** A trombose de veia porta e mesentérica (TPM) é complicação rara após cirurgia bariátrica. Shoar et al., em metanálise, avaliaram 41 estudos envolvendo 110 casos de TPM. Treze estudos relataram o número de casos dessa complicação em 16.137 cirurgias bariátricas, sendo a incidência de 0,4% (68 pacientes). No entanto, com o aumento do número de cirurgias bariátricas sendo realizado, esse tipo de complicação se tornou mais frequente e provavelmente há muitos casos não diagnosticados. O aumento no estado inflamatório e a hipercoagulabilidade da veia porta após grampeamento múltiplo do músculo e da mucosa gástrica, juntamente com ressecção de  $\geq 80\%$  do estômago, pode alterar a estase circulatória do sistema porta, predispondo à TPM.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A TPM pós cirurgia bariátrica é rara e muitos casos provavelmente não são diagnosticados. O grau de oclusão do sistema porta pode determinar o início e a gravidade dos sintomas. Estudos prospectivos com busca de fatores de riscos conhecidos e a implementação de medidas cirúrgicas e clínicas para prevenir a TPM devem ser incentivados.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE LOPES ROCHA BARRETO | felipelrbarreto@hotmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 102059 – Colestase intra-hepática em paciente jovem portadora de Doença de Crohn: um relato de caso

**AUTORES:** Jérula Katherine Lima de Oliveira (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil), Isabela Vanessa Sampaio dos Reis (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil), Géssica Yanne Brasil Vieira (UFRR - Boa Vista - Roraima - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 22 anos, com diagnóstico há 10 anos de Doença de Crohn em tratamento irregular, deu entrada na emergência com quadro de pioderma gangrenoso. Ao exame, apresentava icterícia e dor abdominal em hipocôndrio direito. Nos exames laboratoriais, TGO 5xLSN, TGP 2xLSN, Fosfatase alcalina 4xLSN, GGT 10xLSN, Bilirrubina total 2xLSN com predomínio de fração direta, hipergamaglobulinemia e plaquetopenia. Anticorpo antimitocôndria (AMA) reagente 1:320 e fator antinuclear (FAN) reagente. Ultrassom de abdome com sinais compatíveis de hepatopatia crônica, esplenomegalia, litíase vesicular, ascite leve, sem dilatação de vias biliares. Colangiorressonância apresentou redução volumétrica do parênquima hepático com áreas de irregularidade/retração capsular e áreas de maior alteração de sinal esparsas, algumas configurando traves, associadas à dilatação assimétrica de vias biliares de permeio, destacando-se na periferia do lobo direito, com áreas de dilatação seguidas de estenose, sem dilatação de vias biliares extra-hepáticas. Foram iniciados prednisona + azatioprina e ácido ursodesoxicólico para tratamento da Doença de Crohn e Colangite esclerosante primária, respectivamente. Com a terapêutica, a paciente apresentou melhora clínico-laboratorial, recebendo alta hospitalar e sendo encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia.

**DISCUSSÃO:** Alterações bioquímicas hepáticas são comuns nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), sendo a Colangite Esclerosante Primária (CEP) um importante diagnóstico associado às DII. A CEP é uma doença hepática crônica autoimune progressiva caracterizada por inflamação, fibrose e destruição dos ductos biliares intra e/ou extra-hepáticos levando a colestase, estreitamento dos ductos biliares e fibrose hepática, podendo evoluir para Cirrose hepática, Colangiocarcinoma e Carcinoma Hepatocelular. Inicialmente assintomática, pode evoluir com quadro de dor abdominal, prurido, fadiga e icterícia. A presença de marcadores como FAN e AMA deve ser investigada sugerindo diagnósticos alternativos ou síndromes de superposição, entretanto o AMA pode ser positivo em <5% dos casos de CEP.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A CEP é uma importante causa de colestase nos pacientes com DII, devendo sempre ser investigada nesses casos. Apesar de o AMA estar fortemente associado ao diagnóstico de Colangite Biliar Primária, as alterações colangiográficas sugeriram o diagnóstico de CEP.

**CONTATO AUTOR:** JÉRULA KATHERINE LIMA DE OLIVEIRA | jerula\_lima@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102069 – Aumento de enzimas hepáticas, pancreáticas e encefalopatia de Wernick secundários a hiperêmese gravídica: Relato de caso

**AUTORES:** Cristiane Tiburtino de Oliveira Gomes (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira(IMIP) - Recife - Pernambuco - Brasil), Gabriela de Lira Pessoa Mota (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira(IMIP) - Recife - Pernambuco - Brasil), Ana Karla Lopes Rodrigues (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira(IMIP) - Recife - Pernambuco - Brasil), Cinthia Cecília Cabral Cordeiro da Silva (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira(IMIP) - Recife - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, feminina, 20 anos, G2P1A0, admitida com 13 semanas de idade gestacional (IG) em nossa instituição, sendo acompanhada pela equipe de hepatologia e obstetrícia, em abril de 2021, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito (HCD), náuseas, vômitos e perda de peso há 30 dias da admissão, sem melhora com antieméticos por via oral. Ao exame físico: desidratada (2+/4+), anictérica, dor abdominal importante em HCD e ausência de visceromegalias; exames laboratoriais (janeiro/2021) com evidência de aumento da lipase 6X o limite superior da normalidade (LSN), alanina aminotransferase (ALT) 26X e aspartato aminotransferase 20X, com função hepática preservada, sendo excluídas doenças autoimunes, hepatites virais, pancreatite e microcálculos em colédoco. Durante o internamento, fez uso de hidratação e glicose hipertônica, ambos intravenosos, para controle dos sintomas eméticos, tendo a paciente evoluindo com astenia, ataxia, nistagmo vertical e turvação visual. Solicitou-se interconsulta da neurologia e após exclusão de outros diagnósticos diferenciais, atribuiu-se o quadro neurológico a encefalopatia de Wernick (EW), sendo iniciado reposição de tiamina venosa. A gestante evoluiu com melhora clínica, tendo recebido alta para acompanhamento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A hiperêmese gravídica (HG) é caracterizada por náuseas e vômitos intratáveis durante o primeiro trimestre da gravidez, além de níveis aumentados de aminotransferases, especialmente ALT, em média de 1-3X do LSN, sendo raramente maior que 1000 U/l. A amilase e a lipase séricas estão elevadas em 10 a 15% dos pacientes e podem aumentar até 5X LSN. A patogênese da HG é desconhecida e provavelmente multifatorial e o diagnóstico é essencialmente clínico. O tratamento é composto por anti-eméticos e nutrição adequada, às vezes com hidratação venosa com aporte de glicose, como no caso da relatado, o que pode ter predisposto a EW. Os testes hepáticos e pancreáticos voltam ao normal após resolução dos vômitos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A HG pode cursar com alterações importantes das enzimas hepáticas e pancreáticas, sendo a IG o melhor guia para o diagnóstico diferencial de doenças hepáticas associadas a gestação. O caso relatado cursou com EW complicando HG, tendo elevações das aminotransferases. A gravidade dessas complicações destaca a necessidade do diagnóstico precoce para instituir terapêutica eficaz e evitar tais complicações.

**CONTATO AUTOR:** CRISTIANE TIBURTINO DE OLIVEIRA GOMES | cristianetiburtino@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102077 – COLESTASE CRÔNICA APÓS INFECÇÃO GRAVE POR COVID-19: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Bruno Fernando Rodrigues Ferreira (UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Águeda Maria Ferreira Miranda (UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Cibele Franz (UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 64 anos, previamente hígido, foi internado por COVID-19 (6º dia de sintomas), sendo intubado no 4º dia de hospitalização. Ventilação mecânica e sedação por 9 dias. No 10º dia pós extubação e no final do tratamento com antibióticos, começou a apresentar prurido, inicialmente leve e nos pés, acentuando-se nas semanas subseqüentes, assim como se tornando disseminado e com icterícia (+/4+). Admissão com exames normais, porém, após prurido, houve elevação das enzimas colestáticas (GGT=1580; FA=1870; BT=4,2; BD=3,8) e pouca elevação das aminotransferases (ALT=135; AST=115). Alta após 2 meses de internação, já sem icterícia (sem intervenção específica), porém mantendo colestase acentuada (GGT=1071; FA=879; BT=1,7). Sorologias de hepatites virais e autoimunidade negativas. Por persistência da colestase e do prurido, realizou colangiograma de abdome que evidenciou espessamento de vias biliares intra-hepáticas nos segmentos V, VI, VII e VIII, sugerindo colangite. Iniciado Ácido Ursodesoxicólico e Colestiramina, com melhora parcial da colestase e importante melhora do prurido. Nova colangiograma de abdome, após 6 meses do início da colestase, com leve dilatação irregular de vias biliares intra-hepáticas, intercaladas com áreas de estreitamento focal, aspecto de “colar de pérolas”, em segmento V, sugerindo colangite esclerosante secundária pós-COVID. Permanece atualmente com colestase (GGT=436; FA=711), apesar do uso contínuo das medicações citadas.

**DISCUSSÃO:** Alterações sugestivas de colangiopatia no paciente grave pós COVID-19 estão sendo relatadas nos últimos 6 meses. Colangiopatia pós-COVID-19 parece representar uma confluência entre colangite esclerosante secundária do paciente em estado crítico e lesão hepática direta do COVID. Neste caso, a colestase persistiu, apesar do uso de medicações direcionadas ao tratamento de doenças colestáticas. Essa cronicidade reflete danos celulares irreversíveis, piorando o prognóstico pela possível rápida progressão para cirrose biliar (40% dos casos). Ácido ursodexocólico tem sido usado, mas seu efeito parece ser limitado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Colangiopatia pós-COVID parece ser uma nova entidade responsável por colestase (progressiva) pouco responsável às terapias disponíveis. Situação ainda pouco estudada, porém que precisa ser pensada em casos semelhantes ao apresentado. Sendo assim, diagnóstico precoce parece ser fundamental para início da terapia para, com isso, tentar a redução dos danos celulares permanentes que possam surgir.

**CONTATO AUTOR:** CIBELE FRANZ FONSECA | cibele.franz@yahoo.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102090 – Glomerulopatia lúpica padrão “full house” em paciente portadora de Doença de Wilson

**AUTORES:** Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thaís Viana Tavares Trigo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalyane Cristina Martins Machado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Talita Ramos de Alencar Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Desiree Medrado Mascarenhas (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alex Rodrigues Fonseca (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fernanda Correa Chaves (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Raimundo Araújo Gama (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antônio Eduardo Benedito Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 40 anos, com diagnóstico e doença de Wilson desde 2007, tratada com D-penicilamina por cinco anos e zinco por mais três. Evolui com descompensação em ascite e edema de membros inferiores, dispneia e redução do volume urinário. Apresentava derrame pleural, alterações de transaminases (AST 55U/L, ALT 37U/L), hipoalbuminemia (2,6g/dL), cobre sérico 32,6ug/dL, cobre urinário 51,33ug/dL e ceruloplasmina 9,8mg/dL. FAN, Anti-DNA, ANCA e ENA negativos. Sumário de urina apresentava leucocitúria e hematúria com presença de dismorfismo eritrocitário e proteinúria de 24h de 1,55g. Biópsia renal evidenciou glomerulopatia membranosa fase II com depósitos granulares de distribuição difusa e presença de IgA, IgG, IgM, C1q, C3c e cadeias leves Kappa e Lambda na imunofluorescência. Pesquisa de anti-p ribossomal positivo em altos títulos (>200U/mL). O conjunto de achados levaram ao diagnóstico de LES sistêmico FAN negativo associado à desregulação do metabolismo do cobre causado pela DW com repercussões sistêmicas.

**DISCUSSÃO:** A doença de Wilson (DW) é uma doença hereditária devido a uma mutação autossômica que manipula o transporte hepatocelular de cobre, resultando no acúmulo excessivo dessa substância no fígado, cérebro e outros tecidos. O lúpus eritematoso sistêmico (LES), por sua vez, é uma condição autoimune com manifestações variáveis e frequentemente extensas, caracterizada por autoanticorpos para componentes nucleares e deposição de imunocomplexos. A associação de DW e LES é rara e há poucos relatos de caso na literatura médica. O acometimento renal da DW está vinculado mais frequentemente a tubulopatias. No caso foi evidenciado glomerulopatia com componente nefrítico predominante. A biópsia renal apontou um padrão “full-house” à imunofluorescência, associado comumente a nefropatia lúpica. O LES soronegativo pode ocorrer devido a falha técnica ou aprisionamento de FAN em complexos imunes circulantes. O acometimento renal típico do LES pode corroborar com o diagnóstico mesmo na ausência dos demais sinais clássicos da doença.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O quadro da paciente em questão é tido como raro já que o LES ocorre na ausência do tratamento com o quelante, ou seja, há concomitância de duas doenças, configurando-se como um desafio diagnóstico devido a raridade e poucos casos relatados em literatura.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL LIMA ANDRADE | marcel-94@hotmail.com.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102118 – Colangite de repetição e transplante hepático por Colangiopatia Pós-COVID-19: relato de caso

**AUTORES:** Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), André Castro Lyra (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Jaciane Araujo Mota Fontes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Rosicreusa Marback de Souza (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sandra Sousa Santos de Figueiredo (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Ylanna Fortes Fonseca (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Daniele de Carvalho Cerqueira (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Laíza Lobão Alves (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Rebeca Novaes Gonçalves (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de paciente masculino, 70 anos, hipertenso, diabético, portador de fibrilação atrial paroxística, encaminhado por elevação de enzimas canaliculares após 8 meses de quadro de COVID-19 – FA 504 (vn: 126), GGT 818 (vn: 12-43), ALT 38 (vn: <35), AST 42 (vn: 14-36), BT 1,6. A colangiorressonância (CPRM) demonstrava estenoses multifocais de vias biliares intra-hepática, interpostas por dilatações. Possuía história de internamento em UTI (julho a outubro de 2020) por COVID-19, tendo cursado com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica prolongada. Em nosso serviço, evoluiu com sepse por colangite de repetição, sendo isolada bactéria multi-droga resistente (klebsiella) em hemocultura. Foi iniciado ácido ursodesoxicólico (15mg/kg/dia) e à reavaliação apresentava fígado de aspecto cirrótico e sinais de hipertensão portal. Segue em uso de antibioticoterapia, aguardando transplante hepático.

**DISCUSSÃO:** Recentemente casos vem sendo descritos de uma nova entidade, denominada de Colangiopatia Pós-COVID-19 (CPC). Tipicamente desenvolve-se em casos de pacientes que apresentaram COVID-19 grave e apresenta-se de forma similar à Colangiopatia do Doente Crítico (CDC). Manifesta-se à colangiografia com estenoses difusas de via biliar intra-hepática entremeadas por dilatações focais. Esses pacientes apresentam em grande maioria fatores de risco para Colangiopatia do Doente Crítico: hipotensão, uso de vasopressores, ventilação com PEEP alta, posição prona. Trazemos um caso de características clínicas de ambas entidades citadas, incluindo presença de fatores de risco para tal, e apresentação colangiográfica compatível. Ademais, apresentou evolução com colangite de repetição e necessidade de transplante hepático.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Ao longo da pandemia de COVID-19 sequelas tem sido observadas, dentre elas a lesão hepática com características colestatias. Sugere-se que o Sars-Cov-2 possa ter ação direta de injúria biliar, uma vez que 58% dos colangiócitos expressam o receptor da enzima de conversão da angiotensina-2. A CPC pode tratar-se de uma combinação entre a Colangiopatia do Doente Crítico e lesão direta pelo vírus COVID-19 ao colangiócito. Não existe tratamento descrito, mas, alguns casos já preenchem critérios para o transplante hepático, podendo, em perspectiva, existir aumento do número de transplantes associados a esta indicação.

**CONTATO AUTOR:** LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE | lourianne@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102147 – Reversão de cirurgia bariátrica de Lazzarotto em pacientes com cirrose hepática e desnutrição grave

**AUTORES:** Wilian Jean Wiggers (Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Paraná - Brasil), Thomas Ernst De Oliveira Milchert (Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Paraná - Brasil), Daphne Benatti Morsoletto (Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Paraná - Brasil), Rodrigo Strobel (Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Paraná - Brasil), Claudia Alexandre Pontes Ivantes (Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Relatamos o caso de 3 pacientes que evoluíram com desnutrição grave e cirrose hepática após cirurgia bariátrica bypass intestinal de Lazzarotto, confirmadas por biópsia hepática (fibrose grau 4). Dois casos são do gênero feminino e um do masculino, com idades de 44, 46 e 48 anos quando operados. O intervalo entre a cirurgia e o diagnóstico de cirrose foi 6, 14 e 7 anos e o tempo entre a cirurgia bariátrica e sua reversão foi de 6, 15 e 8 anos, respectivamente. Devido à desnutrição grave, os pacientes foram submetidos à sondagem nasojejunal pós pilórica para nutrição enteral, associado a nutrição parenteral total, para posterior reversão da cirurgia bariátrica. A reversão foi mediante enterectomia proximal à cirurgia prévia, sendo realizada nova enterectomia distalmente ao anel, entero-enteroanastomose látero-lateral e fechamento do orifício enteral, para restabelecimento do trânsito intestinal. Os 3 pacientes apresentaram melhora do quadro metabólico e de desnutrição.

**DISCUSSÃO:** A cirurgia de Lazzarotto é uma técnica restritiva em que se realiza anastomose látero-lateral, formando 2 trajetos no trânsito intestinal. O primeiro com anastomose jejunoileal (trajeto mais curto) e o segundo, o restante do jejuno-íleo, fornecendo menor aporte de quimo para a alça jejunal (após a anastomose), tornando-se hipoabsortivo. A etiologia do dano hepático após a cirurgia bariátrica é multivariável. Uma esteatose preexistente pode progredir e contribuir para a cirrotização. Uma perda importante de peso e a desnutrição proteica desencadeia lipólise excessiva, que transfere grandes quantidades de ácidos graxos de cadeia longa do tecido adiposo visceral para metabolização hepática. Além disso, o supercrescimento bacteriano no segmento de intestino delgado excluído pode levar a lesão da mucosa e absorção de citocinas/endotoxinas inflamatórias, que podem causar lesões ao fígado. Alterações hormonais, infecciosas e inflamatórias sistêmicas podem também estar envolvidos. Com a reversão da cirurgia, há o restabelecimento do trânsito intestinal, com melhora do quadro de absorção de nutrientes, além de interromper os mecanismos responsáveis pelas agressões hepáticas

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A cirurgia bariátrica de Lazzarotto ocasiona alterações restritivas e metabólicas importantes, levando à cirrotização e aumento da morbimortalidade. A reversão cirúrgica emerge como principal opção terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** WILIAN JEAN WIGGERS | [wwiggers@gmail.com](mailto:wwiggers@gmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 102168 – RELATO CASO: AVALIAÇÃO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE COM HEPATOPATIA CRÔNICA ASSOCIADA A ENCEFALOPATIA HEPÁTICA RECORRENTE E SÍNDROME DISABSORTIVA

**AUTORES:** Marcela Tiboni (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Flavia Oyadomari Mischczuk (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Priscila Pegoretti (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Larissa Caroline Chiste (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Lara Raiany Laguna Antonelli (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Juliana Lins Maués (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Maria Eduarda Treis (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Daniel Fernando Soares e Silva (Hospital Santa Isabel (HSI) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Marcelo Augusto Scheidemantel Nogara (Hospital Santa Isabel (HSI) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.S, sexo feminino, 42 anos, encaminhada para avaliação com a equipe de transplantes hepáticos (TxH), por apresentar sintomas de letargia, bradipsíquica, confusão mental, fala escandida e sinal de icterícia. Não possuía histórico de ascite e paracentese prévia. Com antecedente de cirrose alcoólica, abstinente há 3 meses, apresentava recorrentes episódios de encefalopatia porto sistêmica (EPS), com internações prévias. Possuía ainda histórico de colecistectomia, cirurgia bariátrica (anastomose biliodigestiva) e polipectomia. À USG abdominal apresentava esteatose hepática. Colonoscopia com evidência de pólipos de cólon. À TC de abdome sinais de hepatopatia crônica, hepatoesplenomegalia e varizes perigástricas e esofágicas. A paciente apresentava elevação de bilirrubina total por conta de indireta, elevação de RNI, plaquetopenia, leucopenia, elevação da GGT e enzimas hepáticas. A orientação inicial foi conservadora, com observação de mais 3 meses de abstinência. Após esse período, paciente relata 2 internações por EPS, com persistência das alterações laboratoriais. Diagnosticada com hepatopatia crônica, hipertensão portal e EPS de etiologia alcoólica associado a MAFLD (doença hepática gordurosa associada a disfunção metabólica) por síndrome carencial mista devido a derivação bileo-pancreática. Foi classificada com CHILD B(8) e MELD 11. Após discussão, a equipe decide por listar paciente para o transplante hepático.

**DISCUSSÃO:** O TxH está relacionado com a adequada avaliação pré-operatória, incluindo o diagnóstico correto, critérios clínicos e laboratoriais bem definidos. O consumo de álcool, pode levar tanto a doença hepática alcoólica como acelerar o curso de outras enfermidades, como a síndrome disabsortiva apresentada pela paciente. A adversidade de transplantar estes usuários trata-se em cessar a utilização dessa droga, por no mínimo em 6 meses, e por toda vida no pós-transplante, sendo que a sobrevida depois da cirurgia tem melhores resultados em comparação a outras indicações, quando o vício é eliminado. A utilização do escore MELD no Brasil para alocação de pacientes na fila do TxH foi homologado pela portaria publicada em 2009 pelo Ministério da Saúde, sendo que o valor mínimo aceito para a inscrição na lista foi fixado em 11.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A inclusão da paciente na lista de espera do TxH respeitou as regras nacionais para listagem, estando de acordo com a portaria vigente para o caso.

**CONTATO AUTOR:** PRISCILA PEGORETTI | priscila-pegoret@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102175 – RELATO CASO: PACIENTE COM COLANGITE DE REPETIÇÃO DE ASPECTO ESCLEROSANTE COM PROVÁVEL ETIOLOGIA SECUNDÁRIA EM AVALIAÇÃO PARA LISTAGEM AO TRANSPLANTE HEPÁTICO

**AUTORES:** Priscila Pegoretti (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Larissa Caroline Chiste (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Marcela Tiboni (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Lara Raiany Laguna Antonelli (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Flavia Oyadomari Miszczuk (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Juliana Lins Maués (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Maria Eduarda Treis (Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Daniel Fernando Soares e Silva (Hospital Santa Isabel (HSI) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil), Marcelo Augusto Scheidemantel Nogara (Hospital Santa Isabel (HSI) - Blumenau - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, encaminhada ao ambulatório de transplante hepático (TxH) com histórico de crises de colangite de repetição. História progressiva incluía colecistolitíases e colecistectomia com derivação bibliodigestiva, com prótese de vias biliares há 3 anos. Durante as crises, referia dor epigástrica, febre, mal-estar, icterícia e prurido. Exames: TGO 49, TGP 116, GGT 630 e FAL 587, todos alterados. FAN reagente com titulação de 1:160. Anticorpo Anti Hbc IgG negativo. Anticorpo Anti HCV negativo. HbsAg negativo. Anticorpo Anti Hbs negativo. Anticorpo antimitocôndria negativo. Anticorpo Anti-músculo liso negativo. A paciente prosseguiu em uso de ácido ursodesoxicólico, mas sem melhora. A colangiorressonância, evidenciava área de redução do calibre do colédoco junto à confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo e dilatação das vias biliares, sugestivo de colangite. Ademais, a endoscopia digestiva alta demonstrava orifício saindo bile próximo ao local da derivação prévia. A equipe encaminhou para nova derivação biliodigestiva, para correção do calibre das vias biliares. Além disso, com o intuito de investigar diagnósticos diferenciais foi suscitada a possibilidade de solicitar biópsia hepática. A pontuação da paciente nos critérios de Child Pugh foi 5 e de MELD Na foi 10, por isso, a paciente não foi encaminhada para TxH no momento.

**DISCUSSÃO:** Como diagnósticos diferenciais, a Hepatite autoimune (HAI) é interrogada devido ao quadro clínico e ausência de hepatite viral prévia, porém faltaram dados de biópsia hepática para concluir a pontuação dos critérios para HAI. Outra possibilidade é a Cirrose Biliar Primária, por sintomas compatíveis, sexo feminino e evidência bioquímica apesar do AMA negativo, mas necessitaria da avaliação histológica. Finalmente, a terceira possibilidade é a colangite esclerosante, devido ao prurido, colangite aguda e elevação de enzimas hepáticas principalmente, tendendo a uma etiologia secundária, nesse caso, o trauma cirúrgico das vias biliares. Destaca-se que o novo procedimento de derivação evitaria novos episódios de colangite. Optou-se por não incluir a paciente na lista para transplante devido aos baixos critérios de Child Pugh e de Meld Na.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar da inconclusão do diagnóstico final até o presente relato, ressalta-se a necessidade de prosseguir o estudo com a análise histológica do tecido hepático. As regras para não-seleção da paciente para TxH seguiram as normativas brasileiras vigentes.

**CONTATO AUTOR:** PRISCILA PEGORETTI | priscila-pegoret@hotmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 102178 – Doença de Caroli: relato de caso

**AUTORES:** Viviane Lozano Espasandin (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Renan Horisawa Rossi (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Maria Carolina Pedro Marinho (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Noelle Maia Gondinho (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.P.S., 59 anos, náuseas e vômitos há 3 anos. Sem dor abdominal ou icterícia. Hipertensão. Tabagismo 1 maço/4 dias. Etilismo social. Bom estado geral. TGO 20 U/L, TGP 14 U/L, GGT 229 U/L, BD 0,18 mg/dL, BI 0,35 mg/dL. TC de abdome com lesão nodular e edema perilesional, 2,2 x 1,9 cm, e dilatação de vias biliares. RNM de abdome e colangiograma com dilatação segmentar de vias biliares intra-hepáticas, comprometendo os segmentos lateral do lobo esquerdo. Áreas de dilatações intercaladas com áreas de estenose ductal e discretas falhas de enchimento, mais nos segmentos do lobo esquerdo, representando cálculos intra-hepáticos, sugestivo de Doença de Caroli. Ductos pancreático e hepatocolédoco discretamente proeminentes, com afilamento gradual ao nível da papila. Possibilidade de discreta estenose de papila/odite crônica pela passagem de microcálculos. Vesícula biliar com conteúdo líquido homogêneo. Discreta irregularidade do contorno da superfície hepática inferior, podendo ser hepatopatia crônica secundária. Prescrito Ursacol 2x/dia com melhora.

**DISCUSSÃO:** Comumente o diagnóstico é feito aos 20 anos, com quadro de dor abdominal, febre, elevação da fosfatase alcalina e bilirrubina, hepatomegalia ou sintomas de hipertensão porta. Dilatação segmentar(83%), multifocal, não obstrutiva, de grandes ductos biliares intra-hepáticos, sacular(76%) ou fusiforme (24%). Pode ocorrer colestase, episódios recorrentes de colangite aguda e complicar com formação de cálculos biliares intra-hepáticos, abscesso e sepse. Colangiocarcinoma em menos de 10% dos casos. A Síndrome de Caroli deve-se à associação de fibrose hepática congênita repercutindo em manifestações de hipertensão porta. O diagnóstico radiológico é estabelecido pela visualização das lesões císticas de tamanhos variáveis distribuídas no fígado ou em um segmento hepático em comunicação com a árvore biliar.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso relatado, a lesão nodular com dilatação das vias biliares sugere Doença de Caroli. Deve-se ressaltar que a CPRE é o método com maior sensibilidade para diagnóstico da doença, mas evidências mostram que a colangiograma é uma técnica não invasiva que possui boa correlação diagnóstica com a CPRE sendo isenta de riscos. A hepatectomia parcial pode oferecer tratamento definitivo, com morbidade aceitável para Doença de Caroli localizada, com completo alívio dos sintomas. Doença difusa complicada com colangite recorrente ou cirrose são mais complexos e, por isso, o transplante hepático é indicado como tratamento definitivo.

**CONTATO AUTOR:** VIVIANE LOZANO ESPASANDIN | vivianelozano@yahoo.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102184 – SEROCONVERSÃO “s > anti-s” E ELIMINAÇÃO DO VÍRUS DA HEPATITE B CRÔNICA (HBV) “MUTANTE PRÉ-CORE” EM PACIENTE COM MUTAÇÃO C282Y/H63D (HETEROZIGOTO COMPOSTO) PARA HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA

**AUTORES:** Giovana Victoria Nobre Olmos (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Natália Vargas do Nascimento (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Marcelo Abrahão Costa (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Thicianie Fauve Andrade Cavalcante (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.G.B., 64 anos, masculino, diagnosticado com HBV em 2003. Sorologias: HBsAg+, anti-HBs -, HBeAg-, anti-HBe+, anti-HBcIgM-/IgG+, anti-HDV-. Carga viral (CV)>2000ui, iniciou tratamento com lamivudina 100mg/d (LAM). Biópsia hepática METAVIR F1/F2. Portador de hemocromatose hereditária (HE) – heterozigoto composto. Ferro tecidual=8mg (nl<2mg) por Ressonância Magnética Nuclear (RMN), submetido a sangrias terapêuticas. Em 11-2007, após quatro anos de monoterapia com LAM fez escape viral com CV=2300ui, e CV=4100ui em 02-2008. Acrescentado adefovir (ADV) 10mg com CV indetectável em 07-2008. Após dois anos de consolidação do combo antiviral (08-2010), foi suspensa LAM, seguindo monoterapia com ADV. Em 2012, paciente seguiu estável com Fibroscan=5.1kpa (F1) e Elastografia RMN=2.5kpa (F1). No início de 2018, o ADV foi substituído por tenofovir (TDF) 300mg. Nesse período, as funções hepáticas sintética e excretora estavam preservadas – repetição das sorologias mostrou HBsAg-, HBeAg-, anti-HBe+, anti-HBs+ (baixo título=37ui). Em 2021, após três anos de consolidação da seroconversão HBsAg-, anti-HBs+ 40ui, e persistente CV indetectável, foi decidido com o paciente a suspensão da terapia antiviral e o acompanhamento com controle clínico e laboratorial para consolidação da resposta virológica sustentada e cura funcional.

**DISCUSSÃO:** A monoterapia sequencial do HBV e suas formas mutantes pré-core com análogos núcleo(t)sídeos (NUCs) se tornaram consensual há anos. O escape viral (resistência) é uma realidade nesse cenário, mas pode ser mitigado pelo escalonamento ou associação dos antivirais disponíveis. A média de seroconversão completa, com perda do antígeno “s” e surgimento do anti-HBs+, é aproximadamente 2%, independente do status do antígeno “e”. A perda do HBsAg continua sendo o melhor indicador de desfechos favoráveis de longo prazo e pode apontar o momento correto para a suspensão dos antivirais em uso, uma vez que o risco de reativação da infecção é muito baixo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Segundo diretrizes científicas, a monoterapia de longo prazo para o HBV enfrenta problemas adicionais como adesão, efeitos colaterais e, particularmente, custos. Mesmo que outros cenários sorológicos ofereçam oportunidades para descontinuação de NUCs, a perda do HBsAg e a cura funcional continuam sendo, consistentemente, os melhores endpoints para essa indicação.

**CONTATO AUTOR:** GIOVANA VICTORIA NOBRE OLMOS | giovana.olmos1@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102185 – COLANGIOPATIA APÓS INFECÇÃO PELA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE PELO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2)

**AUTORES:** Natália Vargas do Nascimento (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Giovana Victoria Nobre Olmos (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Marcelo Abrahão Costa (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Thicianie Fauve Andrade Cavalcante (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Mayra Veloso Ayrimoraes Soares (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil), João Paulo Giacomini Bernardes (Hospital Sírio-Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** LPR, 74 anos, ♀, branca, em recuperação de pneumonia viral grave evolui no terceiro mês de internação com aumento de enzimas canaliculares (gamaGT 970ui, fosfatase alcalina 1200ui), flutuação de transaminases (TGO e TGP – 4x vnl) e elevação da bilirrubina total (BT 5.2, BD 4.8g/dL). Sem hepatopatia prévia ou estigmas de doença crônica ao exame físico e imagens; ingestão etanol < que 20g/dia. Avaliação negativa para doenças primárias do fígado (hepatites virais, colangites biliar ou esclerosante primárias, erros inatos do metabolismo de ferro e cobre, outras), incluindo marcadores de autoimunidade. ColangioRessonância mostrou dilatação e estreitamento irregular das vias biliares intra-hepáticas, sugerindo colangite esclerosante-like. Histopatológico mostra colestase acentuada, padrão obstrutivo – secundária a alterações reativas do epitélio biliar correspondendo à colangite esclerosante secundária. Prescrito ácido ursodesoxicólico (AU) 15mg/kg sem melhora bioquímica após quatro semanas. Na vigência de falha terapêutica ao AU e por se tratar de entidade nova com características progressivas, iniciamos combinação com prednisona em baixa dose (20mg/d) na tentativa de interromper a agressão contínua à via biliar. A paciente segue estável ainda com prurido importante, mas flutuação da colúria e acolia fecal. Dependendo da resposta dinâmica à terapêutica a(s) dose(s) serão escalonadas.

**DISCUSSÃO:** A infecção pelo coronavírus 2019 (COVID-19) resulta em frequentes alterações agudas da bioquímica hepática. Elevações das aminotransferase são as mais comuns, graves e associadas a piores desfechos clínicos. Em colangiócitos, a expressão da enzima conversora de angiotensina-2 (receptora para o vírus SARS-CoV-2) favorece injúria à via biliar que pode cursar com colangiopatia progressiva e morbidade no longo prazo. Doenças secundárias de via biliar carecem de terapêutica específica e pouco respondem à terapia imunomoduladora ou supressora. A fisiopatologia da colangiopatia pós-COVID ainda não é completamente entendida e pode incluir fenômenos isquêmicos e autoimune-like. O acesso às ferramentas diagnósticas específicas (imagem e histologia) é fundamental para seu diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O manejo dessa complicação tardia ainda não é consensual e a preocupação é que leve pacientes ao transplante de fígado. Um melhor entendimento dessa recém-descrita condição e o acompanhamento por equipe multidisciplinar é fundamental para sua prevenção e tratamento.

**CONTATO AUTOR:** NATALIA VARGAS DO NASCIMENTO | nataliavargas.nascimento@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102188 – Infecção por Covid-19 num paciente com Hepatite autoimune

**AUTORES:** Ema Lúcia Moisés Nassone, Regina Victor, Abdul Gany Mussagi, Mussagy Tarmamade, Muhammad Ismail, Michella Loforte, Liana Vasco Mondlane

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 33 anos, negro, com seguimento de 2 anos para cirrose hepática autoimune Child A, sem hipertensão portal, em uso de medicação com azatioprina 100 mg ao dia. Apresentando analiticamente com: AST- 70 U / L, ALT- 64 U / L, Tbil- 14 umol / L, Hgb- 14,1 g / dL, Wbc- 4700 u / l, Linf- 1900 u / l, PLT- 207 000 u / l

Apresenta-se referindo 1 semana com cansaço, perda do paladar e icterícia. Suas 2 filhas testaram positivo para Covid-19.

Com hábitos moderados de álcool. Seu pai falecido e com uma história obscura de doença hepática.

Negativo para HIV, hepatite B e hepatite C. Sem histórico de outras doenças médicas e cirúrgicas, alergias ou tabagismo. Testado para COVID-19 e foi positivo.

Estudos: AST- 1039 U / L, ALT- 848 U / L, Tbil- 75 umol / L, Dbil-48 umol / L, INR-1.4, Hgb- 13,0 g / dL, Wbc- 4000 u / l, Linf- 1600 u / l, PLT- 214 000 u / l.

Azatioprina mantida em 100mg ao dia, iniciada prednisolona 0,5mg / kg / dia, vitaminas C e D e sulfato de zinco com melhora dos sintomas em 2 semanas.

Acompanhamento após 3 meses sem queixas. Analiticamente: AST- 461 U / L, ALT- 467 U / L, Tbil- 29 umol / L, INR-1,2, Hgb- 15,0 g / dL, Wbc- 5600 u / l, Linf- 2300 u / l, PLT- 200.000 u / l.

**DISCUSSÃO:** A infecção por coronavírus 2 (SARS-CoV-2) com síndrome respiratória aguda grave resultante doença por coronavírus (COVID-19) continuam a ter um impacto devastador em todo o mundo. A influência precisa de COVID-19 no fígado permanece obscura.

Nenhum estudo avaliou ainda o curso da doença e os resultados especificamente para pacientes com hepatite autoimune (HAI), uma grande proporção dos quais estará em uso de agentes imunossupressores concomitantes.

As recomendações atuais de especialistas advogam contra a modificação de rotina da terapia imunossupressora em pacientes com hepatite autoimune antes e depois da infecção por SARS-CoV-2; no entanto, há pouca evidência além do consenso de especialistas e coortes muito pequenas para apoiar essas recomendações.

Anormalidades na bioquímica hepática são comuns em pacientes com COVID-19 (15–65%) de indivíduos infectados com SARS-CoV-2.

Podem ocorrer elevações leves (1–2 vezes o limite superior do normal) dos níveis de ALT (29–39%) e AST (38–63%). Lesão hepática grave, elevação do nível de bilirrubina sérica e disfunção de síntese hepática são raras em pacientes infectados com SARS-CoV-2.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Mais estudos são necessários para avaliar o curso da doença e os resultados na hepatite autoimune (HAI)

**CONTATO AUTOR:** EMA LUCIA MOISES NASSONE | emanassone6@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102204 – Hepatite autoimune como diagnóstico diferencial de síndrome colestática. Relato de caso

**AUTORES:** Maria Zuleide Felizola Leão Almeida (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anelisa Sena Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lorena Rocha Dias Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Verônica Grobério Nicoli (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Filipe do Carmo Zanotti (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caiane Santos Rios (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucia Safatli Barbosa (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dayana Peterle Christo (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nayanny Pereira de Sá Lima (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jhankarla Salazar Hinojosa (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Oliveira Brito de Alencar (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Roberto Gomes Da Silva Junior (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Luiza Queiroz Miranda (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Perla Oliveira Shulz Mamone (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andrea Vieira (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 46 anos, apresenta há 1 ano quadro flutuante de icterícia, colúria, acolia fecal, pirose e perda ponderal progressiva. Realizou tomografia de abdome com espessamento de papila duodenal, sem padrão obstrutivo e Colangiopâncreatografia sem alterações. Duodenoscopia evidenciando papila

duodenal com drenagem espontânea de bile clara, discretamente abaulada e com mucosa de aspecto verrucoso em região adjacente ao óstio. Para descartar suspeita neoplásica, foi realizada ECOendoscopia sem alterações e Colangiopancreatografia (CPRE) com colocação de prótese biliar plástica e boa drenagem. Realizada biopsia que mostrou uma duodenite crônica sem evidência de neoplasia. Após seguimento da investigação, pela manutenção do quadro colestático, optou-se por biopsia hepática que evidenciou infiltrado linfomononuclear rico em plasmócitos que se estende à interface e permeia a estrutura biliar, parênquima com necrose confluyente acompanhada por infiltrado plasmocitário. Somada ao FAN reagente 1/80 (pontilhado fino denso e placa metafásica reagente), hipergamaglobulinemia e sorologia para hepatites virais negativas obteve-se o diagnóstico de hepatite autoimune (HAI), mesmo com autoanticorpos negativos. Foi iniciada Azatioprina e Prednisona, atualmente em desmame, além de Sertralina para tratamento do prurido com boa resposta. Paciente evoluiu com remissão clínica e laboratorial em 2 meses, resolução completa da icterícia e se mantém assintomática desde então

**DISCUSSÃO:** A HAI é um distúrbio hepático de apresentação clínica heterogênea e geralmente insidiosa, com achados diagnósticos que incluem positividade de anticorpos, níveis elevados de imunoglobulina G e hepatite de interface na histologia hepática. Pacientes com quadro colestático associado necessitam investigação complementar para excluir causas obstrutivas e para avaliar causas intra-hepáticas sobrepostas como colangite biliar primária e colangite esclerosante primária. A colestase como apresentação primária da HAI é incomum e geralmente dificulta o diagnóstico diferencial já que os próprios escores atribuem pontuação negativa na presença de elevação de canaliculares. O fato da paciente apresentar uma anormalidade anatômica na papila duodenal corroborou ainda mais para esse rastreamento que atrasou seu diagnóstico

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Devido à sua ampla forma de apresentação, o diagnóstico de HAI deve ser considerado durante a investigação diagnóstica de qualquer paciente com níveis aumentados de enzimas hepáticas e quadro colestático intra-hepático

**CONTATO AUTOR:** ANELISA SENA MACHADO | anelisasena@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102220 – Colangiopatia pós-Covid-19 com progressão para doença crônica parenquimatosa do fígado avançada e descompensada: Relato de Caso

**AUTORES:** Raisa Araujo Lisbôa (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Larissa Fernandes da Fonseca (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Thaís Teles Justiniano Miranda (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Ana Clara Barcelos da Silva Souza (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Daniela Mascarenhas Matos Chaib (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Isabela Freitas de Oliveira (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Aloma C. M. Campeche Leao (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Maria Alice Soares (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Jaciane Mota Fontes (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Daniela R. M Gotardo (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 62 anos, com HAS, diabetes-2, obesidade e internamento prolongado devido COVID-19 em Junho/2020. Durante hospitalização, foi necessário hemodiálise, múltiplos antibióticos para tratar germes multirresistentes em hemoculturas, uso drogas vasoativas por choque séptico e desmame difícil da ventilação mecânica, com confecção de traqueostomia e posterior evolução com estenose de traqueia. Após 5 meses da alta, procurou atendimento especializado em hepatologia por síndrome colestática, com enzimas canaliculares aumentadas (FA-2389, GGT-1940, AST-110, ALT-99, BT-6,9). Durante investigação, realizado CPRM com colelitíase, porém sem alterações de colédoco, sem sinais de dilatação intra ou extra-hepática. Submetido a CPRE, com sinais de irregularidades difusas em via biliar intrahepática, com estreitamentos entremeados por árvore biliar intra-hepática normal sugestivas de colangiopatia intra-hepática, sem cálculos. Encaminhado, então, para biópsia hepática, que evidenciou exuberante reação ductular em espaços-porta, com intensa colestase lobular associada. Paciente seguiu em uso de ac. ursodesoxicólico 15mg/kg/dia, mantendo quadro (FA -740, GGT-229, AST-89, ALT-43, BT-13). Após 14 meses da Covid-19, cursou com ascite e piora da função hepática e exames compatíveis com doença crônica parenquimatosa do fígado Child B9/Meld 20, preenchendo critérios para transplante hepático.

**DISCUSSÃO:** A colangiopatia pós covid é uma nova entidade nosológica que tem surgido em pacientes, sem nenhuma doença hepática crônica preexistente, que apresentaram quadros graves relacionados ao COVID-19, que desenvolveram colestase crônica e lesão hepática. Ilustramos o caso de um paciente que após internamento prolongado por Covid-19 evoluiu com aumento importante de enzimas canaliculares, diagnosticado com colangiopatia pós-Covid e evoluindo para doença crônica parenquimatosa do fígado com posterior indicação de transplante hepático. Nossa preocupação é que esta colangiopatia pós-COVID possa levar a lesão hepática progressiva com potencial necessidade de transplante de fígado, como o caso descrito, onde não foram observados outros fatores que justificassem essa evolução, a não ser complicações secundárias a essa infecção que ainda gera tantos questionamentos e dúvidas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico diferencial e acompanhamento em longo prazo de pacientes com colestase e Covid-19 de apresentação grave devem ser feitos, a fim de traçar estratégias para esta condição e tentar minimizar danos.

**CONTATO AUTOR:** LOURIANNE NASCIMENTO CAVALCANTE | lourianne@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102230 – ASSOCIAÇÃO DE HEPATITE AUTOIMUNE E CRISE TIREOTÓXICA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Lucia Safatli Barbosa (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lorena Rocha Dias Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dayana Peterle Christo (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nayanny Pereira de Sá Lima (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Fillipe do Carmo Zanotti (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Verônica Grobério Nicoli (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Zuleide Felizola Leão Almeida (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caiane Santos Rios (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anelisa Sena Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jhankarla Salazar Hinojosa (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Oliveira Brito de Alencar (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Roberto Gomes da Silva Junior (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Luiza Queiroz Miranda (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andrea Vieira (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Perla Oliveira Schulz Mamone (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** V.R.S., 27 anos, feminina, quadro de 20 dias de dor abdominal, vômitos pós-prandiais, icterícia, colúria, diarreia líquida, associado a taquicardia, queda de cabelo, febre de até 38,5°C e perda ponderal de 10kg em 5 meses. Exames admissionais com aumento de aminotransferases, TAP alargado, hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta, e alteração de hormônios tireoideanos (INR 1,55/Bilirrubina total 5,5 mg/dL / BD 4 mg/dL /ALT 1821 U/L / AST 1722 U/L / T4 livre 7,4 mUi/L /TSH 0,01 mUi/L). Sorologias virais e auto-anticorpos hepáticos não reagentes, hipergamaglobulinemia policlonal discreta, anti-receptor de TSH (TRAB) reagente; FAN reagente 1/160 – padrão nuclear pontilhado centrométrico. Definido diagnóstico de crise tireotóxica e iniciado tratamento com corticoterapia venosa (para bloqueio de conversão periférica de T4 em T3) e plasmaférese, com posterior radioiodoterapia. Paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, normalização de enzimas e função hepática, assim como dos hormônios tireoideanos. Após retirada rápida de corticóide, apresentou novos picos febris, sem alterações laboratoriais e rastreio infeccioso negativo, com melhora completa após reintrodução de prednisona. Realizada então biópsia hepática, evidenciando achados sugestivos de HAI. Score diagnóstico de HAI=19 pontos, iniciada então terapia imunossupressora com azatioprina e prednisona.

**DISCUSSÃO:** O fígado realiza papel essencial na fisiologia de ativação e inativação, transporte e metabolismo de hormônios tireoideanos, estes que afetam a atividade dos hepatócitos e do metabolismo hepático. Testes de função hepática podem ser alterados nos casos de hipertireoidismo pelo estresse oxidativo, colestase ou atividade exacerbada de osteoblastos. Achados histológicos são inespecíficos, podendo apresentar colestase intra-hepática, esteatose e discreto infiltrado inflamatório polimorfonuclear e/ou linfocítico. A HAI tem etiologia pouco definida, predominantemente em indivíduos do sexo feminino, presença de autoanticorpos e pode estar associada a outras doenças autoimunes, entre elas o hipertireoidismo. Os achados histológicos característicos são: infiltrado linfoplasmocitário, hepatite de interface e rosetas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico diferencial da hepatopatia associada à crise tireotóxica e da HAI pode ser difícil, sendo necessária adequada avaliação laboratorial e histológica.

**CONTATO AUTOR:** LUCIA SAFATLI BARBOSA | barbosaluu@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102231 – Síndrome de sobreposição de Colangite Esclerosante Primária (CEP) e Hepatite Autoimune (HAI) associada a Retocolite Ulcerativa: Relato de caso.

**AUTORES:** Gabriela De Souza Bueno (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Anna Gabryela Medeiros Afonso De Carvalho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Sandro Da Costa Ferreira (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Felipe Nelson Mendonça (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Janedson Baima Bezerra Filho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marília Adriano Mekdessi (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Renan Nunes Da Cruz (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Isabela De Souza Mateus (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Mariana Magalhães Alves (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresenta-se caso de paciente do sexo masculino de 33 anos, com diarreia aquosa há 3 anos, associada a prurido cutâneo e alteração de enzimas canaliculares. A colangiorressonância mostrou irregularidade de contornos das vias biliares intra-hepáticas, sugestivas de Colangite Esclerosante Primária (CEP). A colonoscopia evidenciou mucosa com erosões e edema, acometendo todo o cólon e reto, com preservação do íleo terminal, compatíveis com retocolite ulcerativa (RCU). Iniciado tratamento com Mesalazina e Ácido Ursodesoxicólico. Dois meses após, paciente foi internado com quadro de hepatite aguda grave. Apresentava elevação de aminotransferases, gamaglobulina e auto-anticorpos circulantes, preenchendo critérios definitivos para Hepatite autoimune (HAI). A biópsia hepática evidenciou hepatite de interface e lesão ductal. Iniciado tratamento com corticosteróides e azatioprina, evoluindo com melhora do quadro hepático. Após redução da dose do corticosteróide, apresentou recaída da RCU, sendo optado pelo Vedolizumabe, com melhora clínica do quadro intestinal.

**DISCUSSÃO:** As doenças inflamatórias intestinais (DII) são associadas a vários distúrbios hepatobiliares, que podem ocorrer em qualquer momento ao longo do curso da doença intestinal e podem estar associados tanto à Doença de Crohn (DC) quanto à RCU. A doença hepática metabólica é a condição hepática mais comumente associada às DIIs, mas a CEP é a mais específica e é considerada como o arquétipo da manifestação hepatobiliar da RCU. Em alguns casos, os pacientes podem apresentar características em conjunto da HAI e CEP, são as chamadas síndromes de sobreposição. Existem aspectos peculiares a cada sobreposição e o tratamento vai depender do predomínio de colestase ou inflamação. Sendo assim, a Síndrome de sobreposição de HAI/CEP é uma condição incomum, caracterizada por alterações bioquímicas e histológicas da HAI concomitante com estenose de vias biliares verificadas na colangiorressonância, típicas da CEP, na qual a maioria dos pacientes relatados na literatura sofre de doença inflamatória intestinal, com predomínio de acometimento do sexo masculino.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A síndrome de sobreposição HAI/CEP representa um desafio diagnóstico, devendo ser suspeitada em pacientes com DII que apresentam alteração de enzimas hepáticas com padrão hepatocelular e colestático, além de alterações colangiográficas características de CEP.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA DE SOUZA BUENO | gabrielabueno92@hotmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 102265 – Ascite e hidrotórax quiloso como descompensação da cirrose hepática: relato de caso

**AUTORES:** Vanessa Madrid Vivo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Daniela Silva Galo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Livia Jayme Paulucci (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Isabelle Faleiros Fernandes (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Lara Veiga Freire (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Natalia Engler Ravasio (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Roniki Clean Sa Florencio (Hospital de base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Edla Polsinelli Bedin Mascarin Vale (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Rayssa Barbieri Pascoal (Hospital de Base - Bedin Mascarin do - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem de 48 anos, negro, etilista ( $\pm 85$  g/dia), há 20 anos, com diagnóstico de doença hepática alcoólica há 4 anos. Admitido com queixa de dispneia aos mínimos esforços e distensão abdominal progressiva. Regular estado geral e taquipneico. Ausculta pulmonar diminuída à esquerda. Abdômen distendido, macicez nos flancos e indolor. Classificação Child-Pugh - C10 e MELD 21. Realizado radiografia do tórax com extenso derrame pleural esquerdo confirmado pela tomografia de tórax. Paracentese com retirada de 7 litros de líquido ascítico, quiloso, cuja avaliação bioquímica revelou uma ascite quilosa (triglicerídeos: 594). Devido desconforto respiratório progressivo e aumento de aporte de oxigênio, foi optado por inserção de dreno torácico pigtail com drenagem com drenagem imediata de 1 litro de líquido pleural, quiloso e espesso, cuja avaliação revelou ser um quilotórax (triglicerídeos 517). Paciente evoluiu com lesão renal aguda respondedor ao protocolo de albumina no cirrótico. Descartado causas de malignidade em exames complementares e linfocintilografia com ausência de extravasamento do líquido linfático. Paciente realizou uma dieta rica em proteínas e pobre em gorduras, hipossódica com triglicerídeos de cadeia média. Realizado controle de triglicérides na ascite com diminuição para 88. Ao 10º dia de internação foi retirado o dreno torácico e devido evolução favorável do ponto de vista renal, iniciou otimização de diuréticos via oral como furosemida e espironolactona, sem progressão do derrame e da ascite, recebendo alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** Relatamos aqui um caso de paciente jovem com diagnóstico de cirrose hepática por álcool descompensado em ascite e hidrotórax quilosos, caracterizados pelo aumento expressivo de triglicérides nos líquidos. As principais causas subdividem-se em traumáticas e não traumáticas, dentro destas, as neoplásicas e mais raramente a cirrose hepática. A incidência da ascite quilosa é de aproximadamente 1 em 20.000 admissões e mortalidade de 40–70% dos casos. No caso relatado, afastado outras causas, iniciado dieta e diuréticoterapia com melhora importante do quadro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso relatado de paciente cirrótico por álcool ressalta a importância da análise do líquido ascítico como também do derrame pleural em todos os pacientes cirróticos, reforçando a investigação diagnóstica pormenorizada e precisa como a realização de terapêutica precocemente para o controle dos sintomas clínicos e reversão do quadro.

**CONTATO AUTOR:** VANESSA MADRID VIVO | [vanessamvivo@gmail.com](mailto:vanessamvivo@gmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 102268 – Relato de caso: primeiro episódio convulsivo em paciente com fibrose hepática congênita.

**AUTORES:** Henrique Rolim Severo (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mariana Crespo Pires (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Jeronimo de Conto Oliveira (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Jorge Alberto John (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Comunello Schacher (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ennio Paulo Calearo da Costa Rocha (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Guilherme Becker Sander (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 41 anos, chega ao departamento de emergência com crise tônico-clônica generalizada. Em exame de imagem não contrastado observou-se imagem hipoatenuante sugestiva de Aneurismas Intracranianos do SNC (AISNC). Relatado por familiares Doença Renal Policística Autosômica Dominante (DRPAD) e Fibrose Hepática Congênita (FHC), com diagnóstico desde a infância, corroborando a necessidade de realizar angiotomografia do SNC a qual demonstrou aneurisma sacular na artéria comunicante anterior com 1,2 cm em todas as suas orientações e colo de 0,3 cm, além de aneurisma em artéria cerebral média esquerda em topografia mais cortical com 0,3 cm em todas as suas orientações. Indicado intervenção dos aneurismas por equipe neurocirúrgica, entretanto paciente com 21.000 plaquetas na chegada devido a esplenomegalia e hepatopatia crônica. Considerando riscos, optou-se por embolização esplênica parcial, com aumento para 80.000 plaquetas, permitindo apenas neurointervenção por angiografia em um primeiro momento.

**DISCUSSÃO:** Conforme Ali Schorbagi et al. (2010) a fibrose hepática congênita (FHC) compreende apresentação de doenças relacionadas a alterações na proliferação de ductos biliares e variados graus de fibrose periportal. Pode estar associada a outras doenças fibropolicísticas como a DRPAD, a qual se apresenta com alterações anatômicas renais, valvulopatias e aneurismas do sistema nervoso central (SNC). Segundo H.W. Xu et al. (2011) os AISNC apresentam prevalência de 12.4% (IC 95%, 8.95% a 15.82%) principalmente em pacientes com história familiar positiva (RR 1,968; IC 95%, 1,57 a 2,67), portanto este autor e seus colaboradores recomendam o rastreamento de AISNC em pacientes com DRPAD com uso de angiografia por ressonância magnética.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Tratando-se de paciente com histórico de FHC e DRPAD com diagnóstico desde a infância, em face às evidências mais atuais, refletimos a importância em se pesquisar aneurismas intracranianos do SNC nesta população, evitando a abordagem dos mesmos em períodos em que a doença se apresente em estágios mais avançados de sua história natural.

**CONTATO AUTOR:** HENRIQUE ROLIM SEVERO | henriqueeveromed@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102293 – HEPATITE AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Giovanna Marcelia Gregorio (SÃO CAMILO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carla Cristina Schimitd (São Camilo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Adriano Leite Soares (Gastrocir - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** L.C.S.C, sexo feminino, 50 anos, chega ao consultório com o diagnóstico de hepatite autoimune há 2 anos, e fazia uso de azatioprina 150mg/dia sem sintomatologia. Quando foi diagnosticada, seus exames estavam alterados como TGO 31 U/L, TGP 20 U/L e GGT 48 U/L. O padrão morfológico observado é compatível com hepatite autoimune tratada com boa resposta terapêutica (baixo grau de atividade necroinflamatória atual), tem marcadores etiológicos associados com a HAI como os plasmócitos e eosinófilos presentes. Diminuiu gradativamente a dose do medicamento para 50mg/dia e mantém assintomática. Os exames de função hepática estão normais TGO 10U/L, TGP 9U/L e GGT 28U/L.

**DISCUSSÃO:** A hepatite autoimune (HAI), doença crônica de caráter inflamatório, é caracterizada por aumento das aminotransferases, hipergamaglobulinemia e produção de autoanticorpos. Subdivide-se em HAI tipo 1 e 2, a HAI-1 é marcada por fator antinuclear (FAN) e anticorpos antimusculo liso (AAML), já a HAI-2 apresenta anticorpo antimicrosoma fígado-rim (anti-LKM1). A HAI tipo 1 é a forma mais comum da doença e responde bem ao tratamento quando precoce. Acomete todas as faixas etárias, especialmente em pacientes do sexo feminino. Fatores genéticos e imunológicos desempenham um papel importante na susceptibilidade da doença. O tratamento padrão é feito com corticoides isolado ou associado a azatioprina que é eficaz em 80% dos pacientes. No caso em questão, a paciente responde bem à monoterapia com azatioprina. O objetivo da terapia é aliviar os sintomas e estimular a remissão bioquímica e histológica dos pacientes com a menor dose possível de imunossupressão, geralmente em três anos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante deste estudo, é notório a importância do diagnóstico e tratamento precoce, devido às grandes chances de prognóstico favorável, tendo em vista que a minoria dos pacientes necessita de transplante hepático.

**CONTATO AUTOR:** GIOVANNA MARCELIA GREGORIO | [giovannamgregorio@outlook.com](mailto:giovannamgregorio@outlook.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 102310 – Lesão hepática induzida por droga mimetizando hepatite autoimune: relato de caso

**AUTORES:** Maressa Sales Valentim (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Flávia Lage Gonçalves (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Thaís Figueiredo Araújo (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Victor Gaudêncio Santos Caminhas (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Elisa Botelho Calili (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Ana Flávia Passos Ramos (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 36 anos, com história prévia de pre-eclâmpsia e tratamento com metildopa. Após 2 meses do parto apresentou náuseas, dor em hipocôndrio direito e icterícia. Procurou pronto atendimento e exames laboratoriais evidenciaram hepatite aguda mista, sendo encaminhada para propedêutica na Santa Casa de Belo Horizonte. Negou uso de outros medicamentos, chás ou fitoterápicos. Optado por suspensão da droga. Sorologias virais e pesquisa de doenças metabólicas, todas negativas. Apresentou alteração FAN (1:160) padrão misto e pANCA (1:80). Ultrassonografia de abdome com fígado sem alterações, vesícula biliar sem cálculos e sem dilatação de vias biliares. Dopplerfluxometria de vasos hepáticos normal. Apesar da melhora clínica e laboratorial progressiva com suspensão da droga, realizamos biópsia hepática devido as alterações descritas e possibilidade de diagnóstico de hepatite autoimune. Evidenciado necrose em saca-bocados, infiltrado inflamatório mononuclear e formação de rosetas - Classificação de Metavir: A3F0. De acordo com score diagnóstico, apresentava diagnóstico provável (14 pontos) de hepatite autoimune. Não iniciamos tratamento devido evolução com melhora significativa das enzimas hepáticas e icterícia, sendo optado por alta hospitalar e acompanhamento regular. Já na primeira consulta de retorno, apresentou perfil hepático normal. Após 01 ano da admissão hospitalar, mantém laboratório sem alterações e sem recorrência do quadro clínico.

**DISCUSSÃO:** Na lesão hepática induzida por drogas com características de hepatite autoimune, os pacientes podem apresentar sintomas de desconforto abdominal no quadrante superior direito, hiporexia, náuseas e icterícia, com achados laboratoriais de autoimunidade. A biópsia hepática durante a fase aguda da lesão, tipicamente mostra inflamação lobular e portal marcada com hepatite de interface. Dentre as drogas já relacionadas a este quadro, encontra-se a metildopa. O curso típico é para melhora após retirada do agente causador. A presença de características autoimune e a gravidade da lesão muitas vezes leva ao uso de corticosteroides ou supressão imunológica para tratamento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este tipo de lesão hepática é um evento raro, com crescente corpo de evidências científicas e um razoável grau de incerteza. Sendo necessário a descrição e relato deste caso para conhecimento da comunidade científica e qualidade de assistência médica na abordagem dos pacientes.

**CONTATO AUTOR:** MARESSA SALES VALENTIM | ms.valentim29@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102319 – Dor abdominal e ascite de evolução subaguda em paciente jovem e previamente hígida

**AUTORES:** Mariana Crespo Pires (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Henrique Rolim Severo (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Rafael da Veiga Chaves Picon (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Suelen Aparecida Miozzo (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Felipe Mazzoleni (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Luciana Ferrugem Cardoso (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Guilherme Becker Sander (Hospital Ernesto Dornelles - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 16 anos, previamente hígida, chega ao departamento de emergência com dor e aumento do volume abdominal, associados à náuseas e vômitos, com início 10 dias antes da admissão hospitalar. Tomografia computadorizada de abdome com contraste sem sinais de hepatopatia crônica, entretanto com descrição de trombo em território de veia hepática média e ascite. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para afastar alterações secundárias à hipertensão portal, sem achados patológicos. Procedida paracentese, com gradiente albumina soro-ascite (GASA) elevado, corroborando padrão de hipertensão porta do líquido ascítico. Considerando apresentação clínica de quadro de síndrome de Budd-Chiari optou-se anticoagulação. Nas investigações de trombofilias para esclarecimento da etiologia, encontrado mutação no gene da protrombina (heterozigose) . Radiologia intervencionista optou por tratamento conservador. Em seguimento ambulatorial, paciente se apresenta sem ascite e nega dor abdominal.

**DISCUSSÃO:** Aurélie Plessier et al. (2008) descrevem a síndrome de Budd-Chiari como trombose das veias hepáticas, com ou sem envolvimento da veia cava inferior. O grau de oclusão, o tempo de evolução e a presença de circulação colateral predizem a evolução clínica, podendo incluir como manifestações clínicas desde de casos assintomáticos até quadros de insuficiência hepática aguda. Ageno W et. al (2017) descrevem incidência de 3,78 casos por 100.000 habitantes em homens e 1,73 casos por 100.000 habitantes em mulheres, sendo portanto uma patologia pouco comum. Darwish Murad S et al (2009) referem que as etiologias se apresentam desde doenças mieloproliferativas a desordens trombóticas. Este mesmo autor e seus colaboradores recomendam abordagens terapêuticas que incluem anticoagulação, e se necessário tratamentos para diminuir a congestão hepática como shunt porto-sistêmico intra-hepático (TIPS), stents hepáticos e em casos selecionados transplante hepático.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Considerando o caso descrito, torna-se imperativo frente a pacientes jovens com quadro de ascite a investigação de doenças vasculares hepáticas assim como suas etiologias associadas, visando a abordagem precoce para evitar complicações catastróficas associadas à síndrome de Budd-Chiari.

**CONTATO AUTOR:** HENRIQUE ROLIM SEVERO | henriqueeveromed@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102354 – Alterações de hepatograma em paciente com hanseníase: Diagnósticos diferenciais

**AUTORES:** Fernanda Costa Azevedo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimarães Araújo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria da Penha Zago Gomes (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Izabelle Venturini Signorelli (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carréra Moreno (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 38 anos, solteiro, auxiliar de serviços gerais, com quadro de eritema nodoso, neuropatia sensitivo-motora e múltiplas lesões cutâneas infiltrativas, com redução de sensibilidade. Feito diagnóstico de Hanseníase Virchowiana em julho de 2019. Iniciado poliquimioterapia padrão com rifampicina, clofazimina e dapsona. Evoluiu com febre, adinamia, hepatoesplenomegalia associada a icterícia, colúria e aumento de fosfatase alcalina e bilirrubina direta, sem fator obstrutivo de vias biliares. Após investigação, optou-se por suspender o esquema devido suspeita de lesão hepática induzida por droga (DILI). Em seguida, trocado para esquema alternativo (rifampicina, ofloxacino e clofazimina). Após 8 meses do tratamento, apresentou novo aumento de enzimas hepáticas com padrão hepatocelular. Suspeita de hepatite por rifampicina, com melhora parcial após sua suspensão. Reintroduzido esquema com ofloxacina, clofazimina e minociclina. Após dois meses, evoluiu com neurite aguda ulnar e fibular, náuseas, vômitos e adinamia, além de fosfatase alcalina 6 vezes acima do limite superior da normalidade. Ao exame, paciente sem estigmas de hepatopatia crônica, com xerose cutânea e madarose, mãos em garra ulnar, além de espessamento neural ulnar e fibular. Fígado aumentado e doloroso. Hipóteses diagnósticas de reação e hepatite hansênicas e DILI. Submetido a biópsia hepática que evidenciou hepatite granulomatosa não necrosante com eosinófilos de permeio e macrófagos espumosos e pesquisa de BAAR positiva, corroborando diagnóstico de hepatite hansênica.

**DISCUSSÃO:** A hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica multissistêmica causada pelo *Mycobacterium leprae*. O Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase. O fígado é o quarto órgão mais acometido. Os mecanismos de lesão hepática podem ser diretos com lesões granulomatosas e indireto, como quadros reacionais e lesões medicamentosas, além de fibrose e depósito de amilóide. Os sintomas são inespecíficos, como epigastralgia, náuseas e vômitos. Os principais diagnósticos diferenciais de aumento de enzimas hepáticas nesses pacientes são entre DILI e reação hansênica com infiltração hepática.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Hanseníase é endêmica no Brasil. Depois de pele, nervos periféricos e linfonodos, o fígado é órgão mais acometido. Alterações no hepatograma decorrem da própria doença e de medicações. O tratamento adequado da infecção resulta em melhora na hepatite hansênica, enquanto DILI melhora com a suspensão da droga.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COSTA AZEVEDO | fernandacosta@id.uff.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102361 – Colangite esclerosante pós-Covid 19

**AUTORES:** Mônica Fernandes Nogueira (Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Filipe Mateus Costa Teixeira (Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Isabela Macedo Freitas (Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Guilherme Santiago Mendes (Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Cláudio Araujo Lima Ferreira (Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MSP, masculino, 66 anos, hipertenso e diabético, apresentou síndrome respiratória aguda grave por Covid-19 em dezembro de 2020, com necessidade de terapia intensiva, corticoide, antibióticos e ventilação mecânica por 13 dias. Após a alta hospitalar manteve-se muito astênico e, quatro meses depois, apresentou quadro colestativo, com prurido, icterícia e fadiga extrema, sendo reinternado. Laboratorialmente, apresentava hiperbilirrubinemia e aumento de expressivo de transaminases e enzimas canaliculares. Colangiorressonância evidenciou múltiplos pontos de estenose das vias biliares intra-hepáticas, com segmentos dilatados a montante. Pesquisa de autoanticorpos e sorologias para hepatites virais foram negativas. A biópsia evidenciou colestase acentuada, plugs biliares, infiltrado inflamatório nos espaços-porta, com colangite, hipotrofia ductal e extensa reação ductular, bem marcada pela citoqueratina-7. A tentativa de tratamento, inicialmente com corticoide e depois com ácido ursodesoxicólico, foi infrutífera e o paciente faleceu um mês após a reinternação.

**DISCUSSÃO:** Por expressar fortemente a enzima conversora de angiotensina II, o epitélio biliar é potencialmente muito sensível à inflamação causada pelo coronavírus. Os primeiros relatos de caso de colangite esclerosante pós-Covid 19 têm surgido e acredita-se que a destruição ductal que se vê em alguns pacientes que sobrevivem à Covid grave seja fruto de do efeito citopático direto do vírus e da tormenta inflamatória sistêmica gerada por ele.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O conhecimento sobre a “síndrome pós-Covid” está em construção e o relato de casos bem documentados é essencial para consolidar essa nova entidade patológica, que não é apenas a “colangite do doente crítico”, mas a colangite esclerosante pós-Covid 19.

**CONTATO AUTOR:** MONICA FERNANDES NOGUEIRA | [monica.fernandes.nogueira@hotmail.com](mailto:monica.fernandes.nogueira@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 102373 – Colangiopatía associada à infecção por SARS-CoV-2: relato de caso

**AUTORES:** Thaís Viana Tavares Trigo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Teixeira Diniz (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Desireé Medrado Mascarenhas (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Talita Ramos de Alencar Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalyane Cristina Martins Machado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alex Rodrigues Fonseca (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Cristina de Castro Amaral (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Roberto J. Carvalho-Filho (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino de 64 anos, hipertenso e diabético, internado de junho a agosto de 2020 por infecção por COVID-19, evoluindo com insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica e lesão renal aguda. Além disso, evoluiu com pneumonia relacionada à ventilação mecânica e candidemia. Após 17 dias, apresentou alterações de testes hepáticos e a ultrassonografia evidenciou colelitopatia calculosa. Após 65 dias internado, apresentou pancreatite aguda e a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) evidenciou discreta irregularidade e ectasia de alguns segmentos biliares intra-hepáticos. Paciente apresentou melhora clínica, porém manteve elevação de enzimas canaliculares e de aminotransferases. Em fevereiro de 2021, apresentou icterícia, prurido, dor abdominal e febre. Nova CPRM evidenciou múltiplas estenoses e dilatações focais de vias biliares intra-hepáticas, sugestivas de colangite esclerosante. Pesquisa de autoanticorpos foi negativa, imunoglobulinas e colonoscopia normais. Paciente apresentou melhora clínica com antibioticoterapia e colestiramina e recebeu alta com prurido leve.

**DISCUSSÃO:** A colangiopatía pós-COVID-19 é uma entidade recentemente proposta, com poucos casos descritos na literatura. Sua apresentação é semelhante à colangite esclerosante do paciente crítico, ocorrendo em indivíduos clinicamente instáveis, que desenvolvem estenoses e dilatações da árvore biliar intra-hepática, com acúmulo e obstrução por cilindros biliares. Lesões hepáticas agudas são comuns na COVID-19, com apresentação pleomórfica que inclui quadros colestáticos, tipicamente de evolução mais lenta que as lesões hepatocelulares. Estudos de autópsias de pacientes com COVID-19 observaram esteatose macrovesicular, atividade necroinflamatória lobular e portal leve e microtrombos sinusoidais, além da identificação de RNA viral no interior de colangiócitos. Dano da árvore biliar com necrose de colangiócitos é provavelmente multifatorial, com isquemia por microangiopatía trombótica, lesão direta pelo SARS-CoV-2 e injúria imunomediada relacionada à síndrome de liberação de citocinas exercendo papéis relevantes. Tratamento com ácido ursodesoxicólico e procedimentos endoscópicos de drenagem têm sido utilizados, com resposta variável.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O surgimento de colangiopatía após infecção grave por COVID-19 é uma entidade nova, com fisiopatogenia e história natural incertos, sendo necessários mais estudos para sua melhor compreensão.

**CONTATO AUTOR:** THAÍS VIANA TAVARES TRIGO | thaisvtt@gmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 102397 – Doença de Wilson em pacientes com manifestações hepáticas e extra-hepáticas: um relato de caso

**AUTORES:** Nathália Fernandes Rodrigues (UniCeub - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Eduardo Salloum Filho (UniCeub - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ciro Moisés Oliveira Vieira dos Santos (UniCeub - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Liliana Sampaio Costa Mendes (Hospital Sírio Libanês - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Caso 1: V.B.Z., masculino, 27 anos, com queixa de náusea, astenia e perda ponderal há 7 meses. Relata sono irregular, entrecortado e dificuldade para indução de sono. Faz uso de sertralina na dose de 50 mg/dia para tratar depressão. Refere ser etilista social e tabagista. Ao exame físico: presença de tremores finos nas extremidades. Foram realizados exames laboratoriais, chamando-se atenção para TGO e TGP elevadas, hipoceruloplasminemia e elevação do cobre urinário, sem anéis de Kayser Fleischer. Foi diagnosticado com Doença de Wilson, receitando-se D-penicilamina (500 mg) e piridoxina (50 mg).

Caso 2: C.A.P.M.J., masculino, 39 anos. Paciente já diagnosticado com Doença de Wilson e agora procurou hepatologista para dar seguimento ao tratamento, que foi interrompido no último ano. Relata ter sono reparador de 6 horas por noite. Nega tabagismo e etilismo. Quanto ao histórico familiar, o irmão mais novo também possui Doença de Wilson. Em relação aos exames laboratoriais, chama-se atenção para hipoceruloplasminemia, aumento de gama-GT, TGO e TGP. Foi realizada ultrassonografia abdominal, evidenciando sinais de hepatopatia crônica (nódulos hepáticos hipocogênicos) e esplenomegalia. A conduta do caso foi continuar com a D-penicilamina (500 mg) e suplementação de piridoxina (50 mg). Além disso, solicitou-se os exames laboratoriais: cobre urinário, ferro sérico, elastografia e ressonância magnética abdominal com contraste.

**DISCUSSÃO:** A doença de Wilson (DW) consiste no defeito do transporte do cobre por meio de alterações da ATPase de transporte do cobre de retículo endoplasmático principalmente de hepatócitos, o que dificulta sua excreção na bile. Este cobre em excesso no organismo é o responsável pela maioria das manifestações hepáticas e extra-hepáticas, como distúrbios psiquiátricos, neurológicos e do sono, observados no caso 1. Há acometimento progressivo do fígado, com conseqüente aumento das transaminases, que pode evoluir até mesmo em falha aguda do fígado, como pode ser observado no caso 2. Ademais, ocorre uma maior incidência de anéis de Kayser-Fleisher nestes pacientes na região perilímbica na córnea, sendo este o achado oftalmológico mais comum.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de ser uma doença rara, é de extrema importância fazer o diagnóstico correto e rápido da Doença de Wilson, uma vez que essa é uma condição médica bastante subdiagnosticada e que sua falha diagnóstica resulta em um grande número de mortes.

**CONTATO AUTOR:** NATHALIA FERNANDES RODRIGUES | [nathaliafernandesr@hotmail.com](mailto:nathaliafernandesr@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Fígado

### 102407 – Angiomiolipoma hepático: tumor benigno raro se apresentando como abdome agudo hemorrágico

**AUTORES:** Amanda Carrera De Moreno (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimarães Araújo (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernanda Costa Azevedo (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Carolina Mattos Pimentel Oliveira (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria Penha Zago-Gomes (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Rebeca Silva Moreira Fraga (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofego Gonçalves (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Layni Storch (HUCAM-UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 36 anos, branca, residente de Vitória-ES, sem comorbidades, primigesta e puérpera, 7 dias após o parto cesariano, iniciou quadro súbito de dor abdominal em hipocôndrio direito, de forte intensidade, associado a fadiga, cansaço e edema progressivo de membros inferiores. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, hipocorada e desidratada. Exame cardiovascular evidenciava taquicardia e hipotensão. Abdome pós cirúrgico globoso e tenso, doloroso a palpação difusa com sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste no pronto-atendimento, demonstrando presença de grande quantidade de líquido livre em cavidade peritoneal, principalmente em região peri-hepática. Notava-se ainda área hipodensa heterogênea em fígado, com algumas hiperdensidades de permeio, sugerindo hematoma acometendo segmento IV, V e VIII, de tamanho aproximado de 12x9x10cm<sup>3</sup>. A paciente foi submetida inicialmente a laparotomia exploratória, evidenciando sangramento hepático ativo, com impossibilidade de controlar o sangramento. Posteriormente, foi realizado embolização hepática seletiva, com controle do sangramento. A análise da peça cirúrgica identificou o tumor hepático benigno angiomiolipoma.

**DISCUSSÃO:** O angiomiolipoma é um tumor benigno hepático raro, de origem mesenquimal, composto por adipócitos, células musculares lisas e vasos sanguíneos. É mais prevalente em mulheres e possui associação com a Esclerose Tuberosa. A maioria dos pacientes são assintomáticos e são diagnosticados em exames de imagem realizados de rotina. As complicações são raras, e geralmente associadas ao tamanho, pelo risco de ruptura e sangramento, e às características histopatológicas, como o padrão infiltrativo e grau de proliferação celular. A conduta deve ser individualizada devido às diferentes apresentações do tumor, ao risco de malignização e ao risco individual de cada paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Angiomiolipoma é um tipo raro de tumor hepático benigno de origem mesenquimal, mais prevalente em mulheres, e raramente sintomático, geralmente sendo identificado como achado de exames de imagem. Possui baixo risco de complicações como malignização e sangramento, porém é determinante o diagnóstico e conduta frente a situações de urgência, como o abdome agudo hemorrágico secundário a ruptura tumoral.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA CARRERA DE MORENO | amandacarrera@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102414 – Colangite biliar primária AMA negativo: o papel da biópsia hepática

**AUTORES:** Fernanda Costa Azevedo (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimarães Araújo (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carrera Moreno (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Kellen Christine Brites Gonçalves (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Patrícia Lofêgo Gonçalves (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofêgo Gonçalves (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Regina Santana Morelato Bonadiman (hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Rebeca Silva Moreira Fraga (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher 52 anos, assintomática, portadora de hipotireoidismo e anemia perniciosa, encaminhada à Hepatologia em 2015 por aumento de enzimas hepáticas 2 a 3 vezes o limite superior da normalidade, de padrão misto. Uso crônico de levotiroxina e cianocobalamina. Sem uso de álcool, chás ou suplementos. Eutrófica, sem estigmas de hepatopatia crônica. Sorologias de hepatites virais negativas. FAN 1/1080 padrão nuclear centromérico, anti músculo liso e anti mitocôndria não reativos. Perfil de ferro, ceruloplasmina e alfa-1-antitripsina dentro dos valores de referência. Colangiorressonância sem alterações. Ausência de varizes de esôfago. Em 2017, foi calculado escore de hepatite autoimune, somando 10 pontos. Biópsia hepática com inflamação portal discreta com mononucleares, sem plasmócitos ou rosetas hepatocitárias. Prova terapêutica com prednisona sem resposta, excluindo hipótese de hepatite autoimune. Em 2019 evoluiu com osteoporose, dislipidemia e piora importante de fosfatase alcalina (>1000 U/l). Optado por nova investigação com antimitocôndria e ANA específico para CBP (gp 210 e sp 100) negativos. Nova biópsia hepática evidenciou discreta proliferação ductular, microgranulomas periductais, inflamação interlobular às custas de linfócitos, plasmócitos e eosinófilos e fibrose moderada, compatível com Colangite biliar primária não cirrótica.

**DISCUSSÃO:** A colangite biliar primária (CBP) é uma colestase autoimune crônica e progressiva, com predomínio em mulheres na 5ª e 6ª décadas de vida. É relacionada ao anticorpo anti-mitocôndria em 90-95% dos casos. Varia de formas assintomáticas até cirrose hepática descompensada. Pode cursar com fadiga, prurido, hipercolesterolemia, xantelasmas, osteoporose ou doenças autoimunes associadas. É uma doença relativamente rara (prevalência 2,7 a cada 100.000 hab). O diagnóstico de CBP é dado em pacientes com aumento crônico da fosfatase alcalina (>1,5 x LSN) associado a antimitocôndria ou ANA específico (gp 210 e sp 100) reativos e/ou histologia hepática compatível com colangite crônica não supurativa. O diagnóstico precoce permite tratamento adequado com ácido ursodesoxicólico e impede progressão para fibrose e cirrose hepática.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** 9 em cada 10 pacientes com CBP não necessitam de biópsia hepática para seu diagnóstico. Contudo, pacientes com antimitocôndria negativo, podem ter seu diagnóstico firmado pela histologia. Além disso, a biópsia hepática auxilia na avaliação de diagnósticos diferenciais e doenças sobrepostas.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COSTA AZEVEDO | fernandacosta@id.uff.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 102445 – Lipodistrofia Total Generalizada (Síndrome de Berardinelli-Seip): acometimento hepático

**AUTORES:** Ketlin Batista de Moraes Mendes (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Cristhenise Ragnini Silva (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - Manaus - Amazonas - Brasil), Bárbara Silvestre Vicentim (HOSPITAL SANTA MARCELINA - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Hannihe Lissa Bergamim (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - Cacoal - Rondônia - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Wanderson Assuncao Loma (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Ana Beatriz da Cruz Lopo de Figueiredo (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A lipodistrofia total generalizada representa uma doença hereditária rara (1:10.000.000) caracterizada por escassez importante do tecido adiposo corporal associada a alterações metabólicas. Em virtude da gravidade e evolução desta patologia, é imprescindível que o paciente realize acompanhamento endocrinológico e nutricional, com o objetivo de tratar os diferentes problemas que surgem a evolução da doença. Mulher, 29 anos, admitida com quadro de astenia, palidez cutânea, dispneia aos mínimos esforços, ascite, edema simétrico de membros inferiores, associado com hipertensão arterial. Ao exame físico: peso de 46kg, altura 159cm, com índice de massa corpórea de 18,2kg/m<sup>2</sup>, fâcie acromegálica, atrofia de tecido subcutâneo e mamário, acantose nigricans axilar e hirsutismo.

Notou-se, ainda, a presença de hepatomegalia e piparote positivo. Como diagnóstico prévio, apresentava lipodistrofia congênita generalizada desde os 4 anos de idade sem acompanhamento, com história de baixa estatura e baixo peso, além de hipertrofia muscular. Aos 22 anos, foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2, em uso irregular de metformina e glibenclamida.

Os exames laboratoriais demonstraram: creatinina 1,4mg/dl; ureia 42mg/dl; TGO:128UI/L; TGP 268UI/L; gamaGT 765 UI/l; fosfatase alcalina 124 UI/l; hemoglobina 6,4g/dl; hematócrito 19,1%; triglicérides 263mg/dl, colesterol total 230mg/dl; colesterol LDL: 85mg/dl; HDL:55mg/dl; glicemia de jejum 265mg/dl, proteinúria:1846mg/24h e albumina:1,7g/dL; Ferritina:1428ng/ml; Ferro sérico:71ug/ml. Ao ultrassom, ambos rins com dimensões e parênquima preservados, hepatomegalia e ascite moderada. Fundoscopia evidenciando retina panfotocoagulada bilateralmente.

**DISCUSSÃO:** Durante a internação evoluiu com difícil controle glicêmico, fratura patológica do pilão tibial e hiponatremia grave(sódio sérico de 104mEq/L). Como abordagem terapêutica foram instituídas medidas dietéticas, pioglitazona que posteriormente foi suspensa devido a hiponatremia e iniciada a insulinoterapia, além de anti-hipertensivos e estatina. Apresentou, ainda, aumento progressivo da proteinúria, chegando a 2646mg/24h.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Objetiva-se com o presente relato, alertar sobre as complicações irreversíveis do quadro, como o envolvimento hepático, renal, retinopatia, fraturas patológicas, além do alto risco cardiovascular apresentado, que se corretamente diagnosticados e tratados permitem a redução da morbidade e mortalidade.

**CONTATO AUTOR:** KETLIN BATISTA DE MORAIS MENDES | ketlinb.m94@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102451 – O desafio das infecções no paciente cirrótico

**AUTORES:** Caio Guimarães Araújo (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernanda Costa Azevedo (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carréra Moreno (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofego Gonçalves (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Regina Santana Bonadiman (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Carolina Mattos Pimentel Oliveira (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Pedro Pereira Bissoli (EMESCAM - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Rebeca Silva Moreira da Fraga (HUCAM UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 55 anos, masculino, cirrótico de etiologia alcoólica, Child B8 MELD 20. Descompensado previamente em hemorragia digestiva alta varicosa (HDAv) e ascite não complicada. História de queda recente da própria altura, com fratura de três arcos costais.

Internou por piora aguda da função renal após introdução de diuréticos para tratamento de ascite. Evoluiu com tromboflebite séptica por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina, submetido à trombectomia e iniciada daptomicina.

Em vigência de antibioticoterapia, manteve culturas positivas e apresentou dor, edema e eritema em topografia de arcos costais, com sinais de osteomielite aguda em imagem, sendo necessário prolongar o tratamento com daptomicina.

Evoluiu com febre e sintomas urinários, com diagnóstico de pielonefrite associada a ureterolitíase. Realizada passagem de cateter duplo J e iniciado meropenem.

Durante o tratamento, evoluiu com piora da ascite e aumento progressivo da celularidade, com predomínio mononuclear. Cultura positiva para *Paecilomyces variotii*. Iniciada Anfotericina B para tratamento de peritonite fúngica.

Evoluiu com queda progressiva da performance status e disfunções orgânicas, culminando em óbito.

**DISCUSSÃO:** Infecções no paciente cirrótico têm grande impacto na saúde, com internações duas vezes mais prolongadas e mortalidade hospitalar superior a 50%.

Fatores inerentes e externos associados à cirrose levam a maior susceptibilidade e progressão das infecções nestes pacientes.

15% dos cirróticos internados desenvolvem infecções nosocomiais. O aumento progressivo das infecções na cirrose requer desenvolvimento de estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento das mesmas.

As infecções mais prevalentes no cirrótico são a peritonite bacteriana espontânea (PBE) e infecção do trato urinário (ITU). Infecções fúngicas ocorrem em 10-13% dos pacientes. As outras infecções ocorrem na mesma proporção entre os pacientes cirróticos e não cirróticos.

Em pacientes não elegíveis a transplante hepático, devemos considerar instituição de cuidados paliativos, promovendo maior qualidade de vida ao paciente.

A profilaxia de PBE e atualização do cartão vacinal são estratégias de prevenção de infecção. Quanto mais compensada a doença hepática, melhor a resposta imune à vacinação.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A infecção é um marcador de mau prognóstico na cirrose hepática, sendo importante desenvolver estratégias eficazes de rastreio e tratamento.

**CONTATO AUTOR:** CAIO GUIMARAES ARAUJO | caioguimaraes.cmb@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102479 – Colangite pós Covid-19: relato de caso.

**AUTORES:** Nayla Nayara de Souza (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), Carolina Cortezzi Ribeiro do Nascimento (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), Fernanda da Silva Miliorini (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), João Paulo Fais (Universidade Estadual de Maringá - Maringá - Paraná - Brasil), Fabio Boarini de Souza (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), Josimar Barbosa Silva (Hospital Municipal de Maringá - Maringá - Paraná - Brasil), Tiago Marques Guerini (Hospital Municipal de Maringá - Maringá - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** T.H.R, 32 anos, masculino, previamente hígido, internado por 54 dias devido a COVID-19. Esteve em UTI por 30 dias, sendo 12 dias em ventilação mecânica. Após melhora, transferido para enfermaria, onde evoluiu com icterícia, colúria e dor em membros, associado a alteração laboratorial, atingindo níveis de GGT:2563, FA:959, TGO:259, TGP:545. Iniciado ácido ursodesoxicólico 300mg 3x/d. Após início do tratamento teve melhora laboratorial e clínica. Na alta, apresentava TGO:79 TGP:169 FA:429 GGT:1106. Em exames após 7 dias da alta, apresentou melhora TGO:49 TGP:145 FA:435 GGT:827. Em RM de abdome não era evidenciável dilatação de vias biliares extra-hepáticas, mas observou-se áreas de ectasia da via biliar intra hepática, com estenose e irregularidades proximais (padrão de colangite esclerosante). Com imagens císticas e realce periférico, esparsas, condizentes com microabscessos biliares em formação, por obstruções proximais da árvore biliar; além de realce parietal de vias biliares intra e extrahepáticas, típico de colangite aguda. Em biópsia hepática, evidenciada hepatopatia colestática subaguda com inflamação portal leve, discreta reação ductular e leve bilirrubinostase parenquimatosa intra-hepatocitária.

**DISCUSSÃO:** Colangite esclerosante secundária em pacientes críticos é uma doença hepática colestática que ocorre em pacientes sem história prévia hepatobiliar, após receberem tratamento em UTI. Secundária a: cirurgia cardiotorácica, infecção, trauma e queimaduras. Foi recentemente associada a infecção por Covid-19. A expressão da ECA-2 pelos colangiócitos, receptor do SARS-CoV-2, causa dano epitelial direto pelo vírus e a doença hepática crônica. A fisiopatogenia cursa com isquemia do ducto biliar e alterações na composição da bile. Resultando em necrose de colangiócitos e formação de cilindros biliares obstrutivos, causando colangite. Distinta de outras doenças hepatobiliares em pacientes críticos pela colestase persistente, apesar da recuperação clínica de lesões em outros órgãos. Reflete o dano celular irreversível e prognóstico ruim, com risco de rápida deterioração para cirrose biliar. Diagnosticada por colangio-RM/CPRE, mostrando dilatações e estenoses das vias biliares intra-hepáticas. Nenhum tratamento demonstrou retardar a rápida progressão da doença

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de nenhum tratamento ter sido consolidado, neste caso o paciente se beneficiou do tratamento medicamentoso, evitando progressão da doença e necessidade de transplante.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINA CORTEZZI RIBEIRO DO NASCIMENTO | carolinacrn@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 102485 – Peritonite bacteriana Espontânea por Salmonella não tifóide em cirrótico com CHC e glomerulopatia por hepatite C

**AUTORES:** Fernanda Costa Azevedo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimarães Araújo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofêgo Gonçalves (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Regina Santana Morelato Bonadiman (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Carolina Mattos Pimentel Oliveira (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carrera Moreno (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Layni Storch (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes- UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 54 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica e hepatite C virgem de tratamento, já descompensado com ascite não complicada. Apresentou quadro de síndrome edemigênica, hematúria dismórfica e proteinúria subnefrótica. Submetido a biópsia renal com diagnóstico de glomerulonefrite membranoproliferativa associada a vírus C. Indicado tratamento de hepatite C, porém abandonou acompanhamento médico. Após um ano, compareceu à consulta médica com aumento de alfafetoproteína e ressonância magnética com nódulos hepáticos compatíveis com CHC, dentro dos critérios de Milão, sendo listado para transplante hepático. Evoluiu com piora da ascite e dor abdominal. Análise de líquido ascítico com mais que 250/mm<sup>3</sup> polimorfonucleares e GASA maior que 1.1. Feito diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea e iniciado tratamento com ceftriaxona. Paracentese de controle após 48 horas de tratamento sem queda expressiva na contagem dos polimorfonucleares. Escalonada antibioticoterapia para piperacilina e tazobactam, também sem melhora. Cultura de líquido ascítico veio positiva para Salmonella não tifóide, com hemo e coproculturas negativas. Feito tratamento com ceftriaxona durante 14 dias com melhora clínica e da contagem de neutrófilos no líquido ascítico.

**DISCUSSÃO:** A peritonite bacteriana espontânea é a infecção mais frequente em pacientes com cirrose. Associa-se a risco de síndrome hepatorenal(SHR) e falência hepática crônica agudizada (ACLF).

O diagnóstico é feito pela análise do líquido ascítico com contagem de polimorfonucleares superior a 250 células/mm<sup>3</sup> associado a cultura de líquido ascítico positiva. O tratamento consiste em antibioticoterapia e profilaxia de SHR com expansão com albumina.

Na literatura, encontramos 10 relatos/séries de casos em pacientes cirróticos com PBE por Salmonella não tifóide, sendo relacionada a condições imunossupressoras como infecção pelo HIV, neoplasias e tuberculose. Apenas dois casos tinham colite por Salmonella associada. Trata-se de infecção com mortalidade aumentada e requer tratamento com antibiótico prolongado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A PBE é a principal infecção nos pacientes cirróticos. E. coli e cocos gram positivos são as bactérias mais isoladas em culturas. A paracentese após 48 horas de tratamento antibiótico indica ausência de resposta caso a queda de polimorfonucleares seja menor que 25%. Peritonite por Salmonella deve ser suspeitada em pacientes cirróticos com alguma imunossupressão subjacente.

**CONTATO AUTOR:** FERNANDA COSTA AZEVEDO | fernandacosta@id.uff.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104245 – Colestase persistente após Covid-19 grave: relato de dois casos.

**AUTORES:** Gabriela De Souza Bueno (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Márcia Guimarães Villanova (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Anna Gabryela Medeiros Afonso De Carvalho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marília Adriano Mekdessi (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Felipe Nelson Mendonça (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Mariana Magalhães Alves (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Janedson Baima Bezerra Filho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Isabela De Souza Mateus (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Renan Nunes Da Cruz (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de dois pacientes do sexo masculino, de 46 e 52 anos, com internação prolongada por COVID-19 grave, sem história de hepatopatia prévia. Um deles apresentava alteração importante de transaminases à admissão e o outro com enzimas hepáticas normais à admissão. As internações tiveram duração de 71 e 73 dias, com passagem por unidade de terapia intensiva, necessidade de ventilação mecânica, uso de droga vasoativa, infecções secundárias e lesão renal aguda com necessidade de hemodiálise. Um dos pacientes apresentou episódio de parada cardiorrespiratória revertida. Ambos evoluíram com alteração persistente de enzimas canaliculares, com aumento de bilirrubina e predomínio da fração direta, mesmo após recuperação do quadro pulmonar e renal. As Colangioprocedimentos excluíram dilatação de vias biliares. As biópsias hepáticas evidenciaram agressão ductal, uma delas com ductopenia e outra com fibrose concêntrica periductal e formação de microcálculos. Um paciente evoluiu para óbito por causa desconhecida e o segundo persiste com alterações das enzimas canaliculares até a presente data, tendo evoluído com cirrose hepática.

**DISCUSSÃO:** Estudos recentes demonstram aumento da expressão de receptores da enzima conversora da angiotensina-2 (ECA-2) nos colangiócitos, um ligante do coronavírus. As alterações na bioquímica hepática observadas em pacientes com COVID-19 são multifatoriais, com contribuição da resposta inflamatória imunomediada, da hepatotoxicidade por drogas, da isquemia ou congestão hepática e da lesão direta de canálculos biliares pelo tropismo viral.

Não se sabe se há reservatório de multiplicação viral nos colangiócitos pela sua maior expressão de ECA-2, porém, em vários estudos foram mostradas a presença de partículas virais no tecido hepático. Acredita-se que a colangiopatia pós-COVID seja uma associação da colangite esclerosante secundária do paciente crítico e da lesão hepática direta causada pelo próprio vírus. Essa alteração cursa com colestase persistente mesmo após cessar os fatores agressores como drogas e o processo inflamatório agudo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os casos de colestase persistente pós COVID-19 podem representar uma nova entidade nosológica. Essa é uma complicação com alta morbidade por lesão hepática progressiva com potencial evolução para cirrose biliar e necessidade de transplante de fígado. A fisiopatologia ainda não é completamente compreendida e requer mais estudos.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA DE SOUZA BUENO | gabrielabueno92@hotmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 1104286 – LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA PELA AZATIOPRINA EM PACIENTE PORTADOR DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** MATHEUS ANDRADE AMARAL (CESMAC - MACEIÓ - Alagoas - Brasil), LEILA MARIA SOARES TOJAL BARROS LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALBERTO ANTUNES - MACEIÓ - Alagoas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.N.V.T.P, sexo masculino, 24 anos, portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), com terapia inicial com prednisolona. No curso da doença apresentou derrame pleural, sendo introduzida em associação a azatioprina. Após 7 dias o paciente desenvolveu quadro de icterícia e ascite, com elevação de aminotransferases 4x o valor de normalidade (VN), GGT 60x VN, FA 4x VN e bilirrubinas 10x VN. Devido ao quadro sugestivo de hepatotoxicidade, foi realizada suspensão da azatioprina. Como o paciente mantinha níveis elevados de aminotransferases prosseguimos a investigação para doença viral, autoimune e metabólica, com todos os marcadores não reagentes, exceto FAN reagente titulação 1/320. Para exclusão de associação com patologias biliares foi realizada Colangiograma que evidenciou vesícula biliar hipodistendida e colecistopatia calculosa crônica. Para definição diagnóstica foi realizada biópsia hepática que concluiu hepatite aguda colestática leve a moderada com sugestão de lesão tóxico-medicamentosa. O paciente se manteve assintomático, porém sempre com elevação das aminotransferases e GGT, que persistiu por 1 ano e 8 meses até a normalização completa das enzimas hepáticas.

**DISCUSSÃO:** A lesão hepática induzida por drogas (DILI) pode se manifestar como uma apresentação clínica variando da forma assintomática à quadros de icterícia, hepatite aguda grave e insuficiência de múltiplos órgãos. Embora a biópsia do fígado nem sempre ajude com o diagnóstico diferencial, ainda deve ser realizado em pacientes elegíveis para fins diagnósticos ou diferenciais. Aza, um pró-fármaco da 6-mercaptopurina (6-MP), foi introduzido como agente imunossupressor, inicialmente para a prevenção da rejeição do transplante e, posteriormente, por suas características poupadoras de corticosteroides, como terapia para doenças autoimunes. Relatos de lesão hepática, às vezes com desfecho fatal, associada ao uso desses medicamentos apareceram logo após sua introdução. Tanto Aza quanto 6-MP estão associados com elevações transitórias nos níveis séricos de enzimas, mas geralmente são leves e autolimitados e podem resolver mesmo sem ajuste de dose.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A hepatotoxicidade ocupa vários mecanismos e fatores que incluem classes, metabolismo e combinação de drogas. No entanto, a lesão hepática não pode ser prevista na maioria dos casos devido ao complicado metabolismo da droga. Logo, deve-se ter em mente que este efeito adverso pode ser manifestado dentro de horas após a primeira dose ou até 2 anos de dose acumulada.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DE ANDRADE AMARAL | matheusandradeamaral@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104298 – Colangite biliar secundária após intervenções de via biliar

**AUTORES:** Caroline Borges de Castro (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Eduarda Steinmetz Kaczen (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Canhete Machado (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Pedro Henrique Caetano Santos da Silva (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Elza Cristina Miranda da Cunha BUeno (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 64 anos, ex-tabagista, apresenta história de múltiplas abordagens cirúrgicas. A primeira, realizada em dezembro de 2018, uma colecistectomia com derivação biliodigestiva devido a quadro de colecistite aguda. Com pós-cirúrgico complicado, teve infecções no sítio cirúrgico no ano seguinte, com necessidade de 3 intervenções de drenagem. Devido a manutenção da elevação de enzimas canaliculares com o surgimento de icterícia houve a necessidade de nova derivação biliodigestiva em junho de 2019. CPRE realizado no mesmo mês apontou estenose da junção hepática com irregularidade de contornos das vias biliares. Exames laboratoriais indicaram níveis 3 vezes maiores que o limite de referência de Fosfatase Alcalina (FA) e 11 vezes maiores que o da Gama GT (GGT). Apesar da suspeita de Colangite Biliar Primária, os marcadores autoimunes resultaram negativos. Devido a continuidade do quadro, biópsia hepática foi solicitada e, em de março de 2020, foi conclusiva para hepatopatia de padrão biliar com pontes fibrosas porta-porta sendo colangite biliar secundária (CBS) a principal hipótese diagnóstica.

**DISCUSSÃO:** Nas investigações etiológicas de hepatopatia em pacientes com sorologias e anticorpos negativos que já tiveram via biliar manipulada tem-se que pensar em CBS, doença que impede a passagem da bile através da inflamação, destruição e obstrução dos ductos biliares. A elevação da FA e do GGT acompanhados de sintomas como prurido, fadiga, desconforto no hipocôndrio direito e icterícia, são suspeitos do diagnóstico, havendo a necessidade de um CPRE e biópsia hepática como confirmativos da colangite. Por não ter cura, seu tratamento busca prolongar a qualidade de vida do paciente de modo a amenizar a lesão hepática com medicamentos como o ácido ursodesoxicólico. Em casos mais graves, o transplante de fígado pode ser indicado e apesar da necessidade de ficar na lista de espera por um fígado compatível, o prognóstico é favorável, havendo cura após o procedimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A CBS pode surgir com o curso de sucessivas cirurgias que manipulem via biliar. Cabe avaliação de história pregressa e diagnóstico diferencial para seguir com tratamento terapêutico.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINE BORGES DE CASTRO | carolmedxxv@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104299 – TUBERCULOSE HEPÁTICA APÓS O USO DE INFLIXIMABE E AZATIOPRINA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Caroline Borges de Castro (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Eduarda Steinmetz Kaczen (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Canhete Machado (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Pedro Henrique Caetano Santos da Silva (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Elza Cristina Miranda da Cunha Bueno (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 18 anos, com diagnóstico de Doença de Crohn (DC) há cerca de 3 anos. Após exames pré-tratamento, incluindo o de tuberculose (TB), iniciado tratamento para DC com Azatioprina, Infliximabe e corticóide. Paciente veio ao atendimento referindo dor abdominal, perda ponderal de 9 kg em 2 meses e fraqueza. Relatava há 2 anos quadro de tosse seca ocasional, com expectoração amarelo hialina, sem febre, sudorese ou dispneia. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, sem sinais de peritonite, mas com dor à palpação abdominal. No hospital, foi solicitada biopsia hepática, que evidenciou hepatite granulomatosa, e pesquisa de BAAR, com resultado positivo. Em função do exame clínico e exames complementares, estabeleceu-se o diagnóstico de Tuberculose Hepática (TBH). Sendo, então, iniciado tratamento com esquema de menor hepatotoxicidade, devido a função hepática já alterada do paciente, foi escolhido tratamento com Etambutol, Levofloxacino e Amicacina, apresentando boa evolução clínica. Paciente recebeu alta com orientação de manter tratamento prescrito por 9 meses e acompanhamento ambulatorial. Atualmente, paciente apresenta melhora do quadro, com ganho ponderal e bom estado geral, em uso de uestequinumabe para DC.

**DISCUSSÃO:** A doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico da mucosa de etiologia ainda desconhecida, que acomete todas as camadas da parede do trato gastrointestinal de forma uni ou multifocal, de intensidade variável e transmural. Possui períodos de atividade e remissão, podendo evoluir para complicações como fístulas, estenose e abscessos. Os sintomas mais descritos da doença são cólica abdominal, diarreia, vômitos, febre e perda de peso. A terapêutica farmacológica com infliximabe e azatioprina são tem elevada eficiência clínica no tratamento da DC. Entretanto, devido a ação imunomoduladora da Azatioprina e imunossupressora do infliximabe, ao neutralizar o fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), o risco de infecções oportunistas, como a TB extrapulmonar, se eleva. A infecção pelo Mycobacterium tuberculosis, normalmente como uma reativação de uma tuberculose latente, é uma importante complicação do uso de agentes anti- TNF  $\alpha$ , sendo essa reativação cerca de 2 a 20 vezes mais comum nos pacientes em uso de biológicos do que na população em geral.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Assim, é necessário o acompanhamento rigoroso dos pacientes em uso de imunomoduladores e da terapia biológica para realizar o diagnóstico e tratamento precoce de infecções oportunistas.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINE BORGES DE CASTRO | carolmedxxv@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104343 – Gastropatia Hipertensiva Portal secundária a COVID-19

**AUTORES:** Felipe Oliveira Carvalho (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Luiza Lacks Diogo (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Lucas Oliveira Carvalho (universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Mauricio Ferreira Carvalho (Endosoni - Santos - São Paulo - Brasil), Elze Maria Gomes OLIVEIRA (Centro Universitário Lusiada UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** DNF, 41 anos, masculino, casado, com antecedente de dislipdemia, resistência insulínica. Teve infecção por COVID-19 em junho de 2020, foi a consulta no dia 09/10/2020 queixando-se de epigastralgia, pirose e regurgitação. Foi realizada uma Endoscopia Digestiva Alta, no dia 21/10/20, que apresentava: esofagite erosiva de terço distal leve (grau A de Los Angeles), pangastrite enantemática e edematosa leve com aspecto sugestivo da gastropatia da hipertensão portal, lesão elevada de aspecto polipóide no fundo gástrico compatível com pólipó yamada classe II, que foi retirado endoscopicamente por polipectomia e bulboduodenite enantemática e edematosa leve, sendo observado ainda aumento da trama vascular do esôfago distal, sem caracterizar a presença de varizes esofágicas. Na ocasião, foi feito a pesquisa sobre as causas de gastropatia hipertensiva, que foram todas negativas e foi prescrito tratamento com rabeprazol 20mg/dia por 12 semanas. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Realizou uma nova endoscopia no dia 23/06/2021 que demonstrava apenas: esofagite de terço distal leve, pangastrite enantemática e edematosa leve e bulboduodenite enantemática, edematosa e erosiva leve.

**DISCUSSÃO:** A gastropatia hipertensiva portal (GHP) é um achado endoscópico comum em pacientes com cirrose hepática e representa uma relevante causa de hemorragia gastrointestinal alta. O mecanismo da GHP ainda é mal compreendido, no entanto, presume-se que a hipertensão portal nesses pacientes provavelmente cause as alterações hemodinâmicas e de mucosa. COVID-19 é uma síndrome respiratória nova e aguda que é causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Mesmo que o acometimento pulmonar seja o mais importante, manifestações extrapulmonares também são bem abundantes. Uma proporção importante dos pacientes que tiveram infecção por COVID-19, graves ou não, apresentaram sintomas ou alterações morfofuncionais a longo prazo, mesmo após o período de infecção. Tendo sido excluído as causas de gastropatia hipertensiva no paciente e levando em consideração o período de regressão das alterações, concluímos que a GHP poderia ter sido uma manifestação tardia da infecção por COVID-19.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso descrito reforça a importância de continuarmos ampliando nossas pesquisas sobre a pós infecção do COVID-19 e demonstra que esta doença pode levar a uma gastropatia hipertensiva portal transitória.

**CONTATO AUTOR:** ELZE OLIVEIRA | [elzeoliveira@terra.com.br](mailto:elzeoliveira@terra.com.br)

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104347 – Importância da biópsia hepática e padronização dos autoanticorpos no diagnóstico de formas atípicas de Colangite Biliar Primária (CBP)

**AUTORES:** Lucas Oliveira Carvalho (Universidade metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Felipe Oliveira Carvalho (Universidade metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Luiza Lacks Diogo (Universidade metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Mauricio Ferreira Carvalho (Endosoni endoscopia - Santos - São Paulo - Brasil), Elze Maria Gomes OLIVEIRA (Centro universitário Lusiada UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** JN, 53 anos, feminina, casada, com antecedente de hipotireoidismo há 10 anos, apresentou em 2015 elevação de enzimas hepáticas (EH): ALT:157(33); AST: 81(32); GGT: 493 (40); FA: 256 (104). Autoanticorpos: FAN, Anticorpo antimitocôndria (AMA) na IFI e fração M2, e LKM1 negativos. Anti-músculo liso (AML) positivo 1/80 sem especificação dos padrões VGT. IgG: 1490 (1600), IgM: 339 (230). Iniciou tratamento na ocasião com prednisolona 30mg/dia prescrito por outro profissional com hipótese diagnóstica de hepatite autoimune (HAI). Evoluiu sem melhora dos níveis das EH, sendo então encaminhada para reavaliação. Repetido a avaliação dos autoanticorpos, mantendo negatividade ao AMA, FAN e LKM1, mostrando reatividade ao AML 1/40 contra vasos, sem reatividade contra glomérulos e túbulos. Anticorpos anti-Sp100 e anti-gp 210 foram negativos. Biópsia hepática mostrou doença hepatobiliar crônica com leve atividade de interface, e com presença de colangite granulomatosa caracterizando CBP estágio 2. Iniciado tratamento com ácido ursodesoxicólico (AUDC) 15 mg/kg dia. A paciente foi reavaliada 1 ano após início do tratamento pelos critérios de Paris II, mostrando resposta ao AUDC, com níveis normais de aminotransferases e bilirrubinas, além da fosfatase alcalina menor que 1,5 vezes o limite superior da normalidade.

**DISCUSSÃO:** A Colangite biliar primária (CBP) é uma doença colestática crônica do fígado que leva a cirrose. O anticorpo antmitocôndria (AMA) apresenta elevada especificidade e sensibilidade para diagnóstico, presente em 90 a 95% dos casos. A biópsia hepática não é necessária para diagnóstico, mas é essencial quando os autoanticorpos específicos para CBP estão ausentes, ou em caso de suspeita de outra etiologia associada como a esteatohepatite não-alccólica ou HAI. A droga de primeira linha no tratamento da CBP é o ácido ursodesoxicólico (AUDC), com melhora em torno de 60% dos casos, e a resposta ao tratamento tem importância na sobrevida destes pacientes

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso demonstra a importância da realização dos autoanticorpos por técnicas padronizadas e do papel da biópsia hepática nos casos com apresentação atípica da CBP com negatividade ao AMA. O diagnóstico precoce e correto desta patologia é importante pelo impacto que o tratamento tem na sobrevida dos pacientes com CBP, especialmente nos pacientes tratados nas fases iniciais da doença.

**CONTATO AUTOR:** ELZE OLIVEIRA | [elzeoliveira@terra.com.br](mailto:elzeoliveira@terra.com.br)

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104369 – ICTERICIA POR DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12

**AUTORES:** HENRIQUE ANTONIO DELZIOVO (Unicamp - Campinas - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Teles Prado (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Karoline Kuhnen Fonseca (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Jandir Santos Silva (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Sarah Sayuri Tiemi Rodrigues (Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Leonardo Lucca Schiavon (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Janaina Luz Narciso-Schiavon (Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem de 66 anos queixa de icterícia, cansaço e inapetência. Nega acolia ou colúria. Etilista de 40g de fermentados há 40 anos, tabagista 40 anos/maço. Nega libação alcoólica. Ao exame físico, apresenta FR 18 mrpm; Tax 36,7°C; frequência cardíaca de 84 bpm; pressão arterial de 90/60 mmHg; SO<sub>2</sub> 94% em ar ambiente. As mucosas eram hipocoradas e ictericas, sem alteração na semiologia cardiovascular ou pulmonar. Abdome plano, ruídos presentes, fígado palpável a 1cm do rebordo costal direito e Traube livre, sem ascite e sem estigmas de hepatopatia crônica.

Os exames de admissão demonstraram: BrbT 3,02 mg/dL; Brbln 2,41 mg/dL; Hb 4,2 g/dL; VCM 114,3 fL; HCM 40 g/dL; RDW 36,4%; Leuco 4.400/mm<sup>3</sup>, Pla<sub>q</sub> 63.000/mm<sup>3</sup>; C 0,81mg/dl; AST 103U/L; ALT 50 U/L; FA 38 U/L; GGT 29U/L; RNI 1,12; Alb 3,6g/dL. Rx tórax normal. Urinálise normal e teste rápido para COVID 19 NR. Coombs direto negativo. Reticulócitos 0,8%, Haptoglobina <7,4 mg\dl, ferritina 445 ng/ml Fe 186 µg/dL, transferrina 143mg/dL, ácido fólico 5 ng/mL, vitamina B12 56 pg/mL.

A EDA evidenciou gastrite atrófica, confirmada no anatomopatológico. Após reposição contínua de vitamina B12 houve remissão do quadro. Permanece assintomático em seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** Por conta da icterícia, do etilismo, elevação de AST>ALT, anemia com VCM elevado e plaquetopenia, a principal hipótese inicial foi de doença hepática crônica alcoólica com hipertensão portal. O aumento de bilirrubinas às custas de indireta poderia ser decorrente da presença de reabsorção de hematomas extensos ou hemólise, e o paciente coombs direto negativo, reticulócitos e haptoglobina baixa. Dentre as causas de hemólise temos as adquiridas (induzida por anticorpo, fragmentação mecânica, eritropoiese ineficaz) e as congênitas (deficiência de G6PD, esferocitose, eliptocitose, HBSS, SC, talassemias). Provas de hemólise tendem a positivar em anemias carenciais pelo componente hemolítico de eritropoiese ineficaz. Além disso, o RDW tende a ser alto, e pode ocorrer pancitopenia no hemograma. O diagnóstico de deficiência de vitamina B12 foi confirmado pelo baixo nível sérico de vitamina B12, gastrite atrófica na endoscopia; e resposta à reposição de vitamina B12 parenteral.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A eritropoiese ineficaz por deficiência de vitamina B12 deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de icterícia, especialmente quando há predomínio de indireta, pois algumas alterações laboratoriais, comuns às duas doenças, podem simular hepatopatia crônica.

**CONTATO AUTOR:** JANAINA LUZ NARCISO SCHIAVON | janaina.narciso@uol.com.br

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104376 – Complexo de Von Meyenburg: uma causa rara de colestase intra-hepática

**AUTORES:** Luiza Lacks Diogo (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Felipe Oliveira Carvalho (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fábio Penteado Nahas (Hospital Guilherme Álvaro - Santos - São Paulo - Brasil), Lucas Oliveira Carvalho (Universidade Metropolitana de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Maurício Ferreira Carvalho (Endosoni endoscopia - Santos - São Paulo - Brasil), Elze Maria Gomes OLIVEIRA (Centro Universitário Lusiada UNILUS - Santos - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MORC, 60 anos, feminina, casada com antecedente familiar de artrite reumatoide (AR) encaminhada para avaliação em 2016 devido elevação persistente da fosfatase alcalina (FA) e da gamaglutamiltransferase (GGT) acima de 4 vezes o limite superior da normalidade (LSN); sem outras alterações enzimáticas, associada a dor em hipocôndrio direito e mesogástrio. Ultrassonografia de abdome mostrou fígado heterogêneo. Investigado causas de hepatopatia crônica com resultado negativo. Foi solicitado ecoendoscopia com hipótese diagnóstica de microlitíase biliar, cujo resultado confirmou este achado. Em agosto de 2017 foi encaminhada para colecistectomia eletiva, sendo realizado biópsia hepática no intra-operatório. A histologia mostrou colecistite crônica, e quadro histológico sugestivo de Complexo de von Meyenburg (CVM). A paciente evoluiu com melhora clínica, mantendo níveis elevados de FA e GGT

**DISCUSSÃO:** Os hamartomas biliares, conhecidos como complexos de Von Meyenbueg são uma malformação hepática que se apresenta, histologicamente, por dilatações císticas dos ductos biliares, envolvidas por abundante tecido fibrótico. É um diagnóstico raro e assintomático. Há relatos na literatura de CVM associado à icterícia, epigastralgia, colangite e febre. A afecção pode ser identificada geralmente de forma acidental, através de exames de imagem. O aspecto do CVM à ultrassonografia é variável, podendo apresentar-se como múltiplas pequenas imagens hiperecogênicas. A colestase biliar é definida pela diminuição ou ausência de fluxo biliar no duodeno, sendo intra-hepática ou extra-hepática. Bioquimicamente é caracterizada pelo aumento da fosfatase alcalina (FA) acima de 1,5 vezes o LSN, e/ou da GGT acima de 3 vezes o LSN. Os hamartomas representam uma das causas raras de colestase intra-hepática. Existem vários relatos de casos e séries de casos com descrição da associação do CVM com colangiocarcinoma. Assim, a benignidade do CVM é atualmente questionada com o acúmulo de casos descritos, sendo deste modo considerado um possível fator de risco para colangiocarcinoma

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O objetivo do trabalho é relatar um caso de complexo de Von Meyenburg associado a colestase biliar, mostrando que uma doença rara, pode ser causa de colestase intra-hepática. É importante estar ciente da presença dos hamartomas biliares mesmo que assintomáticos, para que se possa realizar o acompanhamento adequado e evitar eventuais doenças secundárias.

**CONTATO AUTOR:** ELZE OLIVEIRA | [elzeoliveira@terra.com.br](mailto:elzeoliveira@terra.com.br)

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104492 – RELATO DE CASO: HEPATITE AUTOIMUNE E PROVÁVEL ASSOCIAÇÃO COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – DIFICULDADE DIAGNÓSTICA.

**AUTORES:** MARIA DO CARMO BENTO PIRES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), RENAN CORTÊS ALVES SOARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil), AMABILIE JALES DE MEDEIROS SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), LORENA KAREN HOLANDA VIDAL QUEIROGA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil), GLAUCIO BRITO DE SOUSA DIAS (HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPES - NATAL - Rio Grande do Norte - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo feminino, 20 anos, há 10 meses iniciou síndrome edemigênica, evoluindo progressivamente com icterícia, colúria e acolia fecal. Na admissão já apresentava icterícia importante, encefalopatia hepática e ascite. Ao exame laboratorial apresentava bilirrubina total 15,6 mg/dL às custas de bilirrubina direta, AST 1371 U/L, ALT 598 U/L, INR 2,95, hipoalbuminemia e hemograma com leucopenia e linfopenia. Durante investigação, a ultrassonografia de abdome total evidenciou sinais de hepatopatia crônica com fígado de dimensões reduzidas e parênquima heterogêneo, esplenomegalia homogênea e ascite moderada. Além disso, FAN com padrão nuclear homogêneo 1/640, anti músculo liso reagente 1/80, C3 e C4 consumidos. Durante a internação, apresentou também síndrome nefrótica, com relação proteína/creatinina 6g/dia. Descartadas hepatites virais com sorologias para hepatite A, B e C. A paciente negava qualquer comorbidade prévia, uso de medicação contínua e exposição a drogas hepatotóxicas.

A paciente evoluiu com piora progressiva do quadro, sinais de insuficiência hepática com curva crescente de bilirrubinas e queda nas transaminases hepáticas. Tentado corticoterapia, apresentando melhora da proteinúria, porém devido evolução desfavorável da hepatopatia, foi contactado o serviço de transplante hepático para realização de transplante.

**DISCUSSÃO:** A hepatite autoimune pode estar associada a outras doenças imunomediadas, porém a associação desta com Lúpus eritematoso sistêmico (LES) não é comum. No caso exposto foi fechado diagnóstico de hepatite autoimune tipo 1, visto que a paciente apresentava quadro clínico, FAN e anti musculo liso positivos, com idade e sexo compatíveis para o diagnóstico. Com relação ao Lúpus, de acordo com os critérios da EULAR/ACR, a paciente apresenta FAN > 1/80, leucopenia, proteinúria e C3 e C4 baixos, somando 11 pontos. Sendo que com 10 ou mais pontos e pelo menos um critério clínico atendido, constata-se o LES. Devido a gravidade e evolução da paciente, não foi possível realizar biópsia hepática e renal para definição histológica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar da associação rara entre as duas condições, vimos que a paciente fecha critérios clínicos e laboratoriais para Hepatite Autoimune e Lúpus eritematoso sistêmico. Infelizmente a paciente chegou ao serviço hospitalar apropriado já com sinais de insuficiência hepática. Neste caso, assim como na maioria, a identificação precoce da hepatite autoimune é primordial para o sucesso diagnóstico e terapêutico.

**CONTATO AUTOR:** MARIA DO CARMO BENTO PIRES | mcbpires@hotmail.com



## Gastroenterologia - Fígado

### 1104546 – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HEPATITE AUTOIMUNE: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Gabriela de Moura Hining (Hospital Geral de Caxias do Sul - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil), Andreza Gauterio Cavalcanti (Hospital Geral - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Patrícia Paraboni Bersaghi (Hospital Geral - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Carla Bortolin Fonseca (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Sehbe Fichtner (Hospital Geral - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Renata Sehbe Fedrizzi (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Andressa Rafaela de Moura Hining (Universidade do Vale do Taquari - Lajeado - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Jovem de 17 anos, previamente assintomática, submetida à avaliação hospitalar após choque elétrico em domicílio. Exames complementares evidenciaram elevação de transaminases em 12 vezes, achados sugestivos de hepatopatia crônica e hipertensão portal em ecografia de abdome. Submetida à EDA, presença de varizes gastroesofágicas. Iniciada investigação etiológica: sorologias virais negativas e ausência de consumo etílico. Identificados os marcadores autoimunes: FAN 1:320, Anti-Asma 1:80 e pico policlonal em gamaglobulinas. Achados histológicos: hepatite crônica com atividade acentuada, infiltrado linfoplasmocitário, rosetas hepatocitárias e proliferação ductular. Em sistema de escore para o diagnóstico de Hepatite Auto-Imune (HAI), a paciente apresentou 17 pontos, sugerindo diagnóstico definitivo pré-tratamento. Fora iniciado tratamento com Prednisona e Azatioprina, além de manejo da hepatopatia crônica.

**DISCUSSÃO:** A HAI é uma doença hepática que pode ocorrer em qualquer idade, porém apresenta dois picos de incidência (segunda e quinta décadas de vida) e predomina em mulheres. Sua fisiopatologia não é totalmente compreendida, porém se relaciona à suscetibilidade genética associada a gatilhos ambientais. Pode apresentar-se como uma doença aguda, crônica ou ter padrão flutuante. O quadro clínico varia de pacientes assintomáticos até insuficiência hepática aguda.

O diagnóstico baseia-se na elevação de transaminases, imunoglobulina G, presença de autoanticorpos característicos e histologia com padrão de infiltrado linfocitário, hepatite de interface, rosetas hepatocitárias infiltrado de células plasmáticas. Existem dois subtipos. O Tipo 1 predomina em adultos e adolescentes e se caracteriza por anticorpos antinuclear, antimúsculo liso e antimitocôndria. O tipo 2 é definido pela presença de anti-LKM1 e ALC-1. Ocorre em crianças e mulheres jovens. O tratamento de ambos consiste no uso de Prednisona em monoterapia ou em combinação com Azatioprina.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A HAI apesar da baixa prevalência na população, tem repercussão clínica importante e evolução para hepatopatia crônica caso não seja tratada. O reconhecimento e tratamento adequado é de suma importância para reduzir complicações e melhorar a expectativa de vida.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA DE MOURA HINING | gabrielamhining@gmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104594 – Manejo na Doença Hepática Policística Adulta: a propósito de um caso clínico

**AUTORES:** RENATA MAIA DE MEDEIROS FALCAO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - Joao Pessoa - Paraíba - Brasil), AMANDA ROSA LEAL OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - Joao Pessoa - Paraíba - Brasil), ARISSA CRISPIM MAXIMO LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), EMILLY VIEIRA ZUZA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), RAFAELA TRINDADE DO Ó CAMINHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil), CAMILA SOUSA CRISPIM DE QUEIROZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPE - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), GEOVANNA MAIA DA NÓBREGA ARAÚJO (UNIFIP - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), DAVI EMERSON FRANÇA OLIVEIRA (FACULDADE CIENCIAS MÉDICAS - FCM - JOÃO PESSOA - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo feminino, 63 anos, procedente de João Pessoa, aos 37 anos, durante investigação de dor abdominal, constatou em exames de imagem a presença de múltiplos cistos renais e hepáticos, diagnosticando a Doença Policística Hepatorrenal. Aos 50 anos, evoluiu com crescimento acelerado de ambos os cistos, comprimindo estômago e apresentando uma massa palpável em quase todos os quadrantes com envolvimento total do parênquima hepático, mas mantendo função hepática preservada. Relatava apenas algumas punções percutâneas dos maiores cistos hepáticos com recidivas e nenhum outro tratamento específico. Aos 61 anos progrediu com insuficiência renal dialítica e em 2019, durante a realização de ressonância magnética, apresentou uma lesão renal sólida à direita, sugestiva de tumoração, realizando nefrectomia, caracterizado histologicamente Carcinoma Renal Papilífero. Manteve a progressão dos cistos, múltiplos e dimensões variadas, bem como piora dos sintomas, como dor abdominal persistente e dificuldades de mobilidade. Discutido, a fenestração, visando reduzir a massa hepática e os sintomas.

**DISCUSSÃO:** A doença hepática policística (DHP) é hereditária, rara e definida pela presença de múltiplos cistos hepáticos. Pode apresentar-se de forma isolada ou como manifestação extra-renal na Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR), mais comum na infância ou como a Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DPRAD), mais indolente e tardia, na vida adulta, como no caso da paciente relatada. Geralmente são assintomáticos, mas podem apresentar sintomas compressivos, dor abdominal, massa palpável e obstrução de estruturas, como estômago, vasos e vias biliares. O tratamento pode ser medicamentoso, percutâneo ou cirúrgico, conforme a classificação de Schnellendorfer. No caso em questão, tipo C, com indicação de fenestração. Sem condições de ressecção pela distribuição difusa da doença hepática e o transplante duplo, inicialmente contraindicado, pela função hepática preservada e MELD baixo.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O transplante hepático é o único tratamento curativo, mas na presença de função hepática preservada, permanece como uma opção de exceção. A ressecção hepática laparoscópica e a fenestração combinadas correspondem ao tratamento de eleição, salvo contra indicações. Fica evidente que a escolha terapêutica eficaz pode ser desafiadora e a necessidade de pesquisas futuras pode contribuir para um melhor tratamento e qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** RENATA MAIA DE MEDEIROS FALCAO | renata\_\_maia@hotmail.com

## Gastroenterologia - Fígado

### 1104616 – Neoplasia Cística Mucínosa Hepática – Quando suspeitar?

**AUTORES:** Pedro Viotti Godinho (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Praia Grande - São Paulo - Brasil), Trícia Aline Ribeiro Pattini De Souza (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Bianca Escorel Fava (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Sene Leme (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fábio Brito Saucedo (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Fábio Crescentini (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Gabriel Fonsceca Nunes (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil), Rafaela Araujo Lojudice (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Votuporanga - São Paulo - Brasil), Erika Caroline Alves Pinheiro (Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos - Santos - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo feminino, 30 anos, com dor epigástrica há 10 dias. Realizou ultrassom de abdome superior com identificação de um cisto de 6 cm que apresentou crescimento em relação ao USG realizado há 2 anos. Mantinha a dor a despeito do tratamento com analgésicos. A RNM de abdome superior identificou uma lesão cística com sinais de sangramento recente. Foi indicado o tratamento cirúrgico. No intraoperatório, visualizada uma lesão de paredes espessadas e regular. Feita a ressecção do cisto sem ruptura de sua capsula. O aspecto macroscópico era de uma lesão multiloculada com conteúdo espesso e claro sem a presença de sangue. À microscopia, foi diagnosticada uma neoplasia cística mucínosa de baixo grau sem lesões invasivas detectadas.

**DISCUSSÃO:** As lesões císticas hepáticas podem ser apenas achados de exames de rotina. São encontradas com mais frequência em mulheres na proporção de 1:5, acima dos 50 anos e são mais comuns no lobo direito e em sua grande maioria são benignos e assintomáticos, sendo que uma pequena porcentagem cresce e causa sintomas. Entre as lesões císticas temos: cisto hidático, cistos neoplásicos primários e secundários, cistos ductais e falsos cistos. A diferenciação entre os cistos hepáticos apesar de difícil é indispensável para o segmento da investigação e indicação do tipo de tratamento. Através do USG é feita a diferenciação entre simples e septado (neoplásico ou hemorrágico). Na tomografia os cistos são vistos como lesão atenuante que não contrastam, já na ressonância magnética podemos notar hipersinal na lesão cística em T2. A punção do cisto está pouco indicada. Segundo a literatura, pacientes assintomáticos em sua grande maioria não requer investigação aprofundada e tampouco tratamento. Contudo, a presença de dor, sangramento, suspeita de infecção ou malignidade motiva a conduta operatória.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Relatamos um caso de neoplasia mucínosa cística do fígado que apresenta baixa incidência populacional principalmente em pacientes jovens

**CONTATO AUTOR:** PEDRO VIOTTI GODINHO | pviottig@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101693 – RELATO DE CASO: DOENÇA DE CROHN ASSOCIADA A ADENOCARCINOMA.

**AUTORES:** Vitória Felice Camargos (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Cinthya Layssa Silva Mororó (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), Letícia Maria Silva Goulart (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil), José Rubens de Andrade (Centro Universitário IMEPAC - Araguari - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Este relato foi tecido seguindo uma lógica retrospectiva, sendo realizada a análise do caso de uma paciente de 67 anos, sexo feminino, tabagista, com diagnóstico de DC há 21 anos, de caráter intermitente, com cinco episódios de remissão e agudização, sendo que evoluiu com quadro estenosante em 2019, com necessidade de ressecção cirúrgica (enterectomia parcial). O laudo anatomopatológico da peça ressecada identificou adenocarcinoma em região de íleo distal, porém não houve necessidade de complementação terapêutica com radioterapia ou quimioterapia. A paciente complicou com deiscência do estoma suturado, o que implicou na confecção de colostomia em fossa ilíaca esquerda, assim como, posteriormente, também complicou com aparecimento de fístula enterocutânea. Atualmente, a paciente encontra-se assintomática, aguarda cirurgia para reconstrução do trânsito intestinal e correção da fístula. No que tange ao tratamento farmacológico, a paciente está em uso de adalimumabe, azatioprina, prednisolona e loperamida.

**DISCUSSÃO:** A Doença de Crohn (DC) é uma enfermidade inflamatória que pode acometer toda a extensão do trato gastrointestinal, de caráter multifatorial, com maior incidência no sexo feminino, influenciável por hábitos de vida do indivíduo, fatores genéticos, e até mesmo, pela composição da microbiota intestinal. Além disso, é dado que pacientes com DC possuem maior risco do desenvolvimento, embora raro, do adenocarcinoma de intestino delgado, sendo que o prognóstico desta associação depende do momento do diagnóstico, de fatores associados com comprometimento da integridade do tubo digestivo e do tratamento específico empregado. Comparada a população em geral, portadores de DC apresentam maior incidência de neoplasias do Trato Gastrointestinal, sendo assim, a vigilância clínica deve ser perene no decorrer de evolução da doença.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paciente segue em acompanhamento nos ambulatórios de Gastroenterologia e de Cirurgia do Aparelho Digestivo, para vigilância clínica e seguimento terapêutico. Espera-se com este estudo, um fomento à comunidade científica médica com intuito de pormenorizar e melhor explorar entidades nosológicas de incidência rara, para promover um impacto positivo nos resultados terapêuticos dos pacientes que as têm.

**CONTATO AUTOR:** VITORIA FELICE CAMARGOS | [vivitfcel@gmail.com](mailto:vivitfcel@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 101729 – DIAGNÓSTICO DESAFIADOR DE COLITE ISQUÊMICA EM PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO

**AUTORES:** Mariana de Lira Fonte (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sabrina Rodrigues de Figueiredo (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Vinícius de Acevedo Garcia Gomes (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Aderson Omar Mourão Cintra Damião (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Flair Jose Carrilho (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renee Mignolo Tanaka Ferreira (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Damasio Moutinho (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Freitas Cardoso de Azevedo (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Débora Raquel Benedita Terrabuio (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 59 anos, transplantado de fígado por cirrose alcoólica há um ano, em uso de tacrolimus, evoluiu com diarreia mucossanguinolenta, febre e dor abdominal há um mês. Sem outras comorbidades. Retossigmoidoscopia: mucosa edemaciada com áreas de enantema intenso em toda extensão avaliada. Pesquisa negativa para *Clostridium difficile* e infecções oportunistas. Tomografia computadorizada com processo inflamatório intenso em cólon esquerdo, sem trombozes vasculares. Iniciada antibioticoterapia e corticoide endovenoso, com piora sintomática. Nova retossigmoidoscopia evidenciou úlceras serpinginosas, longitudinais e circunferenciais, sugestivas de doença de Crohn. Realizado infliximabe, mas após melhora parcial, apresentou enterorragia de grande monta com necessidade de colectomia esquerda e confecção de colostomia. O histopatológico da peça foi compatível com colite isquêmica e o paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A colite no paciente transplantado é um desafio diagnóstico, devendo-se descartar inicialmente causas infecciosas diante da imunossupressão. Outra possibilidade é a doença inflamatória intestinal de novo, entidade rara, cuja incidência é aumentada no pós-transplante hepático por colangite esclerosante primária e hepatite autoimune; podendo acontecer também em transplantados por outras etiologias, a despeito do uso de imunossupressores. No caso descrito, o diagnóstico foi definido após análise da peça cirúrgica, contrariando as hipóteses diagnósticas iniciais. Tipicamente, a colite isquêmica acomete indivíduos idosos, com doença aterogênica ou fatores de risco cardiovasculares, bem como aqueles em uso de agentes quimioterápicos, vasopressores e drogas ilícitas. O quadro costuma ter evolução aguda, com dor abdominal, diarreia sanguinolenta e acometimento preferencial em flexura esplênica e transição retossigmoide. A apresentação do paciente foi atípica: não possuía fatores de risco habituais, a evolução foi insidiosa e as alterações endoscópicas não eram sugestivas de isquemia. A terapia se baseia em suporte clínico e antibioticoterapia, sendo a cirurgia usualmente indicada quando ocorre complicações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A colite no paciente transplantado apresenta diversos diagnósticos diferenciais, devendo-se afastar primeiramente quadros infecciosos, diante da imunossupressão. Apesar de incomum, a colite isquêmica deve ser considerada mesmo na ausência de fatores de risco ou de exames complementares sugestivos.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA DE LIRA FONTE | mariiana.fonte@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101786 – PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: um diagnóstico de difícil realização.

**AUTORES:** Vagner Vencato Kopereck (Hospital São Francisco de Paula - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Bruna Mezzomo (Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Rodolfo Camillo (Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Martinez Teixeira (Universidade Católica de Pelotas (UCEPL) - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Bernardo Balsan Camillo (Universidade Católica de Pelotas (UCEPL) - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 38 anos, previamente hígido, queixava-se de dor abdominal leve e difusa há 1 ano, sem fatores desencadeantes ou de melhora, empachamento e, recentemente, distensão abdominal e inapetência. Na internação, paciente estava em regular estado geral, anictérico, abdome globoso, distendido, sem massas palpáveis, e piparote positivo. Sem alteração de exames laboratoriais. Paracentese: líquido ascítico turvo, eritrocromico, leucócitos: 354/mm<sup>3</sup>, hemácias: 114 mm<sup>3</sup>, predomínio de mononucleados (87%), com cultura de fungo, bactéria, micológico, antibiograma e BAAR negativos, GASA: 1,14 e citopatológico negativo para células malignas. Foi realizado TC de abdome com contraste: fígado de dimensões reduzidas, contornos irregulares e bordas rombas, presença de volumosa ascite, espessamento dos folhetos peritoneais e da gordura mesentérica de permeio ao líquido ascítico, sugerindo Pseudomixoma Peritoneal (PMP) como etiologia provável. Endoscopia Digestiva Alta com pequeno pólipó hiperplásico antral e H.pylori negativo, e Colonoscopia com abaulamento ao redor do óstio do apêndice cecal com anatomopatológico com colite edematosa e congestiva, melanose coli e discreta hiperplasia linfoide. Quadro evoluiu com massa palpável em fossa ilíaca esquerda, indolor e móvel. Na vídeolaparoscopia: grande quantidade de implantes metastáticos no peritônio, carcinomatose difusa, a massa palpável em exame físico era o epíplon encoberto por carcinomatose, também evidenciou presença de vesículas soltas na cavidade em meio a líquido ascítico. Sem lesões maiores que indicassem ser o foco primário. A biópsia do peritônio mostrou tecido fibroso com inflamação crônica, e o anatomopatológico das vesículas mostrou coleções de muco com traves fibrosas e uma única orla de epitélio muco secretor maduro, favorecendo a hipótese de PMP. A imuno-histoquímica foi positiva para CDX2 e citoceratina nas células mucinosas, associando os achados à neoplasia mucinosa de baixo grau.

**DISCUSSÃO:** PMP é um adenocarcinoma mucinoso, geralmente com foco primário no apêndice cecal. É caracterizado pela presença de ascite mucinosa e pela redistribuição tumoral difusa no peritônio. O quadro costuma ser assintomático, evoluindo com distensão e desconforto abdominal e sensação de empachamento, e, geralmente, há a palpação de massas abdominais no exame físico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por se trata de uma condição clínica rara, esperamos, com esse trabalho, contribuir para um maior entendimento da patologia.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA MEZZOMO | brunarochamezzomo@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101822 – Citomegalovírus e Clostridium difficile como marcadores de gravidade de retocolite ulcerativa grave em paciente transplantada hepática: Relato de caso

**AUTORES:** AMANDA LIMA BRUNO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), MARÍLIA GALVÃO CRUZ (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), INGRID MEDEIROS FIGUEIREDO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), ALEXANDRE SOUSA CARLOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), ADERSON OMAR MOURÃO CINTRA DAMIÃO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 50 anos, diagnóstico de retocolite ulcerativa (RCU) aos 15 e colangite esclerosante primária (CEP) aos 33, submetida a transplante hepático há 2 anos. Antes da cirurgia, utilizou azatioprina e adalimumabe. Após o transplante, manteve remissão clínica e endoscópica com uso de imunossupressor e mesalazina oral. Devido a remissão profunda prolongada, foi decidido manter apenas tacrolimus. Em 2 meses, evoluiu com quadro de dor abdominal, diarreia com sangue (10 evacuações/dia) e instabilidade hemodinâmica. Exames evidenciavam anemia, elevação de provas inflamatórias e toxinas para Clostridium difficile positivas. Exame endoscópico com colite erosiva intensa e imunohistoquímica positiva para citomegalovírus (CMV). Realizado tratamento com vancomicina oral e ganciclovir por 14 dias. Após esse período, por ter apresentado apenas resposta clínica parcial (6 evacuações/dia) e nova colonoscopia com manutenção de úlceras profundas, realizada indução com infliximabe. Paciente cursou com melhora significativa do quadro.

**DISCUSSÃO:** Diante de uma descompensação da doença inflamatória intestinal (DII) é imperioso buscar os fatores predisponentes. As infecções são gatilhos frequentes, mas podem ser consequência de uma DII grave, onde há um desequilíbrio dos fatores de proteção de mucosa. O rastreio infeccioso é mandatório e dois agentes que devem ser pesquisados são C. difficile e CMV. Isso porque são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de um quadro mais grave, incluindo maior risco de colectomia, necessidade de terapia biológica e mortalidade. Não há dados suficientes na literatura sobre segurança do uso de imunobiológico ou corticoide nos casos com C. difficile. O momento da introdução da terapia deve ser individualizado. Quando associado à CEP, a DII pré-existente tem um curso mais agressivo no pós-transplante hepático. Alguns estudos revelaram o uso da mesalazina oral como fator protetor e o tacrolimus como fator de risco para reativação da DII. Diante disso, o anti-TNF é uma opção útil na terapêutica de resgate. No caso relatado, a despeito do tratamento antimicrobiano, a paciente manteve critérios de colite grave. A remissão clínica e laboratorial foi atingida após uso de Infliximabe. Assim, as infecções identificadas foram interpretadas como marcadores de gravidade da DII.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O rastreio infeccioso é essencial em todos os casos de exacerbação da DII, tanto pelo potencial fator causal da descompensação, quanto pela possibilidade de ser marcador de gravidade.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA LIMA BRUNO | amanda.bruno64@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101853 – Dermatite herpetiforme e doença celíaca em mulher jovem: relato de caso

**AUTORES:** RENATO BASTOS PIMENTA AMORIM (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), FILYPPO FERREIRA PORTO DECARIA (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), GUSTAVO GARCIA AGRA NAUFAL (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), VINICIUS SOARES PEREIRA (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), ANA CAROLINA DE BRITO TROTTA (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - MOGI DAS CRUZES - São Paulo - Brasil), LEONARDO BOUNDOK MARTINELLI (UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MERVAL PIMENTA AMORIM (CLINICA DE IMAGEM PORTUENSE - PORTO NACIONAL - Tocantins - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 30 anos, vem em consulta por quadro de dispepsia. Solicitou-se endoscopia digestiva alta que revelou, Bulboduodenal e segunda porção duodenal apresentando edema, pregas denteadas e presença de fissuras. Histopatológico- duodenite crônica com atrofia subtotal de vilos, moderada hipertrofia de criptas, agregados linfóides reacionais e linfócitos intraepiteliais- Marsch 3b. Devido a suspeita de doença celíaca (DC), solicitado anticorpos. Endomísio IgA +: 1/160 Antitransglutaminase tecidual e antigliadina = acima dos valores de referência. Paciente não seguiu a dieta proposta (livre de glúten) evoluindo com lesão em região de cotovelo direito (bolhosa com saída de secreção hialina) e ardor. Biópsias cutâneas e histopatológico: dermatose bolhosa da região dermoepidérmica com a presença de neutrófilos e eosinófilos nas zonas papilares sugerindo dermatite herpetiforme (DH). Após dieta isenta de glúten, a paciente apresentou melhora da DH e diminuição dos sintomas dispépticos. Permanece em seguimento com equipe assistente.

**DISCUSSÃO:** A dermatite herpetiforme (DH) é uma afecção cutânea, intensamente pruriginosa e eczematosa, sendo uma manifestação extraintestinal na doença celíaca (DC). A sua relação foi descoberta a partir do estudo de Dieterich, em 1997, que destacou que a transglutaminase tecidual (TG2) é alvo de resposta imune de imunoglobulinas A. Cinco anos depois, Sárdy et al., mostraram que a transglutaminase epidérmica (TG3) provocava a reação imune pelos autoanticorpos IgA, produzidos por células plasmáticas do intestino delgado. A proporção da DH entre homens e mulheres é de 1:1, e média entre os 40-50 anos, sendo rara na infância. Já a DC, tem leve predominância no sexo feminino. Manifesta-se como rash pruriginoso, polimórfico (pequenas vesículas, pápulas e eritema), sendo comum em cotovelos, antebraços, região poplíteia e nádegas. Tanto para a DH quanto para a DC, o tratamento é a dieta livre de glúten (evitando os alimentos contendo trigo, cevada e centeio), e deve ser iniciada nos pacientes após o diagnóstico. A dapsona, é uma opção para reduzir o prurido e o rash, mas sem efeito na enteropatia ou nos depósitos de IgA na pele.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico da DC se dá à partir da biópsia intestinal, além do potencial auxílio com a dosagem de anticorpos. Quanto à DH, exames histopatológicos das lesões da pele e áreas circundantes auxiliam no diagnóstico, correlacionando às informações clínicas.

A dieta livre em glúten é o principal tratamento proposto.

**CONTATO AUTOR:** RENATO BASTOS PIMENTA AMORIM | rebapiam@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 101868 – Síndrome de Guillain Barré durante o uso de antagonista de fator de necrose tumoral alfa em paciente com Doença de Crohn – Relato de Caso

**AUTORES:** Marília Adriano Mekdessi (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Mariana Magalhães Alves Rocca (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Anna Gabryela Medeiros Afonso de Carvalho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriela de Souza Bueno (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Janedson Baima Bezerra Filho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Felipe Nelson Mendonça (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Renan Nunes da Cruz (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Isabela de Souza Mateus (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Sandro da Costa Ferreira (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher com Doença de Crohn, A2L3B3p, em uso de infliximabe e azatioprina há mais de 2 anos. Referiu, em consulta, diagnóstico externo de zika vírus e de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) tratada com imunoglobulina e a suspensão do tratamento para doença de base. Não apresentou sequelas neurológicas e retomou o uso de azatioprina. Manteve-se sem queixas gastrointestinais, porém com dores articulares e úlceras orais recorrentes. Novo estadiamento da doença evidenciou ileíte terminal, sendo prescrito vedolizumabe e a azatioprina, suspensa, após período indução. Atualmente com doença em remissão profunda, não apresentou quadro de doença desmielinizante após início da nova terapia.

**DISCUSSÃO:** SGB após uso de antagonista de fator de necrose tumoral alfa (anti-TNFa) é rara. Apesar da prevalência de doença desmielinizante em usuários de anti-TNFa ser semelhante à população em geral, existem casos em que a SGB tem associação temporal com o uso do imunobiológico e interrompê-lo pode contribuir para a melhora dos sintomas, aumentando a chance de causalidade. Nesse relato, o quadro desmielinizante ocorreu após 2 anos do início do imunobiológico e foi associado a um caso de zika vírus, o que pode ter sido o gatilho para o processo autoimune por meio de mimetismo molecular em paciente susceptível. Como tratamento para a SGB, metilprednisolona em monoterapia parece ser insuficiente para os casos associados a um anti-TNFa, sendo a ciclofosfamida ou a imunoglobulina relacionadas a uma melhora na neuropatia em períodos de acompanhamento de até 9 meses. Os resultados relatados variaram da melhora dos déficits neurológicos em 3 semanas até a ausência de resposta. Embora não seja consenso, é sugerido que para as doenças desmielinizantes ou com seu desenvolvimento durante o uso de um anti-TNFa, que ele seja descontinuado. Isso pode agravar os sintomas da doença de base, e, nesses casos, o vedolizumabe é uma alternativa, por não haver associação do seu uso com acometimento neurológico, provavelmente por sua seletividade ao trato gastrointestinal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora uma relação causal entre a SGB e a terapia com anti-TNFa não seja comprovada, devemos monitorar os pacientes para quadros neurológicos sugestivos. Na suspeita clínica, é recomendada uma investigação detalhada de outros fatores predisponentes e a retirada da droga. Ainda não há consenso sobre qual imunobiológico deve ser utilizado, caso seja necessário.

**CONTATO AUTOR:** MARILIA ADRIANO MEKDESSI | mariliamekdessi@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101887 – Colite aguda grave em paciente com COVID-19: relato de caso

**AUTORES:** Thaís Viana Tavares Trigo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalyane Cristina Martins Machado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Desireé Medrado Mascarenhas (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alex Rodrigues Fonseca (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Talita Ramos de Alencar Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Orlando Ambrogini-Junior (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 50 anos, com cirrose hepática por colangite esclerosante primária, Child-Pugh A6 e MELDNa 12, e retocolite ulcerativa, pancolite, diagnosticada em 2015, em uso de mesalazina. Em julho de 2021 internou devido colite aguda grave, e por protocolo hospitalar, realizado RT-PCR para COVID-19, sendo positivo, porém sem sintomas respiratórios. Apresentava-se com piora da plaquetopenia, anemia, INR alargado, hipoalbuminemia e lesão renal aguda. Iniciado corticoide endovenoso e antibioticoterapia. A retossigmoidoscopia evidenciou Mayo 3 e a endoscopia digestiva alta mostrou úlceras esofágica, gástrica e duodenal. Além disso, apresentou PCR de citomegalovírus detectável, iniciado ganciclovir. Pesquisa de *C. difficile* e coprocultura foram negativas. Paciente evoluiu com megacólon tóxico, optado por iniciar infliximabe 10mg/kg, contudo evoluiu posteriormente com perfuração colônica e necessidade de colectomia de urgência. Paciente apresentou diversas intercorrências clínicas e pós cirúrgica, descompensação da doença hepática e óbito.

**DISCUSSÃO:** O COVID-19 é uma entidade nosológica nova e o manejo da infecção concomitante à exacerbação da doença inflamatória intestinal (DII) é atualmente baseado na opinião de especialistas. Estudos demonstram que pacientes com DII não parecem ter risco maior de infecção por COVID-19 em relação à população em geral, no entanto, o uso de ácido 5-aminossalicílico foi considerado suspeito para risco aumentado de aquisição desta infecção, assim como desfechos mais graves, porém, novas pesquisas tendem a não confirmar esse achado. A piora dos sintomas gastrointestinais nesta população é desafiador, porque pode corresponder à exacerbação da DII ou sintomas da COVID-19. O tratamento de pacientes com DII infectados com o SARS-CoV-2 depende da gravidade da infecção e grau de atividade da DII. No contexto do megacólon tóxico e infecção leve pelo COVID-19, foi optado pela terapia de resgate com infliximabe, considerando sua disponibilidade, assim como sua capacidade em atenuar a síndrome de liberação de citocinas, envolvida também na patogênese do COVID-19.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este caso destaca algumas dificuldades no manejo de pacientes com DII grave e COVID-19. A influência da infecção pelo COVID-19 em pacientes com DII em atividade ainda não são conhecidos, nem os ajustes apropriados aos tratamentos para mitigar os riscos ou reduzir as complicações. Mais estudos são necessários para elucidar a influência do SARS-CoV-2 na DII e a terapêutica mais adequada.

**CONTATO AUTOR:** THAÍS VIANA TAVARES TRIGO | thaisvtt@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101894 – Hepatite autoimune com sobreposição de Doença de Crohn: um relato de caso

**AUTORES:** Amanda Hillesheim Schuck (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Bruna Gianatassio Pozzi (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Carolina Tisott Burtet (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriela Fabris Zamboni (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Jonathan Soldera (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Rafaelle Galiotto Furlan (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Silvana Sartori Balbinot (Universidade de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 17 anos, gestante de 32 semanas, procurou atendimento por início de trabalho de parto. Na admissão hospitalar: emagrecida, desidratada, associada a diarreia mucossanguinolenta há dois anos. Exames: hemoglobina 7.5; leucograma 7570; 38% de bastões; Clostridium difficile (toxina A e B), CMV, HIV I e II, toxoplasmose IgM/IgG e Sífilis - todos negativos; Marcadores inflamatórios elevados PCR 77.8, VSG 118, albumina 2.6; bilirrubina total 0,7; TGO 25; TGP 11. Realizada cesárea de urgência. Histórico de hepatite auto-imune diagnosticada por biópsia, sem tratamento atual. TC de abdome total: fígado reduzido, contornos irregulares, sugestivo de hepatopatia crônica; presença de moderada ascite; espessamento parietal dos cólons sugestivo de gastroenterocolite. Iniciado tratamento com Ciprofloxacino + Metronidazol EV e Nitazoxanida, com pouca melhora. Seguiu-se com endoscopia Digestiva Alta: Pangastrite endoscópica erosiva leve e bulboduodenite endoscópica erosiva moderada; Colonoscopia: Pancolite ulcerativa com acometimento ileal. Anatomopatológico: presença de granulomas e atividade inflamatória acentuada em duodeno, íleo e cólons, sugestivo de Doença de Crohn ativa. Iniciada indução com glicocorticóides, com melhora clínica para seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A hepatite autoimune (HAI) é uma doença necro-inflamatória crônica do fígado. Predomina no sexo feminino, mais comum dos 10-30 anos de idade. Apresenta-se de forma insidiosa com alterações laboratoriais, hepatomegalia e icterícia ou sinais de hepatopatia crônica. A HAI pode estar associada a outras doenças auto imunes, como a Doença Inflamatória Intestinal (DII). A Doença de Crohn (DC) é uma DII crônica, com componente genético e ambiental prevalente. Os sintomas típicos são dor abdominal, diarreia persistente, perda de peso, fadiga, febre e sangramento retal. É discutido que as DIIs podem ocorrer devido a presença genes de suscetibilidade, também identificados em outras doenças imunomediadas, indicando sobreposições entre as vias. Assim, esses pacientes são mais propensos a desenvolverem outras doenças auto imunes. A HAI é raramente associada à DC, sendo mais comum sua associação com Retocolite Ulcerativa ou Colangite Esclerosante Primária.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar da HAI ser mais associada a RCU, a nossa paciente se apresentou com sobreposição com DC, um caso incomum mas que deve ser sempre pensado quando investigamos associações entre doenças auto-imunes.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA HILLESHEIM SCHUCK | amandaschuck13@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101907 – PORTADOR DE UMA DOENÇA ESTENOSANTE: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** PATRICIA DUPONT (Universidade do Contestado - SAO CARLOS - Santa Catarina - Brasil), CAROLINE KUGERATSKI CARNEIRO (Universidade do Contestado - LAPA - Paraná - Brasil), SIEGRID KURZAWA ZWIENER DOS SANTOS (Universidade Federal do Paraná - Curitiba - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 54 anos, foi encaminhado, em 2003, para o Hospital de sua região pois relatava intensas cólicas abdominais, constipação, vômitos, hematoquezia e astenia. Diante disso, foi realizada uma laparotomia de emergência e efetuada uma hemicolectomia direita. Pela piora do quadro clínico, em 2006, foi para o ambulatório de Gastroenterologista, o qual solicitou a realização de colonoscopia, hemograma e ferritina sérica, confirmando a suspeita de Doença de Crohn (DC) e anemia. Desse modo, iniciou tratamento com Entocort, Azatioprina e Noripurum endovenoso. Após 6 anos, iniciou terapia biológica endovenosa de 8 em 8 semanas com Infliximabe, o qual foi eficaz para a hematoquezia e anemias. No entanto, com o passar do tempo a medicação foi perdendo sua eficácia, e em 2020, realizou a troca pelo Humira, porém os sintomas persistiram. No início de 2021, houve estenose com vazamento de coleção, necessitando de internação de emergência, e início de antibioticoterapia e corticoide, drenagem e realização de ileolectomia, retirando ao todo 47 centímetros do intestino do paciente. Em sua última consulta, foi avaliado os exames após cirurgia e neles já havia indícios de doença na aponeurose intestinal, instigando os médicos sobre a gravidade e veracidade desta doença, mas, por enquanto, para não agravar mais a patologia do paciente, retornou o tratamento com Infliximabe e Azatioprina.

**DISCUSSÃO:** A doença de Crohn por se tratar de uma enfermidade crônica e inflamatória, necessita de acompanhamento contínuo, visando mantê-la controlada. Os sintomas do paciente citado iniciaram em 2003 e ainda persistem caracterizando, assim, a cronicidade e sem remissão. Os sintomas relatos para o gastroenterologista estão de acordo com Cardozo WS e Sobrado CW que apontavam na literatura os seguintes sintomas: dor abdominal, diarreia, emagrecimento, febre, má absorção, enterorragia, oclusão intestinal e mal-estar. Segundo Gasparini RG, Crohn pode evoluir com o acometimento de extensões do trato digestivo, como estenoses, caracterizando o quadro do paciente em questão. Nos casos em que a atividade intestinal é grave, de acordo com Romano S, é usualmente utilizado azatioprina, sendo eficaz para a remissão da DC, a qual foi utilizada pelo paciente relatado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de que o paciente seja diagnosticado com a DC, o último exame pós cirurgia deixou o médico intrigado por conta de que a doença progrediu mais rápido do que o esperado.

**CONTATO AUTOR:** PATRICIA DUPONT | patriciadupont77@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 101980 – Elevação de Transaminases como Manifestação Principal de Doença Celíaca: relato de caso

**AUTORES:** Natália Silva Carvalho (UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil), Gabriela Assunção Assis Vidigal (UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil), Linauer Cardoso Queiroz Junior (UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil), Maria Eduarda Nerva Almeida (UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil), Simone Viana Braga (HU-UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, buscou atendimento ambulatorial após exames de rotina pós-parto sugerirem hepatite. Nega icterícia ou dor abdominal. Relata tendência à constipação, dificuldade para ganho ponderal e anemia sem causa aparente. Ao exame físico, hepatimetria normal e baço não palpável. Sorologias para hepatites virais negativas, porém valores aumentados de aspartato aminotransferase (66 U/L) e alanina aminotransferase (73 U/L). Devido à história pregressa e à ausência de alterações nos demais exames, aventou-se a hipótese de Doença Celíaca; confirmada por meio da positividade de autoanticorpos IgA (anti-endomísio, anti-transglutaminase tecidual, anti gliadina) e biópsia de intestino delgado (com acentuada atrofia de vilosidades, sugestivo de Doença Celíaca Marsh III). Após 5 meses de dieta livre de glúten a paciente retornou com melhora clínica e laboratorial.

**DISCUSSÃO:** A doença celíaca é uma desordem autoimune que acomete cerca de 1% da população e tem o glúten como agente precipitante. Afeta indivíduos predispostos geneticamente e resulta da interação do glúten com o sistema imune, associado a fatores ambientais, levando à má absorção intestinal. Nos adultos, possui manifestações clínicas amplas e variáveis, de acordo com a gravidade do comprometimento do intestino delgado. Classicamente, ocorre diarreia acompanhada ou não de dor/desconforto abdominal. Anemia ferropriva e osteoporose podem surgir como manifestações silenciosas. Apresentações menos comuns incluem constipação, perda de peso, hipoproteinemia e elevação de enzimas hepáticas. O diagnóstico é feito por meio do quadro clínico, sorologias específicas e achados histopatológicos da biópsia intestinal. Nota-se uma forma clínica atípica no caso descrito, no qual a elevação de enzimas hepáticas, principalmente, e discreta anemia receberam destaque, sendo esclarecidas como apresentação inicial de doença celíaca, em um diagnóstico de exclusão.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É perceptível que alterações de transaminases em indivíduos que não possuem doença hepática podem ser encontradas em pacientes com doença celíaca. Essas modificações são, na maioria das vezes, ocasionadas pelo aumento da permeabilidade intestinal, má absorção e gravidade crescente de lesão intestinal. Além disso, é notório que a dieta livre de glúten auxilia na normalização da função hepática, bem como na prevenção de complicações.

**CONTATO AUTOR:** NATALIA SILVA DE CARVALHO | nataliasilcarva@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102001 – Relato de caso: Enteropatia por Olmesartana: uma síndrome Doença Celíaca “like”

**AUTORES:** José Dayrell de Lima ANDRADE (Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo- FHEMIG - BARBACENA - Minas Gerais - Brasil), Thaís Ramos de ALMEIDA (Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo- FHEMIG - BARBACENA - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem de 76 anos, hipertenso, iniciou em dezembro de 2020 com uso de Olmesartana 40mg, evoluindo um mês depois com quadro de diarreia progressiva e perda ponderal (25 Kg em 7 meses), sem melhora aos tratamentos empíricos instituídos. O rastreio para causas infecciosas foi negativo. Marcadores séricos para doença celíaca negativos. Colonoscopia com protocolo de biópsias segmentares normal até o íleo terminal. Paciente seguiu com exacerbação clínica, sendo realizada Enterotomografia computadorizada, sem achados adicionais. Elastase pancreática reduzida, sendo introduzida pancreatina nas refeições, sem resposta. Principiou quadro de vômitos e foi solicitado Endoscopia Digestiva Alta, realizada no dia 27/04/21, evidenciando diminuição do pregueado mucoso da segunda porção duodenal, com o histopatológico apresentando encurtamento de vilosidades, desnudamento parcial da superfície, infiltrado inflamatório de lâmina própria, linfócitos intraepiteliais e hiperplasia de criptas (padrão MARCH 3B). Retirado glúten e lactose da dieta, sem melhora. Descontinuado uso de Olmesartana no dia 25/06/21, após hipótese de enteropatia relacionada à medicação. Paciente apresentou melhora clínica total em apenas 2 semanas e segue em ganho de peso.

**DISCUSSÃO:** A Enteropatia por Olmesartana foi relatada recentemente, em 2012. Trata-se de uma doença rara, bem menos comum que outras doenças induzidas pelos bloqueadores do receptor da angiotensina II. A incidência descrita é de cerca de 1% entre os usuários da medicação. Sprue Celíaco e Enteropatia Autoimune prevalecem como diagnósticos diferenciais. Diarreia crônica com perda de peso significativa, que se desenvolve meses a anos após o início da medicação, associada à atrofia das vilosidades em exame de biópsia intestinal e teste de anticorpos para doença celíaca negativos, são as principais características. Os sintomas desaparecem após retirada da medicação, mas a sua reintrodução pode causar recidiva.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A associação do uso de Olmesartana e enteropatia ainda está sendo estudada e a incidência parece ser baixa frente aos outros diversos efeitos colaterais da medicação, porém a gravidade do quadro diarreico, a debilidade clínica instituída ao paciente e sua possível dificuldade diagnóstica tornam importante a discussão deste tema. Essa associação deve ser lembrada em pacientes com quadro clínico típico de doença celíaca e que não respondem à restrição dietética de glúten.

**CONTATO AUTOR:** THAIS RAMOS DE ALMEIDA | thaisramosalmeida@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102021 – TUBERCULOSE DISSEMINADA APÓS USO DE ADALIMUMABE NA DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**AUTORES:** Caiane Santos Rios (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Verônica Grobério Nicoli (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Zuleide Feizola Leão Almeida (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anelisa Sena Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucia Safatli Barbosa (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dayana Peterle Christo (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nayanny Pereira de Sá Lima (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jhankarla Salazar Hinoso (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Filipe do Carmo Zanotti (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lorena Rocha Dias Machado (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Oliveira Brito de Alencar (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Roberto Gomes da Silva Junior (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Luiza Queiroz Miranda (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andrea Vieira (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Perla Oliveira Schulz Mamone (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente V.S, masculino, 20 anos, portador de doença de crohn e artrite idiopática juvenil, em uso de azatioprina e adalimumabe, início há 30 dias com febre intermitente e perda ponderal de 6kg. Ao exame físico, emagrecido, febril, taquicárdico e sem alteração do murmúrio vesicular. Tomografia de tórax mostrou massa pulmonar com cerca de 4,8x3,2 cm na base esquerda, além de múltiplos pequenos nódulos difusos em ambos os pulmões, sugestivos de processo infeccioso de etiologia fúngica ou granulomatosa. Tomografia de abdome com esplenomegalia e múltiplos nódulos esparsos pelo parênquima esplênico. Exames laboratoriais com anemia (Hb: 11,4), elevação de PCR e VHS. Sorologias virais negativas. Pesquisas de BAAR em escarros negativas. Com a hipótese de tuberculose miliar, foi iniciado esquema RIPE empírico, evoluindo com melhora da febre. Foi submetido a biópsia pleural que permitiu diagnóstico histopatológico de tuberculose. Evoluiu com elevação de enzimas canaliculares (GGT: 1334 FA:652), atribuída a um quadro de tuberculose hepática, pois foi afastada a hipótese de colangite esclerosante primária através de colangiorrressonância. Sendo assim, o paciente recebeu o diagnóstico de tuberculose disseminada, segue em uso de esquema RIPE evoluindo com melhora clínica e laboratorial.

**DISCUSSÃO:** O adalimumabe é um inibidor do fator de necrose tumoral (anti-TNF)-alfa e representa uma opção no tratamento da doença de Crohn, no entanto, múltiplas complicações e efeitos adversos podem ocorrer, como infecções por micobactérias, incluindo aquelas causadas por *Mycobacterium tuberculosis*. A Tuberculose (TB) que ocorre em associação com inibidores do TNF-alfa tem uma probabilidade maior de envolver locais extrapulmonares e de ser disseminada em comparação com casos de TB na ausência de imunossupressão. É crucial rastrear todos os pacientes para tuberculose latente antes de iniciar um inibidor de TNF-alfa. Quando estabelecido o diagnóstico, o tratamento de TB deve ser iniciado e além da descontinuação do anti-TNF, pelo menos temporariamente. O momento ideal de reinicialização de um inibidor de TNF-alfa em pacientes com TB ativa ainda precisa ser melhor determinado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os anti-TNF aumentam o risco de TB e apresentam maior probabilidade de envolvimento extrapulmonar e de TB disseminada. Pacientes candidatos ao uso de terapia com inibidor de TNF-alfa devem ser rastreados para TB latente e acompanhamento rigoroso para realizar o diagnóstico e tratamento precoce de infecções oportunistas.

**CONTATO AUTOR:** CAIANE SANTOS RIOS | caianerios@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102026 – Doença de Whipple: diagnóstico e tratamento com boa reposta clínica e histológica - Relato de caso

**AUTORES:** Lívia dos Remédios Pamplona de Oliveira (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Fábio Heleno de Lima Pace (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Isadora Brandão Pelúcio (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Drielly Morais Sá Ferreira (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Fernanda Ramos da Costa (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Marcella Motta Lucindo Duarte (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Iasmyn Gomes Teodoro (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Letícia Croce Stephani (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Antonnielle Ronney Fernandes de Souza (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Gisele Euzébio de Faria (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil), Suzana Borgati de Oliveira Ferraz (Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.J.S, 56 anos, admitido para internação com história de diarreia aquosa há 30 dias, dor abdominal, perda de peso (12 kg) e astenia. Relatava artralguas em tornozelos há alguns anos. Negava comorbidades. Exames laboratoriais mostraram anemia hipocrômica microcítica e aumento de provas de atividade inflamatória. Sorologia negativa para HIV. Exame parasitológico de fezes negativo. Colonoscopia revelou ileíte erosiva moderada e colite esquerda leve. As biópsias demonstraram ileíte e retocolite histiocitária difusa, com presença de estruturas intracitoplasmáticas Ácido Periódico de Schiff (PAS) positivas. Solicitada endoscopia digestiva alta, que demonstrou pangastrite enantematosa e duodenite erosiva, sendo que as biópsias revelaram padrão semelhante às do intestino. A hipótese diagnóstica mais provável foi doença de Whipple. Ecocardiograma revelou hipertensão pulmonar. Durante a internação, paciente evoluiu com artrite em cotovelo esquerdo e artralguas em tornozelos. Prescrito Ceftriaxone por 14 dias, com melhora significativa da diarreia, recebendo alta hospitalar com Sulfametoxazol-Trimetoprim. Evoluiu com resolução da diarreia e do quadro articular, além de progressiva recuperação do peso. Realizado controle endoscópico e histopatológico após 6 e 12 meses de tratamento, demonstrando macrófagos em menor número e coloração pelo PAS menos intensa. Após 1 ano, antibioticoterapia foi suspensa e mantido acompanhamento clínico, endoscópico e histológico, sem recaídas até o momento.

**DISCUSSÃO:** A doença de Whipple é patologia sistêmica rara, causada por *Tropheryma whipplei*. Apresenta manifestações clássicas descritas neste caso, como diarreia, dor abdominal, perda de peso e artralguas, sendo que estas podem preceder em anos o diagnóstico. A hipertensão pulmonar é associada à patologia, sendo que o paciente apresentou normalização no seguimento. Achados neurológicos podem ser constatados em 10 a 40%. O diagnóstico geralmente é feito por endoscopia alta e biópsias do delgado com coloração de PAS, reação em cadeia da polimerase e imunohistoquímica. Histologicamente, existem poucas condições semelhantes (Histoplasma, Rhodococcus e micobactérias), mais comumente associados ao HIV. A terapia prolongada permite erradicação completa do microorganismo, reduzindo probabilidade de recaída.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Destacamos a importância do reconhecimento da doença de Whipple, que apesar de rara, através do seu correto diagnóstico, possibilita tratamento com sucesso na maioria dos casos.

**CONTATO AUTOR:** LÍVIA DOS REMÉDIOS PAMPLONA DE OLIVEIRA | lviapamplona@yahoo.com.br



## Gastroenterologia - Intestino

### 102060 – SIMULAÇÃO DE DOENÇA DE CROHN EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM DOENÇA CELÍACA

**AUTORES:** Matheus da Silveira Maia MAIA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Solange Lima Gomes GOMES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), João Paulo Mota Lima LIMA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Adriano de Oliveira Vieira VIEIRA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil), Thiago Henrique de Aguiar Sousa SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - SANTARÉM - Pará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente CSGM, 26 anos, portadora de Doença Celíaca e em dieta sem glúten desde outubro de 2020, refere episódio de evacuação sanguinolenta nos dias 15 e 16/02/2021 e quadro de distensão abdominal no mês de agosto do referido ano. Realizou endoscopia e colonoscopia, sem anormalidades de acordo com paciente. Histórico familiar: irmã - Síndrome de Budd-Chiari e Doença de Crohn (DC). Em exames laboratoriais iniciais, realizados em agosto de 2020, foram dosados LDL 256, TGO 60, TGP 66. Realizou novos exames em setembro de 2020, encontrando PT 705K, TGO 73, TGP 73, Anti-Músculo 1/40 e em outubro, com resultado de Calprotectina 2195. À Endoscopia Digestiva Alta (EDA), observou-se distensão e espessamento parietal de alças intestinais do intestino delgado, bem como padrão serrilhado da porção descendente do duodeno e pangastrite enantematosa leve com urease negativo. Colonoscopia sem anormalidades. Em fevereiro de 2021, exames laboratoriais indicaram TGO, 35; TGP, 25; GGT, 30; TG, 274; Vitamina D, 15,4; Ferritina, 8,0; Anti-endomísio, 1:80; Anti-transglutaminase, 128 e anti-gliadina, 107. Em EDA realizada em fevereiro de 2021, persistência de pangastrite enantematosa leve e padrão serrilhado de porção descendente do duodeno. Paciente encaminhado a fazer uso de prednisona 5mg, Noripurum EV, dieta sem glúten e pesquisa de *Helicobacter pylori*

**DISCUSSÃO:** A DC é comumente diagnosticada entre a 3ª e 4ª décadas de vida, o paciente apresentado possuía 26 anos. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DC é a questão genética. Familiares de primeiro grau de pacientes com a doença, especialmente irmãos, apresentam risco 14 a 15 vezes maior do que a população em geral de manifestação da doença. O paciente referido possui histórico familiar – irmã com Doença de Crohn. O sintoma mais frequente entre pacientes com DC é a diarreia e dor abdominal em cólica que o doente em questão relatava desde a apresentação. A marca histológica da DC são áreas de inflamação intestinal focal, quase sempre revelando um infiltrado inflamatório crônico, como apresentado pelo paciente

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Paciente diagnosticada com Doença Celíaca simulando quadro de Doença de Crohn com acometimento de delgado. A endoscopia e análise histológica dos segmentos afetados realizadas pelo paciente foram confirmatórias no diagnóstico da doença, suspeitada pela observação clínica. Foram visualizadas várias erosões na segunda porção do duodenal e acentuado enantema intercalado com mucosa íntegra, característico do quadro da DC.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS DA SILVEIRA MAIA | msm.med.uepa@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102061 – Esporotricose disseminada: infecção oportunista em paciente com doença de Crohn no uso de anti-TNF-alfa

**AUTORES:** MARCIA BEIRAL HAMMERLE (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), FLÁVIA LUTZ NEVES (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), LARISSA FRANCO MOTTA DE SOUZA (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), CESAR AUGUSTO DA FONSECA LIMA AMORIM (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), CAROLINA PASSOS TELLES TAVEIRA MARTINS (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), MÁRCIO DE CARVALHO COSTA (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), CYRLA ZALTMAN (HUCFF/UFRJ - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 73 anos, com doença de Crohn (DC) em remissão profunda usando adalimumabe (40mg subcutâneo 14/14d) relata febre diária e perda ponderal há 60 dias. Exames: pancitopenia e VHS elevada; TC de tórax - nódulos difusos inespecíficos; Genexpert do escarro- traços de Mycobacterium tuberculosis; Lavado broncoalveolar- BAAR, cultura e GeneXpert negativos; Biópsia medula óssea - alterações reacionais inespecíficas e cultura negativa. Presença de traços de Mycobacterium sp no escarro motivou o início de terapia para tuberculose, não havendo melhora clínica. Após 20 dias, lesões cutâneas ulceradas surgiram nas faces extensoras de MII e região nasal, além de artrite de punho E e 3º quirodático D. Exames: biópsia cutânea - Sporothrix schenckii sp; US punho E- tenossinovite infecciosa; RM mão- lesões líticas e osteomielite. Diagnóstico final - Esporotricose Disseminada facilitada pelo uso do biológico. Suspensão anti-TNF e iniciada anfotericina B lipossomal 5 mg/kg/dia com melhora clínica significativa. Após 10 dias a anfotericina B foi substituída por itraconazol 400mg/d VO, a ser mantido por 12 meses. Será trocado o biológico para um de outra classe.

**DISCUSSÃO:** A esporotricose é doença granulomatosa causada por fungos do complexo Sporothrix, cujo habitat é o solo, plantas e vegetação em decomposição. Espinhos de rosas, fezes, mordidas ou arranhões de animais infectados (gatos) são fontes de infecção após inoculação em área cutâneo-mucosa pré lesionada. A clínica é variável com envolvimento cutâneo localizado (predominante), cutâneo difuso, ou disseminado (extracutâneo). Por vezes pode ser unifocal com envolvimento do SNC, olho, articulação ou pulmão. As formas graves são favorecidas pelo uso de anti-TNF ou pela virulência do fungo. A cultura para fungos do complexo Sporothrix é o exame diagnóstico padrão ouro. A resposta ao antifúngico é efetiva sendo a reintrodução do biológico individualizada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Este é um caso de paciente com DC imunossuprimido que desenvolve esporotricose disseminada - pulmonar, cutânea e osteoarticular. Seus sintomas iniciais são inespecíficos e insidiosos, confundíveis com doenças mais prevalentes, como tuberculose ou histoplasmose. A ausência de diagnóstico e terapêutica precoces aumenta a morbidade da infecção. Portanto, a Esporotricose deve constar como hipótese diagnóstica de febre de origem obscura, alterações pulmonares, cutâneas ou articulares em pacientes com DII em uso de anti-TNF em área endêmica fúngica.

**CONTATO AUTOR:** MARCIA BEIRAL HAMMERLE | marciabeiral@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102066 – DOENÇA CELÍACA DE EVOLUÇÃO ATÍPICA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA E PERFURAÇÃO INTESTINAL DE ETIOLOGIA NEOPLÁSICA

**AUTORES:** André Luiz Bassani (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Paulo Ricardo Pavanatto Cavassola (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Vinicius Eduardo do Nascimento de Lemos Campos (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Helenice Pankowski Breyer (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Alexandre Luis Klamt (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Ismael Maguilnik (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 37 anos, com doença celíaca diagnosticada com quadro atípico de síndrome de cavitação mesentérica há 7 anos, à época com biópsias duodenais típicas, anti-transglutaminase indeterminado e HLA-DQ2 positivo. Paciente vinha em acompanhamento ambulatorial com adequada aderência a dieta livre de glúten e regressão de acometimentos linfonodais, melhora sintomática e histológica. Recentemente apesar de manter dieta sem glúten, reiniciou com sintomas de diarreia, prurido e picos febris, reavaliado endoscópicamente apresentava úlceras em segunda porção duodenal e vilosidades encurtadas, biópsias com atrofia Marsh 3B. Avaliado como doença celíaca refratária tipo I e iniciado corticoterapia com melhora dos sintomas. No entanto 4 meses após o tratamento, deu entrada na emergência com quadro de enterorragia volumosa, realizado endoscopia alta e baixa, sem identificar ponto de sangramento, porém com presença de sangue no íleo. Realizada cápsula endoscópica, onde foram visualizadas múltiplas ulcerações jejunoileais. Paciente evoluiu bem e recebeu alta, no entanto retornou após 4 dias com quadro de dor abdominal evoluindo com perfuração de úlcera de delgado a 3,4 m da válvula ileocecal, realizada rafia cirúrgica e coletado material local para patologia. No quarto pós-operatório apresentou novo sangramento, optado por realizar enterotomia com enteroscopia transoperatória que demonstrou úlceras em jejuno distal e íleo proximal com pontos de porejamento sanguíneo. Alguns dias depois, por novo sangramento, realizou enterectomia do segmento afetado. Análise histológica e imunohistoquímica, demonstraram linfoma de células T associado a enteropatia.

**DISCUSSÃO:** A doença celíaca possui relação com diversas outras patologias, entre elas o linfoma de células T associado a enteropatia, uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 5% de todas as neoplasias gastrointestinais. Tipicamente se apresenta com dor abdominal associado a perfuração, obstrução ou sangramento intestinal. É uma doença agressiva, com um prognóstico ruim.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso apresentando, demonstrou-se um paciente com doença celíaca de evolução atípica, com apresentação inicial rara de cavitação mesentérica e apesar de boa aderência a dieta teve evolução maligna com perfuração e hemorragia digestiva de delgado com etiologia neoplásica de linfoma intestinal, neoplasia que possui associação bem estabelecida na literatura com doença celíaca, principalmente em casos refratários.

**CONTATO AUTOR:** ANDRÉ LUIZ BASSANI | andrebassani@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102085 – Proctocolite por *Clamidia trachomatis* em paciente portador de HIV como diagnóstico diferencial de Doença Inflamatória Intestinal (DII)

**AUTORES:** Renata de Medeiros Dutra (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Glaucia Kerber (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Maria Cecília Aragão (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Larissa Roseiro (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad-Hossne Saad-Hossne (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Francielen Furieri Rigo (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 43 anos, portador de vírus da imunodeficiência humana (HIV), carga viral indetectável, CD4 1098 cel/mm<sup>3</sup>, admitido em maio/2020 com dor abdominal, hematoquezia, 10 evacuações/dia com sangue e muco, dor anal e tenesmo, há 2 meses. Exames com PCR elevada, sorologia para sífilis reagente 1/1. Colonoscopia com 2 úlceras retais de 11 mm e anatomopatológico (AP) compatível com retite crônica ulcerativa em atividade, sem agentes oportunistas. Pela suspeita de DII foi iniciado mesalazina retal, com melhora parcial dos sintomas, retornando com tenesmo e urgência fecal. Retossigmoidoscopia com úlceras retais, 6-20 mm, e AP semelhante ao prévio. Em abril/2021, veio com piora dos sintomas, em uso de mesalazina oral (3,2 g/dia), a qual foi suspensa e iniciado ciprofloxacino e metronidazol. Mantendo dor anal, tenesmo e urgência fecal, realizou nova colonoscopia com 3 erosões elevadas em ceco, de 2 mm, e úlcera retal ocupando 70% da luz, pesquisa negativa para sífilis, herpes, citomegalovírus (CMV) e fungos, e retite em atividade. Pelo contexto clínico-epidemiológico e indisponibilidade de testes específicos, iniciado doxiciclina 100mg de 8/8h por 21 dias, pensando em proctite por *Clamidia trachomatis*. Paciente retornou assintomático com desaparecimento das lesões na retossigmoidoscopia.

**DISCUSSÃO:** Mais de 50% dos pacientes HIV podem apresentar diarreia, sendo importante afastar infecções secundárias, neoplasia e enteropatia pelo HIV. A *Chlamydia trachomatis* é o agente causador do Linfgranuloma venéreo (LGV), infecção ulcerativa genital transmitida sexualmente, com número crescente de casos entre homens que fazem sexo com homens (HSH), portadores de HIV, manifestando-se com úlcera retal e síndrome anorectal, independente da imunossupressão. Diagnóstico deve excluir infecções, neoplasia e condições inflamatórias como a DII, confirmado com PCR para *Chlamydia* por swab das lesões retais. O tratamento recomendado é doxiciclina por 21 dias para portadores de HIV.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O LGV pode se manifestar como proctocolite, sendo uma DST em ascensão em HSH portadores de HIV, não relacionada à imunossupressão, devendo-se fazer o diferencial com outras causas infecciosas, neoplasia e DII, principalmente DC.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102107 – ADENOCARCINOMA DUODENAL PERIAMPULAR EM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADA COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), TÉCIO DE ARAÚJO COUTO (HOSPITAL DE BASE - DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), REINALDO FALLUH FILHO (HOSPITAL DE BASE - DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), EDUARDO NASSER VILELA (HOSPITAL DE BASE - DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), ANA PAULA DA SILVA PEREIRA LÔPO (HOSPITAL DE BASE - DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil), ANNA PAULA MENDANHA DA SILVA AURELIANO (HOSPITAL DE BASE - DF - BRASÍLIA - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 13 anos, com sobrepeso (IMC = 26,5 kg/m<sup>2</sup>), compareceu no ambulatório de gastroenterologia com queixa de “intestino preso desde a infância”. Refere constipação intestinal de longa data, com evacuações a cada 4 dias, fezes ressecadas e esforço evacuatório. Sem demais sintomas. Histórico familiar: pai de 35 anos com Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), tratada com colectomia há 20 anos. Endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou corpo gástrico com múltiplos pólipos gástricos (3-5 mm) Yamada I e II; além de lesão duodenal a 0,5 cm da papila, elevada, sésil de superfície esbranquiçada, formato irregular, medindo cerca de 2 cm no seu maior diâmetro. Realizado biópsia de lesões. Laudo histopatológico de lesões gástricas mostrou pólipos fúndicos. Em lesão duodenal, adenoma tubular com displasia de alto grau com margem indeterminada pela fragmentação tissular. Lesão duodenal abordada com mucosectomia endoscópica em “piece meal”. Procedimento realizado sem intercorrências. Revisão local não evidenciou margens comprometidas macroscopicamente. Histopatológico revelou adenocarcinoma serrilhado bem diferenciado in situ com atipia variável, margem vertical livre e tecido neoplásico na margem lateral. Solicitado nova EDA (complementar ressecção de adenocarcinoma) e colonoscopia, que revelou 6 pólipos em colón direito, 13 transversos, 16 em esquerdo/sigmoide e 6 em reto. Realizado nova mucosectomia em duodeno, além de polipectomia de lesões colônicas. Aguardamos histopatológico.

**DISCUSSÃO:** PAF é uma síndrome hereditária autossômica dominante e penetrância completa causada pela mutação no gene APC – gene supressor de tumor. Incidência está entre 1:7000 e 1:16000 nascidos vivos. A idade média de detecção é 29 anos. Recomenda-se retossigmoidoscopia anual a partir de 10-12 anos nos familiares de portadores da mutação. O rastreamento reduz em 55% a ocorrência de câncer colorretal (CCR) no momento do diagnóstico da PAF. A manifestação clássica envolve múltiplos pólipos em cólon, porém 50% dos pacientes apresentam achados em trato gastrointestinal superior. Pólipos gástricos geralmente são hiperplasia de células fúndicas, já lesões duodenais, adenomas (pré malignos). O tratamento envolve diferentes modalidades de colectomia e deve ser indicado ao diagnóstico. Em casos não tratados aproxima-se de 100% a incidência de CCR.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Paciente aguarda tratamento cirúrgico a ser definido pela cirurgia do aparelho digestivo.

EDA anual para rastreio.

**CONTATO AUTOR:** KELSON LOPES PONTES ALBANO BATISTA | kelson.lops@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102120 – Déficit pondero-estatural na infância e adolescência: uma apresentação atípica da Polipose Juvenil

**AUTORES:** Flavia Lutz Neves (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcia Beiral Hammerle (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Larissa Franco Motta De Souza (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcio De Carvalho Costa (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Cesar Augusto Fonseca Lima Amorim (HUCFF/UFRJ - RJ - Rio de Janeiro - Brasil), Homero Soares Fogaça (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Carolina Passos Telles Taveira Martins (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 15 anos, sexo masculino, há quatro anos com diarreia líquida, mais de dez episódios ao dia, com sangue, associada à dor abdominal. Ao exame físico, expressivo déficit pondero-estatural, confirmado pelos gráficos de crescimento, e baqueteamento digital. Laboratório com anemia ferropriva e hipoalbuminemia. Durante a internação, evoluiu com prolapso de lesão de aspecto polipóide pelo reto. Para investigação do quadro, foi solicitada colonoscopia, que mostrou pólipos pediculados e subpediculados, medindo de 1 a 4 cm, em todo o cólon. Realizadas polipectomias de alguns dos pólipos com estudo histopatológico, evidenciando pólipos juvenis, com displasia de baixo grau. Investigação complementada com cápsula endoscópica e enterotomografia que não revelaram achados em intestino delgado. Após avaliação multidisciplinar, considerando que o déficit de crescimento foi secundário à doença de base e que haveria dificuldade de acompanhamento endoscópico pelo grande número de pólipos, foi optado pela colectomia total com preservação do reto e confecção de ileostomia. Programada reconstrução do trânsito intestinal com bolsa ileoanal após melhora do status nutricional. Análise histopatológica da peça livre de neoplasia. Após quatro meses, paciente com melhora de sintomas, ganho pondero-estatural e normalização de hematócrito e albumina.

**DISCUSSÃO:** A polipose juvenil é uma doença rara, de caráter hereditário, associada ao desenvolvimento de pólipos hamartomatosos que podem ocorrer em todo o trato gastrointestinal, principalmente em cólon. Os pólipos juvenis caracterizam-se pelo excesso de lâmina própria e de glândulas dilatadas. O quadro clínico se inicia na juventude, sendo comum diarreia com sangue, dor abdominal e prolapso retal de pólipos. Além do rastreio familiar, os pacientes são manejados com acompanhamento endoscópico dos pólipos para pesquisa de displasia devido ao potencial de malignização. O tratamento cirúrgico pode ser necessário em caso de grave repercussão clínica e na impossibilidade de acompanhamento endoscópico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Trata-se de caso de polipose juvenil, uma doença rara, com apresentação incomum de déficit pondero-estatural, possivelmente relacionada à grande quantidade de pólipos presentes ao diagnóstico, alguns já com displasia, sendo necessário, portanto, o tratamento cirúrgico. Apesar de rara, o conhecimento da polipose juvenil é importante devido às repercussões clínicas para o paciente e familiares.

**CONTATO AUTOR:** FLAVIA LUTZ NEVES | lutzflavia@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102123 – Experiência do uso de tofacitinibe no tratamento de retocolite ulcerativa em um serviço terciário

**AUTORES:** Talita Ramos de Alencar Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalyane Cristina Martins Machado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Desiree Medrado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alex Rodrigues Fonseca (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thaís Viana Tavares Trigo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Costa Argollo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lívia Maria Antunes Pinto Azevedo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 56 anos, com diagnóstico de retocolite ulcerativa (RCU) padrão pancolite há 13 anos. Inicialmente foi realizado tratamento convencional com azatioprina (AZA) e aminossalicilatos, porém, após quadro de colite aguda grave foi optado pelo infliximabe (IFX) em comboterapia com AZA. Após perda de resposta no terceiro ano de tratamento, houve troca de classe do biológico para vedolizumabe (VDZ) em associação a AZA, porém, após fase de indução paciente persistia com sinais clínicos e laboratoriais de atividade de doença. Diante de uma paciente com RCU corticodependente, refratária à terapia com AZA, IFX e VDZ, foi optado por iniciar tofacitinibe (TFB). Na semana 8 de indução, a paciente apresentava resposta clínica parcial, sendo optado por estender essa fase de terapia até a semana 16, seguido da terapia de manutenção. Após seis meses de tratamento, paciente apresentou nova atividade clínica de doença e necessidade de corticoterapia. A colonoscopia indicava Mayo 2. Foi então, discutido em reunião multidisciplinar a realização de abordagem cirúrgica, devido à refratariedade ao tratamento clínico e risco de complicações associadas. Realizada proctocolectomia total com ileostomia em endloop videolaparoscópica, sem intercorrências. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem tratamento para RCU e com programação para reconstrução intestinal e confecção de bolsa ileal (cirurgia em três tempos após seis meses).

**DISCUSSÃO:** O uso de inibidores da Janus Associated Kinases (JAK) como o TFB é uma nova abordagem na terapia de doenças inflamatórias imunomediadas. As drogas de pequenas moléculas representam uma nova geração de medicamentos na doença inflamatória intestinal (DII) após duas décadas de anticorpos monoclonais (anti-TNF, VDZ, etc). Sua eficácia foi demonstrada no tratamento das formas moderada e grave da RCU através do estudo OCTAVE. Uma subanálise do mesmo demonstrou que pacientes que não obtiveram resposta clínica após oito semanas de indução poderiam estender essa fase de tratamento até a semana 16, assim como feito no caso. Já na fase de manutenção a RCU se mostrou refratária ao medicamento, sendo por isso indicação para a cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O TFB é atualmente o único inibidor de JAK aprovado para uso em casos de RCU ativa moderada a grave, sendo incorporado recentemente como opção terapêutica pelo SUS. Devido a indisponibilidade prévia no Brasil, poucos centros dispõem dessa medicação sendo portanto, escassos os relatos de experiências com o uso droga.

**CONTATO AUTOR:** TALITA RAMOS DE ALENCAR SILVA | talitaa.ras@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102142 – RELATO DE CASO: MANIFESTAÇÃO EXTRAINTestinal NA DOENÇA DE CROHN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**AUTORES:** Dayana Peterle Christo (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lorena Rocha Dias Machado (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nayanny Pereira de Sá Lima (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jhankarla Salazar Hinojosa (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Fillipe do Carmo Zanotti (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Zuleide Felizola Leão Almeida (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caiane Santos Rios (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anelisa Sena Machado (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucia Safatli Barbosa (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Verônica Grobério Nicoli (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andrea Vieira (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Perla Oliveira Schulz Mamone (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Roberto Gomes da Silva Junior (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Luiza Queiroz Miranda (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Oliveira Brito de Alencar (ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 17 anos, iniciou em 2019 quadro de diarreia e saída de fezes ao redor do anus secundária a presença de fístula perianal. Após investigação foi feito diagnóstico de DC ileal e perineal fistulizante. Paciente fez uso de infliximabe e azatioprina e evoluiu com melhora total dos sintomas. O mesmo retorna em 14/02/20 referindo lesão ulcerada na região poplíteia e tibial direita, abdome há 3 meses. Foi submetido a biópsia das lesões para descartar linfoma cutâneo resultando em processo inflamatório compatível com pioderma gangrenoso. Recebeu corticosteroide e manteve infusão de infliximabe em 10mg/kg. Entretanto, as lesões não apresentaram melhora, ao contrário, cada vez mais profundas. Paciente foi submetido a nova biópsia que após duas revisões identificou hifas de leishmania. Após o diagnóstico de leishmaniose cutânea, foi tratado com Glucantime, com melhora das lesões em 50%, mas devido aos efeitos adversos não tolerados pelo paciente, o tratamento foi substituído por, anfotericina, com excelente resposta.

**DISCUSSÃO:** O diagnóstico laboratorial da leishmaniose tegumentar baseia-se principalmente na pesquisa de parasitas em esfregaço das lesões após a coloração de Giemsa. Utiliza-se biópsia do bordo escarificado da lesão com impressão por aposição em lâmina de vidro e/ou punção aspirativa da lesão. Pode-se realizar o diagnóstico de forma indireta, através da mensuração da resposta imune celular com a injeção intradérmica de antígenos do parasita (intradermorreação de Montenegro), que deve ser medida em 48 a 72 horas, sendo consideradas positivas as reações com área de endurecimento maior que 5mm. No diagnóstico diferencial com lesões cutâneas, excluir úlceras traumáticas, de estase, tropicais, diabetes, anemia falciforme, piodermite, paracoccidiodomicose, esporotricose, cromoblastomicose, neoplasias cutâneas, sífilis, e hanseníase virchowiana.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diante do caso, concluímos que as manifestações extraintestinais nas doenças inflamatórias (DII) ocorrem de maneira frequente e exigem uma anamnese e exame físico detalhados, em busca de sinais e sintomas que possam nos levar ao diagnóstico. Doenças oportunistas em pacientes que fazem uso de imunossupressores também devem ser investigadas categoricamente. O tratamento precoce de cada uma delas tem a possibilidade de mudar o desfecho e resposta clínica, com melhora da qualidade de vida e menor morbimortalidade dos pacientes acometidos pelas DII.

**CONTATO AUTOR:** DAYANA PETERLE CHRISTO | dayana\_peterle@hotmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 102165 – SÍNDROME DE HEYDE: UMA PATOLOGIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

**AUTORES:** Davi Viana Ramos (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vinícius Lima de Souza Gonçalves (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Vitória da Conquista - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 72 anos, procurou pronto-socorro por queda da própria altura e traumatismo crânio-encefálico. Apresentava rebaixamento de consciência, palidez cutânea e ausculta cardíaca com sopro sistólico em foco aórtico. A avaliação laboratorial registrou anemia grave (Hb=4,7 g/dL) e a tomografia computadorizada (TC) de crânio não apresentou sinais de insulto isquêmico/hemorrágico agudo. Recebeu hemotransfusão e foi internado para investigação diagnóstica. Sua endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia não evidenciaram sangramento e a TC de abdome não apresentou anormalidades. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi negativa. Seu ecocardiograma identificou estenose aórtica (EA) importante. Ainda sob suspeita de hemorragia digestiva foi realizada enteroscopia por cápsula endoscópica com achados de ectasias vasculares de bulbo duodenal, íleo distal e ceco com sinais de sangramento recente. A associação de angiodisplasia intestinal e EA grave levaram a hipótese diagnóstica de Síndrome de Heyde, porém a dosagem do Fator de von Willebrand (FvW) foi realizada após transfusão de plasma fresco congelado, resultando em dado falso negativo. Foi iniciado tratamento com octreotida e reposição parenteral de ferro. O paciente evoluiu com cessação do sangramento e melhora sintomática. Recebeu alta hospitalar com estabilização de níveis hematemétricos e em aguardo de cirurgia para troca valvar.

**DISCUSSÃO:** A Síndrome de Heyde é formada pela tríade de EA, angiodisplasia gastrointestinal e doença de von Willebrand adquirida (DVWA). Dentre os sintomas possíveis, o sangramento gastrointestinal pode ser de difícil avaliação caso não seja grave ou óbvio e requer a realização de enteroscopia por cápsula endoscópica caso a EDA e colonoscopia não identifiquem o sítio de sangramento [1,3]. O tratamento de primeira linha é a substituição da válvula aórtica, mas em casos de sangramento agudo importante é possível o uso de somatostatina ou octreotida, que reduzem a pressão venosa no sistema venoso portal e o sangramento, até a abordagem cirúrgica ser realizada [1-3]. A Síndrome de Heyde é subdiagnosticada porque, apesar de seus componentes serem comuns, a associação entre eles é pouco conhecida [3,4].

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A síndrome de Heyde é uma condição incomum de difícil diagnóstico e pouco conhecida, ocasionando risco aumentado de morbidade e mortalidade. A presença de sangramento gastrointestinal e evidência de EA devem chamar atenção para a investigação de DVWA e o diagnóstico e tratamento da síndrome.

**CONTATO AUTOR:** DAVI VIANA RAMOS | davi\_dvr@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 102241 – Vasculite reumatóide como causa de pseudo-obstrução intestinal: relato de caso

**AUTORES:** Cíntia Mitsue Pereira Suzuki (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Mariana Barros Marcondes (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Cássio Vieira Oliveira (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sassaki (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Fernando Gomes Romeiro (Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 59 anos, feminina, com artrite reumatóide (AR) há 8 anos, em uso de prednisona 20 mg por dia e adalimumabe a cada 14 dias. Após suspensão das medicações, iniciou quadro de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, hiporexia, inchaço abdominal pós-prandial e evacuações diarreicas com muco. Foi tratada inicialmente como gastrite e enterite infecciosa, sem melhora. Evoluiu com emagrecimento, edema de membros inferiores, febre e episódios de hipoglicemia. Foi internada para investigação e início de dieta parenteral. Tinha anemia e hipoalbuminemia, com proteína C reativa e tempo de protrombina elevados. Realizadas colonoscopia e endoscopia digestiva alta, que não tinham alterações relevantes. Tomografia mostrou íleo com paredes espessadas, jejuno com estreitamento tubular, alças dilatadas e paredes espessadas, sem níveis hidroaéreos. Enteroscopia anterógrada mostrou erosões lineares, rasas e bem delimitadas em terço médio a distal do intestino delgado, com úlcera circunferencial subestenotante. Biópsias revelaram intenso infiltrado inflamatório neutrofílico e lesões ulceradas com crosta fibrinoleucocitária, sem achados sugestivos de Doença de Crohn ou neoplasia. Foi feita hipótese de Vasculite Reumatóide (VR) e reiniciada corticoterapia, com nítida melhora. A seguir foi reintroduzido adalimumabe e associada azatioprina 50 mg por dia. Repetida enteroscopia anterógrada 8 meses depois, com desaparecimento total das lesões. A paciente se manteve assintomática e recuperou peso.

**DISCUSSÃO:** A VR é uma afecção rara, descrita apenas em séries de casos, mas de evolução grave. Normalmente cursa de forma aguda, podendo evoluir com infarto e perfuração intestinal. Em outros casos, como o relatado, evoluem de forma mais gradual. A definição diagnóstica de vasculite é raramente estabelecida pela histologia, sendo necessário combinar achados macroscópicos e a história de AR para chegar ao diagnóstico. A VR nem sempre ocorre junto com a piora da AR e deve ser investigada quando um paciente com AR tiver sintomas gastrointestinais, principalmente durante a redução de imunossupressores.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O curso clínico, a morfologia e a localização das úlceras tornaram menos prováveis outros diagnósticos como isquemia, linfoma, doença de Crohn e enterite infecciosa. O diagnóstico de VR foi mantido pela melhora clínica e endoscópica com a corticoterapia.

**CONTATO AUTOR:** CINTIA MITSUE PEREIRA SUZUKI | [cintia\\_mitsue@hotmail.com](mailto:cintia_mitsue@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102249 – PNEUMATOSE INTESTINAL APÓS TRATAMENTO DE DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Marília Adriano Mekdessi (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Mariana Magalhães Alves Rocca (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Anna Gabryela Medeiros Afonso de Carvalho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriela de Souza Bueno (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Janedson Baima Bezerra Filho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marcia Guimaraes Villanova (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Lucas Oliveira (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Camila Derminio Donadel (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Patrícia Oliveira da Cunha Terra (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Rachel Maria de Souza Soares (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Renato Luiz Guerino-Cunha (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Um homem de 20 anos com leucemia linfoblástica aguda de células B recidivante foi submetido a um transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) de sangue periférico haploidêntico. No dia 87 pós-TCTH, devido a doença enxerto contra hospedeiro (DECH) intestinal e hepático refratário a corticóide, o ruxolitinibe foi escolhido como uma segunda linha de tratamento e ele alcançou remissão. No dia 131, durante o protocolo de triagem infecciosa para neutropenia febril, uma tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrou pneumomediastino e pneumoperitônio. Naquela época, o paciente não apresentava queixas abdominais ou sinais de peritonite e estava hemodinamicamente estável. Uma nova TC de abdome foi realizada e revelou extensa pneumatose intestinal (PI). Os estudos laboratoriais mostraram pH 7,37, bicarbonato 25 mmol / L e lactato 0,89 mmol / L. Foi iniciado tratamento conservador com jejum, suporte nutricional parenteral precoce, metronidazol oral, inalação com oxigênio de alto fluxo e desmame mais rápido dos imunossupressores (não havia sinais de atividade da DECH). O paciente evoluiu com melhora clínica e a TC de abdome 2 semanas após início do tratamento evidenciou melhora significativa das lesões.

**DISCUSSÃO:** Pneumatose intestinal é uma condição rara caracterizada pela presença de gás dentro da parede do intestino delgado ou grosso. Sua etiopatogenia não é clara. Imunossupressão prolongada, uso de agentes antimicrobianos, jejum, infecção e DECH são as causas mais comuns no contexto de TCTH. Apesar da maioria dos pacientes ser assintomática, alguns podem desenvolver complicações abdominais agudas levando a uma condição potencialmente fatal. Nesse cenário, algumas variáveis possivelmente indicam maior risco, como sinais e sintomas de peritonite, acidose metabólica e hiperlactatemia. Pós-TCTH, os pacientes com IP devem ser tratados com cuidado, de preferência com abordagem não cirúrgica, além de cuidados de suporte e tratamento da doença de base.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A PI é uma condição rara, porém muitas vezes pode ser subdiagnosticada, uma vez que a maioria dos casos é assintomática. Deve ser lembrada principalmente em contexto de uso de corticóide em altas doses e uso de imunossupressores. Como uma condição potencialmente fatal, os médicos devem estar cientes dessa complicação para intervir prontamente em casos graves e julgar cuidadosamente se procedimentos invasivos são necessários, pois o manejo conservador parece ser eficaz.

**CONTATO AUTOR:** MARILIA ADRIANO MEKDESSI | mariliamekdessi@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102254 – Doença de Whipple como diagnóstico diferencial de diarreia crônica: um relato de caso

**AUTORES:** ISABELLE FALEIROS FERNANDES (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), LARA VEIGA FREIRE (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), NATALIA ENGLER RAVASIO (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), DANIELA SILVA GALO (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), LIVIA JAYME PAULUCCI (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), VANESSA MADRID VIVO (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), RONIKI CLEAN SA FLORENCIO (FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Edla Polsinelli Bedin Mascarin Do Vale (FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 59 anos, com história prévia de artrite reumatoide (AR) soronegativa. Dez anos após o diagnóstico de AR, paciente iniciou quadro de diarreia crônica com presença de sangue, além de inapetência, vômitos e perda ponderal. Foram realizados exames iniciais: as sorologias eram negativas, apresentava IgG discretamente aumentada, FAN não reagente, função tireoidiana preservada, anemia e hipoalbuminemia importante. O exame de fezes sem alterações. A TC de abdômen sugeria enterite. Já o exame endoscópico evidenciava, em intestino delgado, mucosa hiperemiada com realce de vilosidades associado a placas esbranquiçadas aderidas à mucosa, sendo interrogado linfangiectasia. A biopsia mostrava inicialmente uma enterite crônica inespecífica. Diante do quadro de gastroenteropatia perdedora de proteínas, interrogamos doença de Whipple (DW). Por isso, solicitando uma revisão de lâmina de biópsia com coloração periódica de ácido-Schiff (PAS), que confirmou DW. Iniciamos tratamento com antibióticos e paciente evoluiu com boa resposta.

**DISCUSSÃO:** A DW é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Tropheryma whipplei*, que acomete principalmente o trato gastrointestinal, mas também pode envolver outros sistemas como articular e nervoso central. É uma patologia rara, com incidência de 30 casos por ano.

O quadro clínico pode ser variável, mas existem quatro sintomas cardinais: artralgia, perda ponderal, diarreia e dor abdominal. A artralgia é o sintoma mais recorrente, podendo estar presente em até 80% dos casos e pode preceder os outros sintomas em até 6 anos.

Os sintomas gastrointestinais costumam aparecer de forma mais tardia e se manifestam com diarreia intermitente, dor abdominal em cólica, perda de peso, esteatorréia e sangue oculto nas fezes. A DW também pode apresentar sintomas sistêmicos, acometimento cardíaco, pulmonar, dermatológico e manifestações neurológicas como demência, nistagmo e miorritmias. Entre os achados laboratoriais destaca-se hipoalbuminemia.

A forma diagnóstica para DW mais aceita é a realização de biópsia de intestino delgado para pesquisa de histologia com PAS. As alterações que são características de DW são: vilosidades dilatadas, ectasia de vasos linfáticos, edema de mucosa. O tratamento é feito com antibioticoterapia por um ano.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Como é uma doença rara com sintomas inespecíficos é importante o conhecimento da doença visando alta suspeição para diagnóstico e tratamento.

**CONTATO AUTOR:** ISABELLE FALEIROS FERNANDES | [isabellefaleiros@gmail.com](mailto:isabellefaleiros@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102288 – DOENÇA DE CROHN ASSOCIADA À ARTERITE DE TAKAYASU: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** LUIZ FERNANDO PITANGUI DE OLIVEIRA (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CLEYTON P ANDRADE (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), AYMÉE N LUSTOSA E TORRES (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), ANA THEREZA C MARZOLA (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELIPE LOPES R BARRETO (HSPM SP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FERNANDA S DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE ITAÚNA - ITAÚNA - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo feminino, 35 anos, natural e procedente de São Paulo (SP), parda, previamente colecistectomizada. Refere há 4 anos quadro de urgência evacuatória com fezes líquidas de 3-4 vezes ao dia, com muco, sem outros produtos patológicos. Nega perda de peso. Possuía colonoscopia de setembro de 2016 evidenciando úlceras em íleo terminal e colite leve restrita ao ceco. Na ocasião, paciente iniciou tratamento com mesalazina (1,5 g/dia por 30 dias) sem melhora. Após 9 meses retorna com nova colonoscopia (setembro de 2018) mostrando colite erosiva moderada em cólon ascendente e ceco (AP: colite focal crônica com presença de eosinófilos) e ressonância magnética de pelve (fevereiro/2018) com achado de espessamento parietal difuso de íleo distal. Após 18 meses, paciente retorna (janeiro/2021) com persistência dos sintomas além de elevação da pressão arterial no período, sendo diagnosticada com Arterite de Takayasu (AT); tomografia de abdome mostrando comprometimento da aorta e artéria renal. Foi iniciado então pulsoterapia associada a azatioprina e metotrexate, sem resposta. Foi então iniciado infliximabe 5 mg/kg de 6/6 semanas, obtendo melhora da dor abdominal e do padrão evacuatório. Colonoscopia realizada 4 meses após início do infliximabe evidenciando úlceras em íleo terminal e retrações cicatriciais em cólon direito, associado a pseudopólipos. Exames laboratoriais com VHS:4 mm/h, Proteína C Reativa: menor que 0,4 mg/L e Calprotectina Fecal: 39 mcg/g (referência menor de 50).

**DISCUSSÃO:** A Doença de Crohn e a Arterite de Takayasu são doenças inflamatórias crônicas de natureza granulomatosa, sendo a ocorrência de ambas simultaneamente de forma excepcional, com raros casos relatados na literatura (1). A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal de origem autoimune, tendo como provável causa uma interação entre agentes imunológicos, genéticos e ambientais (2). Já a Arterite de Takayasu compreende uma vasculite crônica dos grandes vasos (3), sendo sua etiologia ainda controversa. O tratamento biológico deve ser considerado nos casos de Doença de Crohn de moderada a grave (4). Somado a isso, para a Arterite de Takayasu, agentes anti-TNF-alfa estão sendo bastante eficazes no tratamento, principalmente para pacientes que não apresentavam sucesso com outros medicamentos (5).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A importância do relato de caso encontra-se na raridade dessa associação, a dificuldade no diagnóstico e complexidade de tratamento de ambas as patologias.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ FERNANDO PITANGUI DE OLIVEIRA | luiz-fernando00@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102289 – Diagnóstico Diferencial de Doença de Crohn: Relato de Caso

**AUTORES:** Camila Guimarães Ribeiro de Moraes (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Carolina de Paula Guimarães Baía (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luana Antunes Silqueira Neves (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Sarah Teixeira Dantas (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Régis Suwa Marques (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Elisa Maria Reis dos Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Bruna Pereira França (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 69 anos, queixando cólica abdominal difusa, aumento da flatulência e emagrecimento há 6 meses. Diagnosticada inicialmente com Doença de Crohn, através de tomografia abdominal com ileíte terminal, e colonoscopia com ulcerações em ceco e íleo terminal, associada à histologia compatível com tal diagnóstico. Iniciou uso de azatioprina e prednisona, evoluindo após 1 mês com quadro febril diário, sem melhora após uso de ciprofloxacino por 14 dias e suspensão da azatioprina. No 21º dia do quadro febril, foi internada para extensão propedêutica. Submetida a exames laboratoriais, com elevação de proteína C reativa, anemia leve e beta-2-microglobulina discretamente elevada, além de enterografia por tomografia com sinais de ileíte. Foi diagnosticada com COVID-19, através de tomografia de tórax com opacidades em vidro-fosco e posterior RT-PCR positivo. Recebeu ceftriaxone e azitromicina, apesar de ausência de sintomas respiratórios, permanecendo com febre. No 34º dia do quadro febril foi submetida a nova colonoscopia, com biópsias, que evidenciou erosões em cólon direito, válvula íleo-cecal e íleo terminal, sugestivas de Doença de Crohn, porém, histologia concluiu diagnóstico de Tuberculose Intestinal através de pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente positiva. Iniciado tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, evoluindo com melhora clínica. Ao término do tratamento a paciente realizou nova colonoscopia com melhora das lesões, evidenciando apenas alterações mucosas de aspecto cicatricial em ceco e válvula-íleo cecal.

**DISCUSSÃO:** Distinguir Doença de Crohn de Tuberculose Intestinal configura um desafio na prática clínica, pois ambas podem apresentar características clínicas, radiológicas, endoscópicas e histológicas semelhantes. Diante disso, no caso apresentado, tais características não foram suficientes para aumentar a suspeição de uma doença ou de outra, tendo sido a infecção concomitante por COVID-19 mais um fator de confusão. O diagnóstico de Tuberculose Intestinal foi concluído através da positividade da pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente nas biópsias da segunda colonoscopia, e confirmado posteriormente, após resposta satisfatória com tratamento instituído.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Esse caso mostra o quão difícil pode ser a diferenciação entre Doença de Crohn e Tuberculose Intestinal, levando a definições diagnósticas e terapêuticas tardias e por vezes erradas, com aumento do risco de repercussões negativas na evolução destas doenças.

**CONTATO AUTOR:** CAMILA GUIMARAES RIBEIRO DE MORAES | camila\_guima@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102299 – Doença inflamatória intestinal (DII) x Parkinsonismo: relato de caso

**AUTORES:** KEILHA DA SILVA ANDRADE (UFPB - João Pessoa - Paraíba - Brasil), JEFFERSON QUEIROZ CARNEIRO (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Geronimo Franco de Almeida (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Emanuelle Gomes Reis Galvão (Hospital da Restauração - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Ligia Almeida Carlos Diniz (Hospital da restauração - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Simone Fernandes Trajano Furtado (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Marcelo Gonçalves Sousa (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Antônio Carlos Coelho Conrado (Hospital Restauração - RECIFE - Paraíba - Brasil), Alex Tiburtino Meira (UFPB - Joao Pessoa - Paraíba - Brasil), Alexandre Augusto Ramalho Araruna (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Paulo Duques de Amorim (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Tiago Lima de Luna Freire (UFPB - JOAO PESSOA - Paraíba - Brasil), Luis Paulo Reis Galvão (CEDIRE - RECIFE - Pernambuco - Brasil), Aline Campos Britto (Hospital Restauração - RECIFE - Pernambuco - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Adulto, 37 anos, internado em hospital da cidade de João Pessoa devido parada cardiorrespiratória, por quadro de choque séptico, de etiologia gastrointestinal. Permaneceu intubado por cerca de 02 semanas, com estabilização clínica seguida de alta da UTI. Como antecedentes, apresentava diagnóstico recente de parkinsonismo. Evoluiu com quadro de diarreia importante, cerca de 10 evacuações por dia, em pequena quantidade, sem muco ou pus, com presença eventual de sangue. Consideradas as hipóteses de colite pseudomembranosa, isquêmica e infecciosas, que foram refutadas pela investigação complementar. O primeiro exame evidenciou pancolite ulcerativa com biópsias sugerindo colite crônica. Foi iniciado mesalazina 2g/dia, com melhora do quadro. Após cerca de 01 mês, ainda internado, paciente evoluiu com quadro de hematoquezia importante, tendo sido submetido a colonoscopia que evidenciou estenose a cerca de 50cm da borda anal, com histologia novamente negativa. O paciente foi submetido à retossigmoidectomia com macroscopia mostrando colite crônica e histologia com presença de microabscessos de criptas, corroborando com quadro de retocolite. Foi iniciado azatioprina 5mg/kg/dia e prednisona 60mg/dia com desmame progressivo, além de otimização de drogas dopaminérgicas, incluindo levodopa. Um ano depois, paciente fez reconstrução de cólon, evidenciando-se melhora progressiva do déficit neurológico, com acompanhamento regular no ambulatório de distúrbios do movimento, tendo sido considerado por avaliação multidisciplinar como caso típico de DII associada ao neuroeixo.

**DISCUSSÃO:** Os avanços da ciência afirmam uma possível relação entre os microorganismos que vivem no sistema digestivo e o mal de Parkinson. Uma das apostas é que a microbiota intestinal aumenta a produção de alfa-sinucleína no cérebro

Um estudo comparativo dinamarquês revelou um aumento de 22% no risco de Parkinson nos pacientes com DII, em comparação com indivíduos sem doença, não havendo constatação de influência pelo sexo, idade do diagnóstico de DII ou período de acompanhamento. Evidenciou-se um risco ligeiramente maior de indivíduos com colite ulcerosa em relação aos que tinham doença de Crohn.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso em questão corrobora com os estudos que associam o eixo doença intestinal promovendo maior risco para doença mental, entretanto não podemos deixar de enfatizar que a atividade cerebral também influencia a composição e o equilíbrio da microbiota intestinal, sendo assim um desafio diagnóstico e terapêutico.

**CONTATO AUTOR:** KEILHA DA SILVA ANDRADE KEILHA ANDRADE | keilhaandrade@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102308 – Doença de Crohn perianal iniciada em vigência de Infiximabe – Como manejar?

**AUTORES:** Carla Almeida Rodolfo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernanda Costa Azevedo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Thaisa Moraes Ribeiro Espírito Santo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carrera Moreno (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimaraes Araujo (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Rebeca Silva Moreira Fraga (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Layni Storch (Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 28 anos, com quadro de diarreia aquosa, 08 episódios ao dia, com sangue, associada síndrome consumptiva, dor abdominal em fossa ilíaca direita e alguns episódios de febre. Exame físico: abdome flácido, doloroso à fossa ilíaca direita. Colonoscopia que evidenciou mucosa ileal espessada, friável e estenose de aspecto cicatricial junto à válvula íleo-cecal, impedindo progressão do aparelho. Exame anatomopatológico com Ileíte crônica intensa, em atividade acentuada, acompanhada por ulceração e abscessos de criptas. Enterotomografia espessamento da válvula ileocecal e íleo terminal, por cerca de 7-8 cm, com edema e densificação dos planos gordurosos, compatível com processo inflamatório em atividade. Calprotectina fecal >800 mcg/g. Contato prévio com Epstein Barr, rastreamento de tuberculose latente e sorologias virais negativos. Feita hipótese diagnóstica de Doença de Crohn ileal estenosante, sendo realizado profilaxia de estrogiloidíase disseminada e iniciado prednisona 40 mg por 2 semanas, seguida por desmame gradual. Devido a fatores de mau prognóstico como idade jovem e doença estenosante, optou-se por associação de azatioprina 2.5 mg/kg/dia e infliximabe 5mg/kg/dia a cada 8 semanas. Após início de tratamento apresentou remissão clínica sem corticoide, porém 3 meses após o início do infliximabe evoluiu com tumefação anal dolorosa com calor local e evacuações com sangue. Ressonância Magnética de pelve abscesso em fossa isquiorretal esquerda medindo 2,3 cm com sinais de processo inflamatório adjacente e presença de pequena fístula perianal interesfincteriana que se comunicava. Prescrito ciprofloxacino por 08 semanas e realizado drenagem de abscesso perianal com colocação de sedenho. Otimizado infliximabe para a cada 4 semanas. Paciente evoluiu com remissão clínica, endoscópica, radiológica e histológica.

**DISCUSSÃO:** Paciente jovem com Doença de Crohn Ileal estenosante evoluindo com abscesso e fistula perianal após 4 meses do início de imunossupressor e imunobiológico em doses convencionais. Optado por otimização do infliximabe, antes de avaliar troca de anti- TNF ou de classe terapêutica

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A doença de Crohn pode evoluir com doença perianal ao longo do curso da doença em até um quarto dos pacientes. O infliximabe é eficaz no tratamento de fístulas, por isso a importância da otimização da dose antes da troca para outro anti-TNF ou outra classe terapêutica. Caso disponível, a dosagem de nível sérico da droga e de anticorpos anti-droga auxiliariam a tomada de decisão.

**CONTATO AUTOR:** CARLA ALMEIDA RODOLFO | calmeidarodolfo@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 102314 – Persistência de sangramento digestivo em paciente cirrótica com Síndrome de Heyde

**AUTORES:** Annita Cavalcante Farias Leoncio Cardoso (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Gomes Reis (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Silvia Regina Pereira Soares (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luciane Reis Milani (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Felipe José Dos Santos Pereira (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carla Brigido De Oliveira (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Aldemar Da Silva Costa Neto (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Luiza Teixeira Monteiro (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Heloisa Di Matteo Joaquim (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andre Okuhara Fujita (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Lucena Landim (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Raul Carlos Wahle (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), João Luiz Amaral Viana (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paula Bechara Poletti (IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher de 69 anos, cirrótica por síndrome de sobreposição (hepatite auto-imune e colangite biliar primária), previamente submetida a implante de valva aórtica transcater (TAVI) devido a estenose aórtica importante (EAO) há 3 meses, foi admitida na emergência com relato de hematêmese volumosa. Após estabilização hemodinâmica e transfusão sanguínea, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) com visualização de três varizes, duas de fino e uma de médio calibre com sinal da cor vermelha, tratadas com ligadura elástica. Fez uso de Terlipressina e Ceftriaxone profilático, recebendo alta após 10 dias com Propranolol para profilaxia secundária, além de ser mantido Clopidogrel, por conta da prótese valvar. Após uma semana, retorna no pronto-socorro com relato de novo episódio de enterorragia importante associado a síncope. Na investigação, não havia sinais de sangramento agudo na EDA, porém na colonoscopia foi notado, em colón transversal, lesão vascular plana compatível com angiectasia com cerca de 15 mm, sem sinais de sangramento recente. A presença de sangramento digestivo por angiodisplasia e estenose aórtica sugeriu o diagnóstico de síndrome de Heyde (SH) com persistência de sangramento mesmo após a troca valvar. Devido à refratariedade, foi prescrito Octreotida 20 mg, intramuscular, de uso mensal, com melhora da anemia e sem novos episódios de sangramento digestivo.

**DISCUSSÃO:** A SH é definida pela associação de estenose aórtica importante e sangramento gastrointestinal por angiodisplasia. A fisiopatologia é baseada na deficiência adquirida dos multímeros de alto peso molecular do FvW (doença de von Willebrand tipo 2A). A tensão de cisalhamento causada pela valva estenótica acarreta alterações na estrutura da molécula do FvW e proteólise pela enzima ADAMTS13. O desenvolvimento da doença causa alterações hemostáticas que predisõem ao sangramento da angiodisplasia intestinal. O tratamento, geralmente, envolve a troca da valva aórtica, e terapêutica endoscópica está indicada nos casos de sangramento ativo. O uso de octreotida é uma alternativa em casos refratários com bom controle de sangramento e, principalmente, nos pacientes com alto risco cirúrgico

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A SH é uma condição rara, potencialmente fatal, com fisiopatologia complexa, tem como tratamento o reparo da valva aórtica com bom desfecho. O uso de octreotida deve ser lembrado, particularmente, em pacientes com sangramento gastrointestinal refratário e naqueles com alto risco para procedimentos invasivos.

**CONTATO AUTOR:** ANNITA CAVALCANTE FARIAS LEONCIO CARDOSO | annita\_farias@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102320 – TUMOR CARCINOIDE EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN ESTENOSANTE NÃO RESPONSIVO AO TRATAMENTO CLÍNICO

**AUTORES:** Vanessa Teixeira Campos (CLIA GEN - Salvador - Bahia - Brasil), Andrea Canário (Clínica de Atenção em Gastroenterologia Especializada e Nutrição - Salvador - Bahia - Brasil), Erick Santos Nery (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Alexandre Lopes de Carvalho (Sociedade Brasileira de Coloproctologia - Salvador - Bahia - Brasil), Maria Gabriela Freitas Viana (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Thais Dias Gonzalez (Delfin Medicina Diagnóstica - Salvador - Bahia - Brasil), Pedro de Almeida Silva (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Genoile Oliveira Santana (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, há 17 anos cursando com episódios intermitentes de dor e distensão abdominal seguido de vômitos pós alimentares, além de perda de 12kg. Há 3 anos, com piora do quadro, realizou investigação, sendo evidenciada durante a colonoscopia lesão vegeto-ulcerada extensa no terço distal do íleo, compatível com ileíte crônica na anatomia patológica. Enterorressonância magnética de abdome evidenciou, em segmento ileal médio, três áreas de estenose, compatíveis com Doença de Crohn (DC). Após perda de seguimento ambulatorial, há 1 ano paciente retorna com resultados de exames (calprotectina > 3.000, proteína C reativa 9), relato de náuseas, vômitos, distensão abdominal e febre diária. Tomografia computadorizada de abdome revelou espessamento parietal assimétrico no íleo proximal, de aspecto nodulariforme, com pequena intussuscepção ileoileal e sinais de suboclusão intestinal, além de linfonodomegalias mesentéricas e perilesionais, algumas com aspecto irregular e focos de calcificação. Videolaparoscopia evidenciou implantes peritoneais, metástases hepáticas e acometimento linfonodal. Após enterectomia segmentar, a anatomia patológica revelou tumor neuroendócrino bem diferenciado (tamanho 2,5x2,0 cm), unifocal, com extensão até serosa e com invasão linfonodal.

**DISCUSSÃO:** Os tumores carcinoides no contexto de DC são raros. A DC está associada a uma incidência de 14,9 vezes de tumor carcinóide em comparação com carcinoides incidentais. Acredita-se que as citocinas pró-inflamatórias na DC causem hiperestimulação e hiperplasia das células enteroendócrinas. O paciente com DC que não responde a terapêutica deve ser investigado para neoplasia primária de delgado, metástases atípicas de órgãos distantes e infecções atípicas. Desse modo, cabe aos profissionais uma revisão confirmatória do diagnóstico, com revisão dos critérios clínicos, dos exames laboratoriais, de imagem e histológicos para assim determinar se não é um caso de outra possibilidade diagnóstica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Diversas patologias do intestino delgado podem mimetizar a DC em atividade. Dessa maneira, é fundamental que o profissional se atente a outras possibilidades diagnósticas, utilizando de diversos recursos para confirmar ou descartar outras patologias que cursam com sinais e sintomas similares, garantindo melhor tratamento e prognóstico ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** ERICK SANTOS NERY | ericknery1@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102335 – DOENÇA DE BEHÇET COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: RELATO DE CASO

**AUTORES:** João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Lessa Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Hemely Almeida do Nascimento (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Lívia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, com diagnóstico em outro serviço de doença de Crohn (DC) ileocolônica há 6 anos, a partir de quadro clínico de diarreia crônica, com fezes sanguinolentas, dor abdominal em cólica e perda ponderal importante, com achados histopatológicos da colonoscopia inespecíficos de ileíte crônica leve, colite crônica moderada e retite crônica. Em uso de mesalazina 2g/dia desde então, sem apresentar melhora importante. É encaminhada ao ambulatório de Gastroenterologia devido à progressão da doença inflamatória, incluindo perda da acuidade visual bilateral com atrofia de nervo óptico bilateral e uveíte posterior em olho esquerdo. Ao interrogatório, foi constatado histórico de úlceras orais e vaginais recorrentes, que desapareceram após introdução de corticoterapia há 6 meses, sendo levantada a hipótese diagnóstica de doença de Behçet (DB) com manifestação intestinal.

**DISCUSSÃO:** A DB é uma vasculite sistêmica crônica e rara, com manifestações clínicas de aftas genitais e orais de repetição, associadas ou não a dores articulares, acometimento ocular e, em 25% dos casos, intestinal. Quando acomete o trato gastrointestinal, os locais mais acometidos são íleo terminal e cólon direito, com achados endoscópicos de úlceras únicas ou múltiplas, de tamanho variável. Tendo em vista sua apresentação intestinal e extraintestinal, a DC é um dos seus principais diagnósticos diferenciais para DB. A presença de achados como acometimento da câmara posterior do olho ou a presença de úlceras genitais recorrentes devem chamar atenção para o diagnóstico da vasculite sistêmica. Além disso, o histopatológico na DC se baseia na presença de células calciformes e mucina preservadas, além de granulomas não caseosos, os quais podem ser encontrados em 30% dos casos e, quando presentes, são usados para descartar DB.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar do acometimento intestinal não ser o mais prevalente da DB, e ser muito semelhante ao da DC, deve-se ficar atento para tal condição, principalmente na presença de achados como uveíte posterior e úlceras orais e genitais recorrentes. É essencial uma abordagem criteriosa para o diagnóstico precoce e tratamento efetivo visando melhora clínica, endoscópica e laboratorial, garantindo, assim, qualidade de vida ao paciente.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenio1@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102339 – UM RELATO DE ILEÍTE ESTENOSANTE: TUBERCULOSE INTESTINAL OU DOENÇA DE CROHN?

**AUTORES:** Flora Lorenzo Fortes (Hospital Geral Roberto Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Catarina Gomes Menezes (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Davi de Freitas César (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil), Denise Gomes Vieira (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Erick Santos Nery (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Lucas Araújo Gomes (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Pedro Barbosa de Sá (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Genoile Oliveira Santana (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 47 anos, tabagista, previamente hígido, relatou distensão abdominal há 1 semana, associada a calafrios, dor abdominal e vômitos. Referiu episódios esparsos de diarreia após a ingestão de gordura. Foi internado com alta após 4 dias com prescrição de ciprofloxacino, metronidazol e prednisona por 5 dias, evoluindo com melhora do quadro. Possui um irmão com doença de Crohn (DC) e história de tuberculose latente tratada (ILTB). Realizou TC de abdome, evidenciando espessamento em íleo terminal, além de colonoscopia, que mostrou aspecto fibroestenótico ao nível da válvula ileocecal, e edema e hiperemia na entrada do íleo, com áreas de exsudato e estenose. RNM do abdome demonstrou espessamento parietal concêntrico de alças ileais mediodistais, com aumento do número de linfonodos ileocólicos, mas com dimensões preservadas. Seguiu-se com investigação para Tuberculose Intestinal (TBI), obtendo QuantiFERON-TB positivo e PPD não reagente. O estudo anatomopatológico acusou ileíte crônica erosiva sem presença de granulomas e pesquisa de BAAR negativa. Aguarda-se o resultado da cultura e do PCR.

**DISCUSSÃO:** A TBI e a DC são doenças que podem ter apresentações clínicas parecidas, com alta prevalência de acometimento ileocecal e predomínio de inflamação granulomatosa. Muitas vezes estas doenças se confundem, reservando a definição diagnóstica a poucos recursos complementares. O aspecto endoscópico pode ajudar no grau de suspeição, porém não define o diagnóstico. A presença de necrose central no linfonodo vista nos métodos de imagem e a inflamação granulomatosa com presença ou não de necrose na biópsia ajudam, porém nem sempre estão presentes. Assim, diante da similaridade das manifestações clínicas, o diagnóstico diferencial é importante para direcionar ou não os pacientes à terapia imunossupressora, já que seu uso inadequado pode acarretar graves complicações.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Trata-se de um paciente com quadro sugestivo de DC, não sendo possível afastar TBI, tendo em vista o histórico familiar do irmão e a procedência de região endêmica. A colonoscopia foi sugestiva de DC em atividade, assim como a biópsia. O QuantiFERON-TB positivo indicava a suspeita de TB, mas o resultado positivo isolado não permite o diagnóstico de TBI, tornando o diagnóstico definitivo um desafio. Estudos com novos métodos de biologia molecular e avaliação de testes diagnósticos são necessários na busca de ferramentas que ajudem no cenário.

**CONTATO AUTOR:** ERICK SANTOS NERY | ericknery1@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102344 – TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Bruna Devens Conte (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Elisa Altoé (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Lívia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 62 anos, com diagnóstico de doença de Crohn com topografia de intestino delgado e íleo terminal desde 2015, em terapia inicial com azatioprina na dose de 2,5 mg/kg e posteriormente, pelo controle clínico, laboratorial e endoscópico da doença, optado por dose de manutenção de 50 mg/dia. Durante o acompanhamento ambulatorial, foi solicitada enterotomografia de controle em março de 2021, que descreveu uma massa sólida em fossa ilíaca direita medindo 8,6 x 7,1 cm, com tênues calcificações de permeio, com realce heterogêneo ao meio de contraste, áreas de necrose central, em íntimo contato com alças do intestino delgado, porém, sem obstrução intestinal e marcador CA-125 9,20 U/mL. Optada pela abordagem cirúrgica para elucidação do quadro, que revelou massa exofítica, vascularizada, sem sinais de invasão a outros órgãos e de provável origem em alça jejunal, sendo realizada enterectomia com anastomose. O histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal (GIST) com áreas de necrose e imunohistoquímica com CD117, clone MIB-1 e DOG1 positivos. A paciente mantém seguimento ambulatorial, assintomática e em remissão da doença.

**DISCUSSÃO:** GIST é uma neoplasia rara do trato digestivo, que ocorre principalmente em pacientes com mais de 60 anos e com localização, em 60% dos casos, no estômago e, em 30-40% no intestino delgado, preferencialmente em jejuno e íleo. O tumor pode ser assintomático ou variar para manifestações inespecíficas, que incluem sintomas dispépticos como dor abdominal e empachamento pós-prandial. Condições inflamatórias do aparelho digestivo, como a doença de Crohn (DC), associado ao uso de drogas imunossupressoras, como azatioprina, podem representar um fator de risco adicional para o aparecimento de GIST. Além disso, a expressão de um receptor comum (peptídeo semelhante ao glucagon) entre ambas as condições aumenta as chances de aparecimento da neoplasia nos pacientes com DC.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A DC representa um fator de risco para o aparecimento de tumores do TGI como, por exemplo, o GIST, que apesar de raro, deve ser considerado. Quando diagnosticado precocemente e abordado cirurgicamente, o prognóstico pode ser favorável.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenioll@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102360 – Diarreia crônica em um paciente com Imunodeficiência Comum Variável

**AUTORES:** Diego Araújo Paternostro (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), José Carlison Santos Oliveira (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Marina Pamponet Motta (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina Silva Beda Sacramento (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Jorge Carvalho Guedes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Livia Dorea Fernandes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Tavares Freitas (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Franca Almeida (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Débora Cerqueira Neves Brito (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Karla Amaral Gusmão Miranda (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Cândida Oliveira Alves (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 40 anos, com diarreia (8 a 10 evacuações/dia, líquidas, sem sangue muco ou esteatorreia), desde os 07 anos de idade. Diagnosticada com Doença Celíaca (DC) e Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) aos 25 anos, tendo iniciado uso de Imunoglobulina Intravenosa (IGIV), prednisona 40mg/dia e dieta sem glúten. Permaneceu assintomática por 5 anos. Ficou sem acompanhamento médico, interrompendo o uso de IGIV, mantendo dieta e prednisona 20mg/dia, apresentando recidiva da diarreia e crises intermitentes de mastite com abscessos, durante 10 anos. Não portava mais os exames do diagnóstico inicial. Esteve internada há 05 meses com Síndrome de Guillain Barré (SGB). Hospitalizada em nosso serviço mantendo diarreia, com parestesia em pé esquerdo e hipoestesia em todo o membro inferior esquerdo. Dentre os exames complementares destacam-se: Imunoglobulinas (IgM, IgA, IgG) baixas; Auto anticorpos para DC não reagentes; Endoscopia com úlceras gástricas e a histologia e sem infecções, linfoma ou carcinoma; Histologia do duodeno: metaplasia foveolar gástrica, ausência de atrofia vilositária e de linfocitose intraepitelial, presença de plasmócitos na lâmina própria e ausência de parasitas; Ileocolonoscopia, enterotomografia e estudo líquórico normais. Optado por imunologista terapia com IGIV e dieta sem glúten. Acompanhada em ambulatório, com melhora do quadro. Pesquisa genética de HLA DQ2 e DQ8 positivos

**DISCUSSÃO:** A IDCV é caracterizada pela diferenciação prejudicada de células B e produção defeituosa de Ig. Define-se por baixas concentrações séricas de IgG, bem com IgA e/ou IgM, resposta ruim ou ausente à imunização, após a exclusão de outras imunodeficiências. Em geral, o diagnóstico ocorre dos 20 aos 40 anos. O acometimento gastrointestinal ocorre em cerca de 20% dos casos, sendo a diarreia crônica ou intermitente a manifestação mais comum. As causas da diarreia podem ser diversas (infecciosas, intolerâncias alimentares, neoplasias, doenças autoimunes ou a própria enteropatia associada a IDCV celíaca-like). O uso de corticoide e a dieta isenta de glúten prolongados podem ter dificultado a detecção de potenciais achados relevantes. Neuropatia sensorial periférica ou SGB tem sido descritos em cerca de 1% dos pacientes com IDCV

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A IDCV é uma doença cujo diagnóstico pode ser um desafio. Suspeitamos em pacientes com história de diarreia crônica ou recorrente, associado a infecção de repetição, doenças autoimunes e linfoproliferativas, com hipogamaglobulinemia sem causas secundárias

**CONTATO AUTOR:** DIEGO ARAÚJO PATERNOSTRO | diegoapaternostro@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102366 – Síndrome De Heyde: Relato de Caso

**AUTORES:** Luana Antunes Silqueira Neves (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Juliana Papatella Araújo (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Régis Suwa Marques (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Camila Guimarães Ribeiro de Moraes (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Bruna Pereira França (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Sarah Teixeira Dantas (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Elisa Maria Reis dos Santos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Eduardo Antônio Vilaça Duarte (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Nathália Simões Fernandes Campos (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Maria Luiza Maria Luiza Costa Pinto (Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 90 anos, queixa de dor precordial crônica que piorou nas últimas 24 horas. Paciente é hipertensa, diabética e portadora de estenose aórtica (EAo). Ao exame físico, hipocorada, dados vitais normais. Exame do precórdio mostrou sopro holossistólico em borda esternal esquerda, irradiação cervical. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina 7g/dL, VCM normal, ferropenia, vitaminas normais. Propedêutica para doença celíaca negativa. Sem história prévia de anemia, dor abdominal ou exteriorização de sangramento. Excluídas outras causas de sangramento através de ultrassom endovaginal e tomografia de abdome. Ecocardiograma com achado de dupla lesão aórtica, estenose grave, área valvar de 0.5. Endoscopia Digestiva Alta sem evidência de sangramento. A Colonoscopia mostrou 2 angiectasias no cólon ascendente; feito injeção de solução salina na submucosa e hemostasia térmica. A presença de angiectasias no cólon, associada a EAo, sugere Síndrome de Heyde (SH). A paciente recebeu hemotransfusão e reposição de ferro endovenoso. Submetida a implante percutâneo transcutâneo de valva aórtica (TAVI). Manteve estabilidade hematimétrica e recebeu alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A SH consiste na associação de sangramento gastrointestinal (SGI) por angiodisplasia (AD) e EAo. Mais comum em idosos, as AD envolvem qualquer segmento intestinal. Com a passagem do fator de von Willebrand (fvW) pela valva estenosada, há lise dos multímeros de alto peso molecular (MAPM) do fvW pela protease ADAMST13. Esses MAPM são moléculas importantes para a adequada hemostasia mediada por plaquetas e, com a lise, tornam-se menos competentes para hemostasia. Evidências sugerem que o fvW também desempenha um papel na manutenção da integridade vascular. Logo, essa proteólise pode contribuir para o desenvolvimento da AD. Além disso, a EAo gera diminuição da perfusão gastrointestinal e leva à dilatação de vasos sanguíneos induzido por hipoxemia e ao desenvolvimento de vasodilatação fixa com consequente formação de AD. O tratamento de escolha é a troca da valva aórtica. A TAVI demonstrou ótimos resultados e está se tornando o método preferido de substituição da valva. A troca valvar reduz a recorrência de SGI em comparação à intervenção endoscópica ou cirúrgica do intestino.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A SH é uma patologia rara que deve ser suspeitada em idosos com SGI e EAo. O diagnóstico correto permite a terapia em tempo hábil, que consiste em reparo adequado da valva aórtica.

**CONTATO AUTOR:** LUANA ANTUNES SILQUEIRA NEVES | luana.silqueira08@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102368 – Colite grave em paciente pós-transplante hepático por colangite esclerosante primária e hepatite autoimune: é seguro a terapia de resgate com infliximabe? - Relato de caso

**AUTORES:** Marcus Vinícius de Acevedo Garcia Gomes (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Damásio Moutinho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mariana de Lira Fonte (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maira Andrade Nacimbem Marzinotto (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Flair José Carrilho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Augusto Carneiro D"Albuquerque (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alexandre de Souza Carlos (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Freitas Cardoso Azevedo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Débora Raquel Benedita Terrabuio (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 41 anos, transplantada de fígado por hepatite autoimune (HAI) e colangite esclerosante primária (CEP) há 9 anos com recidiva de CEP pós-transplante. Portadora de retocolite ulcerativa (RCU) desde o pré-transplante, fez uso de azatioprina com necessidade de suspensão por hiperplasia nodular regenerativa e pancitopenia no pós-transplante; em uso atual de sulfassalazina e tacrolimus (nível sérico 9-12ng/ml); postergado uso de anti-TNF por receio de recidiva da HAI. Histórico prévio de espondilodiscite durante surto de agudização da RCU há 2 anos. Admitida por diarreia sanguinolenta (10x/dia), dor abdominal e abaulamentos esternal, cervical e vulvar, sugestivos de abscessos há 2 semanas. Ao exame, emagrecida, desidratada, taquicárdica, febril, hemoglobina=5.7g/dL, albumina=3.1g/dL e VHS=138mm/h. Tomografia de abdome com sinais de pancolite em atividade, sem megacólon. Descartados *Clostridium difficile*, citomegalovírus e germes oportunistas. Iniciada antibioticoterapia e corticoide venoso por 5 dias, sem melhora clínica. Retossigmoidoscopia com mucosa edemaciada, friável e com úlceras profundas. A PET-CT evidenciou realce cervical, esternal, vulvar e em alças intestinais. Na punção da coleção esternal houve saída de pus, sem identificar agente infeccioso. Devido à refratariedade ao corticoide endovenoso e presença de infecção ativa em vigência de imunossupressão com tacrolimus, optado por colectomia total e ileostomia, com resolução do quadro.

**DISCUSSÃO:** Transplantados de fígado por CEP com RCU podem apresentar maior risco de recidiva da doença intestinal, necessidade de corticoide, colectomia, infecção por *Clostridium* e displasia/câncer colorretal. Na colite grave refratária a corticoide, infliximabe ou ciclosporina são opções. O infliximabe sofre espoliação fecal e maior consumo em inflamação importante, com menores concentrações em desnutridos. Em séries de casos, o uso de anti-TNF parece estar relacionado à HAI imunomediada, causa de hepatite fulminante e perda do enxerto. A relação entre recidiva da HAI e uso de anti-TNF não é muito bem elucidada na literatura. Pela necessidade de múltiplas transfusões, presença de infecção ativa em paciente imunossuprimida e com histórico de espondilodiscite, foi optado por colectomia total com resolução do quadro.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A conduta terapêutica frente à colite grave deve ser individualizada diante das características e antecedentes do paciente, assim como a apresentação e gravidade da doença.

**CONTATO AUTOR:** MARCUS VINICIUS DE ACEVEDO GARCIA GOMES | marcusvacevedo@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 102375 – Leucemia promielocítica aguda associada à azatioprina em um paciente com doença de Crohn: Relato de caso

**AUTORES:** Janedson Baima Bezerra Filho (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Felipe Nelson Mendonça (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Marília Adriano Mekdessi (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Renan Nunes da Cruz (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Anna Gabryela Medeiros Afonso de Carvalho (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriela de Souza Bueno (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Isabela de Souza Mateus (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Mariana Magalhães Alves Rocca (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Sandro da Costa Ferreira (Hospital das Clínicas - USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de um paciente do sexo masculino de 69 anos, acompanhado por doença de Crohn ileocolônica com fenótipo estenosante diagnosticado em 1994. Encontrava-se em uso regular de mesalazina 3,2g ao dia com controle adequado dos sintomas. Em 2016, evoluiu com descompensação da doença, sendo otimizado o tratamento com a azatioprina 0,85 mg/kg/dia. O hemograma era normal antes da introdução da droga. Em 3 meses, apresentou-se com neutropenia grave com 400 neutrófilos/mm<sup>3</sup>, sendo atribuída inicialmente à toxicidade medular da azatioprina, motivando a suspensão do medicamento. Posteriormente, devido persistência da neutropenia, foi prontamente investigado, sendo identificado no mielograma infiltração maciça por blastos hipergranulares quantificada em 93%, presença de bastonetes de Auer e coloração pela mieloperoxidase fortemente positiva, levantando a hipótese de leucemia promielocítica aguda (M3). A avaliação da medula óssea e análise citogenética mostraram alterações compatíveis com tal afecção. Apesar da gravidade do caso, a quimioterapia foi administrada com sucesso. O paciente entrou em remissão clínica de ambas as doenças, recebendo alta no 45º dia de internação hospitalar.

**DISCUSSÃO:** As tiopurinas, isto é, azatioprina e a 6-mercaptopurina são drogas comumente utilizadas na prática clínica, principalmente nas doenças autoimunes, neoplasias e pós-transplantes. A azatioprina constitui uma pró-droga que é metabolizada em 6-mercaptopurina (6-mp), principal metabólito relacionado com o efeito do fármaco na redução de linfócitos, imunoglobulinas e interleucinas. Em nosso paciente, não foi mensurado o nível de 6-mp e a atividade da enzima tiopurina S-metiltransferase, no entanto, em decorrência da rápida depressão medular observada após apenas 2 semanas do início da azatioprina, é possível inferir que existam mutações genéticas relacionadas com metabolismo da droga. Se por um lado os efeitos adversos hematológicos e citopênicos da azatioprina são bem estabelecidos, casos de neoplasias hematológicas como linfomas e leucemias são raros e infrequentes. Embora a associação entre azatioprina e a LMA pareça forte, essa relação causal é difícil de ser comprovada, uma vez que o risco inerente de neoplasias é aumentado em pacientes com doenças autoimunes.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Conclui-se, a partir desse relato de caso, que esse achado deve ser considerado ao analisar os riscos e benefícios em iniciar a terapia com tiopurina para doença inflamatória intestinal, sobretudo em pacientes idosos.

**CONTATO AUTOR:** JANEDSON BAIMA BEZERRA FILHO | janedson@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102383 – Síndrome de Peutz-Jeghers e Intussuscepção intestinal, uma associação que deve ser lembrada: Relato de Caso

**AUTORES:** JOÃO LUCAS OLIVEIRA SIMÕES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), PAMELA ALENCAR FORTALEZA SOUSA (HOSPITAL GERL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), VANESSA MARQUES SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), VICTOR QUEIROZ GURGEL (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), TICIANA MARIA LAVOR ROLIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), MARIANA ROLIM FERNANDES MACEDO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), FRANCISCO SÉRGIO RANGEL PAULA PESSOA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), ANDREA BENEVIDES LEITE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), GARDÊNIA COSTA CARMO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), SILVIA ROMERO PINHEIRO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), RAFAELLE MARQUES CAVALCANTE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), PRISCILLA LUNA SILVA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), ALESSANDRA MARIA MONT'ALVERNE PIERRE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil), TARSON MAIA FURTADO AQUINO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 28 anos, sexo feminino, portadora de Síndrome de Peutz-Jeghers desde 2012 devido a presença de lesões hiperpigmentadas na mucosa oral e múltiplos pólipos intestinais vistos em exames endoscópicos prévios com histopatológico evidenciando aspecto hamartomatoso, porém sem história familiar, iniciou dor abdominal de forte intensidade, associada a náuseas e vômitos, desencadeada pela alimentação. Paciente referiu quadro similar prévio em 2015 necessitando de abordagem cirúrgica, onde fez enterectomia. Procurou atendimento médico, sendo referenciada para realização de endoscopia que mostrou múltiplos pólipos gástricos, sendo um pediculado na parede anterior do corpo médio. Após este exame, compareceu à emergência de um hospital terciário, com o quadro supracitado e coletou exames laboratoriais que detectaram anemia ferropriva, sendo solicitado endoscopia e tomografia de abdome, com a primeira evidenciando os mesmos pólipos anteriormente vistos e a segunda mostrando presença do sinal do “rocambole” na região do hipogástrico à direita com extensão para o mesogástrico, sugerindo sinais de invaginação intestinal dos segmentos íleo-ceco-cólon.

A seguir, realizada colonoscopia, a qual mostrou anastomose íleo-colônica término-terminal, não sendo possível progressão devido a não distensibilidade da alça por invaginação, além de quatro pólipos.

O histopatológico dos pólipos gástricos foram compatíveis com hamartomas e dos colônicos foram hiperplásicos, ambos sem atipias.

Devido manutenção do quadro de dor, optado por abordagem cirúrgica com enterectomia segmentar. Após procedimento, houve reversão completa da dor abdominal.

**DISCUSSÃO:** A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma síndrome genética autossômica dominante caracterizada por pólipos hamartomatosos no trato gastrointestinal, hiperpigmentação mucocutânea e aumento de risco de neoplasias. Embora os pólipos acometam mais o intestino delgado, eles podem estar presentes no estômago e cólon, desenvolvendo-se na primeira década de vida e tornando-se sintomáticos até os 30 anos. A dor abdominal pode ser originada por intussuscepção, oclusão do lúmen intestinal ou isquemias, já a anemia devido perda sanguínea.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Estudos relatam que 69% dos pacientes com esta condição irão apresentar intussuscepção, principalmente de intestino delgado. Portanto, sempre deve-se manter vigilância em portadores desta síndrome. Em relação ao tratamento, pacientes com invaginação ou obstrução intestinal apresentam risco maior de cirurgia.

**CONTATO AUTOR:** JOAO LUCAS DE OLIVEIRA SIMOES | jlucassimo@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102385 – Doença de Crohn avançada de difícil manejo: evolução com neoplasia em paciente de 25 anos

**AUTORES:** Jaciane Araujo Mota Fontes (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Ylanna Fortes Fonseca (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Erodilho Sande Mota (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Carlos Augusto Boscolo (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), André Castro Lyra (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Sandra Sousa Santos de Figueiredo (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Lourianne Nascimento Cavalcante (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Rosicreusa Marback de Souza (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Daniele de Carvalho Cerqueira (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Laíza Lobão Alves (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil), Rebeca Novaes Gonçalves (Hospital São Rafael - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminino, 25 anos, com quadro de diarreia desde os 2 anos de idade, e diagnóstico de Doença de Crohn (DC). Realizou múltiplos tratamentos, incluindo biológicos, porém evoluiu com piora progressiva de diarreia, associando-se a náuseas e vômitos. Apresentava desnutrição e estenose de reto palpável a 4-6cm da borda anal (BA). Exames de imagem de abdome revelavam estenose em íleo distal (válvula ileocecal) e em reto, não sendo possível afastar neoplasia. A retossigmoidoscopia revelou a lesão vegetante estenosante a 6cm da BA, cuja biópsia demonstrou adenoma tubular com displasia de alto grau. Após 20 dias de internamento, desmame de corticoide (usuária crônica) e otimização de status nutricional, realizada proctocolectomia total com linfadenectomia retroperitoneal e ileostomia terminal. A biópsia de peça cirúrgica revelou adenocarcinoma de baixo grau com invasão perineural, sem metástase linfonodal. Neste interim, apresentou múltiplas pioras infecciosas, e complicação pós-operatória com coleção abdominal. Evoluiu com melhora infecciosa progressiva, recebendo alta médica para seguimento com oncologista (avaliação de quimioterapia) e gastroenterologista com proposta de uso de Ustekinumabe.

**DISCUSSÃO:** A frequência de câncer colorretal é mais alta em pacientes com DII, incluindo a DC, principalmente em doença avançada, de longa data e mal controlada, devido à inflamação intestinal crônica e persistente. O risco adicional para câncer colorretal em pacientes com DC é estimado em 1,9 vezes. A proctocolectomia total está indicada em pacientes com colite de Crohn refratária, em casos de displasia multifocal ou não passível de ressecção endoscópica, e em casos de neoplasia confirmada. A ostomia é sempre a preferência em casos de desnutrição, tabagismo e quando o corticoide não puder ser desmamado até a cirurgia. O uso prolongado de corticoide, associa-se a maior risco pós-operatório de complicações infecciosas, e a desnutrição associa-se a maior taxa de complicações pós-operatórias, assim como o suporte nutricional pré-operatório associa-se a melhores desfechos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A doença de Crohn é uma doença muito complexa, por vezes de difícil diagnóstico, difícil manejo e com complicações severas. O sucesso para o tratamento da DC baseia-se na abordagem interdisciplinar por equipe bem treinada no manejo particular desse perfil de pacientes.

**CONTATO AUTOR:** YLANNA FORTES FONSECA | ylanna.fortes@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102398 – Relato de caso: Adenocarcinoma de reto em paciente com doença de Crohn em uso de terapia imunossupressora

**AUTORES:** Mariana Barros Marcondes (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Rodrigo Fedatto Beraldo (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Luciana Rocha Almeida (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Thais Gagno Grillo (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 38 anos, masculino, portador de doença de Crohn colônica desde 2005, em tratamento prévio com certolizumabe pegol de 2009 a 2014. Encaminhado ao nosso serviço em 2017 apresentando episódios de diarreia, fístulas perianais e emagrecimento de 20 kg em 3 meses. Colonoscopia evidenciando estenose circunferencial fibrosante no reto, com úlceras longitudinais e anatomopatológico descartando neoplasia. Iniciou tratamento com azatioprina e infliximabe (terapia anti-TNF). Evoluiu com melhora dos sintomas, porém necessitou de otimização da terapia com infliximabe. Em março de 2019, realizou colonoscopia de controle que evidenciou lesão vegetante, infiltrativa, ulcerada, friável com distorção do padrão de criptas ao NBI, medindo 3cm, subestenotante a 12cm da borda anal; restante do cólon com cicatrização de mucosa. Anatomopatológico: adenocarcinoma de padrão tubular com áreas mucosecretoras. Paciente foi encaminhado para radioterapia e quimioterapia neoadjuvante e aguarda cirurgia de ressecção do tumor.

**DISCUSSÃO:** A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) com sintomas que alternam períodos de atividade e remissão. Pacientes com DII correm maior risco de desenvolver carcinoma colorretal (CCR) devido a inflamação da mucosa gastrointestinal. Outros fatores associados são o tempo de duração da doença e a extensão da colite. Embora o CCR raramente seja encontrado antes dos sete anos de doença, a partir desse período o risco aumenta a uma taxa de 0,5% a 1,0% ao ano. A maioria dos CCRs desenvolve-se a partir de uma lesão precursora displásica que podem ser polipoides, planas, localizadas ou multifocais. Logo, as terapias da DII estão ligadas ao controle das citocinas, que é o controle da inflamação, assim o TNF-alfa emergiu com uma intervenção de maior sucesso no tratamento da DII. No entanto, dado que imunomoduladores e agentes biológicos atuam no sistema imunológico, eles também podem promover a carcinogênese. Logo, a instalação de medidas de vigilância para prevenção e detecção precoce das neoplasias, ressecção das lesões suspeitas e controle de atividade da doença são importantes para o diagnóstico e intervenção precoce.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com DII apresentam risco aumentado de neoplasias. O risco-benefício do uso dos imunossupressores deve ser sempre avaliado. Medidas de prevenção e medidas de vigilância para tumores devem ser instaladas objetivando diagnóstico precoce e melhores taxas de sobrevida.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA BARROS MARCONDES | marianabmar@bol.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 102401 – Ascite por gastroenterite eosinofílica – um desafio diagnóstico

**AUTORES:** Farisa Cecília Silva Lúcio (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Fernando Jorge Firmino Nóbrega (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Juliana Barbosa Lima (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaella Freitas Amorim Wanderley (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Alex Novais Batista (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Letícia Pinheiro Melo (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 26 anos, internado por dor abdominal progressiva e ascite há 10 dias, além de perda de peso não quantificada e diarreia aquosa. Sem comorbidades prévias. Exame físico não demonstrava sinais de hepatopatia crônica. Exames laboratoriais com leucocitose eosinofílica (29%). Estudo do líquido ascítico com gradiente albumina soro-ascítico (GASA) de 0,5g/dl, bioquímica e celularidade sem alterações. Pesquisa de adenosina deaminase, citologia oncótica, culturas para fungos e bactérias negativas. Diante do resultado do GASA, foi solicitada tomografia do abdome que revelou espessamento parietal difuso das alças intestinais, além de endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite enantematosa leve do antro. Histopatológico das biópsias gástricas, bulbo e segunda porção duodenal sem achados significativos. Realizado tratamento com antiparasitários de forma empírica, para cobertura dos principais helmintos causadores de eosinofilia periférica. Sem melhora do quadro, optado por videolaparoscopia diagnóstica, que revelou espessamento da parede de alças intestinais. Nova análise do líquido ascítico revelou uma presença expressiva de eosinófilos. O estudo histopatológico de fragmentos do peritônio pélvico demonstrou infiltrado inflamatório rico em eosinófilos, com mais de 20 eosinófilos por campo. O diagnóstico de gastroenterite eosinofílica (GEE) subserosa foi aventado, com boa resposta ao tratamento com corticoterapia oral

**DISCUSSÃO:** A GEE é caracterizada pelo infiltrado nos tecidos do trato digestivo por eosinófilos, sua manifestação clínica depende da camada do trato gastrointestinal acometida, sua localização e extensão. A forma subserosa é uma apresentação rara da GEE que pode cursar com ascite isoladamente ou ascite acompanhada de sintomas comuns às formas mucosa e muscular da doença, como disabsorção e obstrução intestinal, além de intensa eosinofilia periférica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O diagnóstico da forma subserosa da GEE é desafiador e necessita descartar uma série de condições que levam a eosinofilia periférica, sintomas gastrointestinais e ascite. No caso, chama-se a atenção a rápida evolução para ascite e o percurso até o diagnóstico. As múltiplas biópsias não foram elucidativas, assim como, a contagem automatizada de células do líquido ascítico pode, equivocadamente, contabilizar neutrófilos ao invés de eosinófilos, distanciando ainda mais o diagnóstico, o qual apenas foi confirmado através de biópsia cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** FARISA CECILIA SILVA LUCIO | [fafaalucio@hotmail.com](mailto:fafaalucio@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102402 – Enteropatia perdedora de proteínas associada a estrogiloidíase grave: um desafio diagnóstico.

**AUTORES:** Vanessa Franca de Almeida (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina da Silva Beda Sacramento (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Cândida Oliveira Alves (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Marina Pamponet Motta (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Livia Dórea Dantas Fernandes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Jorge Carvalho Guedes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Tavares de Freitas (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Débora Cerqueira das Neves de Brito (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Karla Amaral de Gusmão Miranda (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Diego Araújo Paternostro (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 20 anos, hígido, com diarreia diária, edema ascendente, cólica e perda ponderal há 07 meses. Fez uso de ceftriaxona, antiparasitário e mesalazina, com melhora parcial. Negou uso de medicações antes do início do quadro.

Na admissão, observada redução da ausculta pulmonar bilateral, hipoalbuminemia (1,3), eosinofilia e elevação de PCR. Prescrito novo tratamento empírico para parasitoses com albendazol, ivermectina e metronidazol. Enterotomografia evidenciou espessamento difuso de delgado, mais evidente em íleo, com ingurgitamento da vasa recta, ascite moderada e derrame pleural bilateral. Endoscopia com linfangectasia duodenal e colonoscopia com enantema, edema e erosões em íleo terminal. Suspeitado de enteropatia perdedora de proteínas associada a doença de Crohn. Evolui com obstipação, dor e distensão abdominal, taquicardia e febre, sendo afastado obstrução intestinal, colhidas culturas e iniciado antibiótico empírico. Hemocultura apresentou crescimento de *S. pneumoniae* e paciente evoluiu com resolução do quadro agudo. Biópsia de íleo evidencia estrogiloidíase, sendo optado por tratamento com ivermectina por 14 dias. Parasitológicos de fezes e sorologias virais negativos. Apresentou melhora da diarreia, edema e hipoalbuminemia (2,8 na alta).

Após 08 meses, mantém-se assintomático, apresentando ganho ponderal. Traz novos parasitológicos negativos e nova enterotomografia sem espessamento.

**DISCUSSÃO:** Estrogilóide é um parasita comum em países subdesenvolvidos, capaz de autoinfectar seu hospedeiro. Isso pode levar a um aumento massivo da carga parasitária, resultando em uma hiperinfecção. Essa tem repercussões clínicas severas como hipoalbuminemia, semioclusão intestinal e infecção de corrente sanguínea, além de sintomas respiratórios como dispnéia, tosse, hemoptise e broncoespasmo. As taxas de mortalidade dessa entidade variam entre 10 – 80%. Os principais fatores de risco são uso de corticoide, HIV ou HTLV, comprometimento da imunidade celular e hipogamaglobulinemias.

No presente caso, a clínica típica, associada a detecção do parasita e boa resposta a terapia preconizada na literatura (ivermectina oral) levaram ao diagnóstico de hiperinfecção pelo estrogilóide.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O estrogilóide pode causar uma infecção grave, mesmo em indivíduos imunocompetentes. O diagnóstico pode ser um desafio devido ao quadro clínico semelhante a outras afecções do trato gastrointestinal, como a doença de Crohn. A detecção do parasita e a resposta ao tratamento corroboram o diagnóstico.

**CONTATO AUTOR:** VANESSA FRANCA DE ALMEIDA | vanessafalmeida91@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102404 – MANEJO DE COMPLICAÇÕES DURANTE USO DE IMUNOBiolóGICO EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Águeda Maria Ferreira Miranda (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) - UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Carlos Eduardo Brandão Mello (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) - UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcia Lyrio Sindorf (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) - UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Evelyn Sayuri Simabuguro Chinem (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) - UNIRIO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Apresentação de caso: LAPS, 36 anos, diagnóstico de Doença de Crohn (DC) ileocolônica, estenosante, há 16 anos. Terapia inicial: Mesalazina e Azatioprina. Três anos após evoluiu com suboclusão intestinal e submetido à ileotiflectomia. Colonoscopia: atividade moderada de doença e estenose da anastomose. Iniciada azatioprina e anti-TNF (Adalimumabe) 11 anos após por perda de seguimento. Rastreo infeccioso e sorologias negativas. Interrupção terapêutica após 4 doses, devido arbovirose (sorologia Dengue +). Retomada um mês após evoluindo com boa resposta. Há um ano e três meses, apresentou quadro de tosse seca, febre 40º vespertina e diária, sendo suspenso tratamento. PCR Covid-19 negativo. Radiografia de tórax normal e sorologias negativas. PPD 20mm. Iniciado esquema RIPE. Duas semanas após: dor abdominal, náuseas, vômitos, hematoquezia, febre, plaquetas 82 mil, PCR 203; TGO 192; TGP 146; FA 154; GGT 396. Suspenso RIPE. Tomografia de tórax: sugestiva de tuberculose pulmonar (TB). Broncoscopia: PCR para M.tuberculosis, baciloscopia e cultura para fungos, negativos. Tentativa de reintrodução escalonada das drogas. Após 2 meses, icterícia 3+/4+ e laboratório: TGO 428; TGP 738; FA 439; GGT 310; BT 10,5; BD 4,31; BI 6,2. Nesse período, atividade leve DC e PCR 22,6. Iniciado Ustequinomabe e esquema alternativo para TB (Amicacina 3x/semana). Segue em investigação de colestase crônica: elastografia hepática-23,35kpa e colangiorressonância- hepatopatia crônica e vias biliares normais.

**DISCUSSÃO:** Discussão: Os anti-TNF são primeira escolha nos pacientes com lesões severas e fenótipo penetrante. Contudo, estão associadas ao aumento do risco de infecções graves, como a TB. Sua reativação pode ocorrer após uso de anti-TNF, sendo mais frequente nos primeiros meses após início de tratamento, motivando a sua interrupção. O comportamento da TB pode ser atípico e o manejo pode cursar com efeitos adversos, como hepatotoxicidade colestática medicamentosa. A escolha da terapia deve ser considerada de acordo com perfil de segurança, sendo Ustequinomabe relacionado a taxas mais altas de remissão clínica em refratários a anti-TNF.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Comentários finais: É de extrema importância o rastreo de infecções, acompanhamento clínico e laboratorial. Mesmo em pacientes com triagem negativa para TB, a vigilância cuidadosa é fundamental para diagnóstico precoce e tratamento adequado. Não postergar o início da terapia precoce contribui para menos recaídas e melhora da qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** AGUEDA MARIA FERREIRA MIRANDA | dra.aguedamiranda@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102411 – Gastroenterite eosinofílica

**AUTORES:** Rôniki Clean Sá Florencio (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Edla Polsinelli Bedin Mascarin do Vale (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Lara Veiga Freire (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Livia Jayme Paulucci (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Daniela Silva Galo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Vanessa Madrid Vivo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 26 anos, sem comorbidades prévias, admitida por dor e distensão abdominal difusa, ascite volumosa, pirose retroesternal e diarreia líquida de evolução há duas semanas. Negava uso de medicamentos antes do início do quadro. Laboratório com hemograma caracterizado por 9000 leucócitos com eosinofilia de 999 células (11%), plaquetas 346000/ $\mu$ L, albumina sérica 3,37g/dL, bilirrubinas totais 0,3mg/dL, AST: 14UI/L, ALT: 9UI/L. Líquido ascítico com 1277 células com 73% de eosinófilos, gradiente albumina-soro-ascite 0,69. Exame protoparasitológico e coprocultura sem evidência de germes. Ultrassom de abdome: ascite acentuada sem sinais de hepatopatia crônica. EDA: ausência de sinais de hipertensão portal, biópsia esofágica com 30 eosinófilos/CGA em terço distal de esôfago. Ileocolonoscopia com biópsias mostrando 25 eosinófilos/CGA em íleo terminal, 40 eosinófilos/CGA em cólon direito e 15 eosinófilos/CGA em cólon esquerdo. Iniciou tratamento com prednisona 40mg/dia por duas semanas, com posterior desmame para 20mg/dia por duas semanas. Evoluiu com resolução dos sintomas.

**DISCUSSÃO:** As gastroenterites eosinofílicas são patologias caracterizadas por infiltração de eosinófilos em estômago e intestinos. As manifestações clínicas são diversas, a depender da localização e extensão do processo inflamatório nos órgãos envolvidos. Clinicamente se manifesta conforme a camada afetada da parede gastrointestinal. A apresentação clínica do caso acima acontece principalmente quando a infiltração acomete a camada subserosa. O diagnóstico da gastroenterite eosinofílica com ascite é feito com a comprovação da presença de eosinófilos em uma ou mais partes do tubo digestivo, associado a ausência de parasitose ou doença extraintestinal. Na presença de ascite, ocorre exsudato com alto nível de eosinófilos. Em sangue periférico, a eosinofilia costuma ser acentuada. O tratamento é feito com glicocorticoides com ótima resposta, podendo a dose ser diminuída paulatinamente até a melhora dos sintomas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os distúrbios eosinofílicos são raros e podem se manifestar de diversas maneiras. A gastroenterite eosinofílica com ascite pode ser a única apresentação clínica inicial, exigindo alta suspeita com correlação laboratorial e anatomopatológica, impactando no diagnóstico e tratamento precoces.

**CONTATO AUTOR:** RONI KI CLEAN SA FLORENCIO | ronikicleansa-fb@hotmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 102417 – Diagnóstico Diferencial de Tumor Neuroendócrino Intestinal e Doença De Crohn: Um relato de caso

**AUTORES:** Renan Ribeiro Silva (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Priscila Fernandez Contreiro (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Rafaela Dassoler (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Mathew Kazmirik (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Glenda Oliveira (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), André Bruder (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Sandra Boratto (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Wilson Catapani (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil), Hazel Peña (Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, com alteração do hábito intestinal súbita, diarreia, dor abdominal, associado a náuseas e vômitos evoluiu para quadros repetidos de suboclusão intestinal. Sendo diagnosticada primeiramente com Doença de Crohn, indicado tratamento com imunobiológico, após realizado diagnóstico diferencial de tumor neuroendócrino intestinal.

**DISCUSSÃO:** Os tumores neuroendócrinos (TNEs) compreendem um grupo raro e heterogêneo de neoplasias originárias das células neuroendócrinas, presentes em diversos órgãos do corpo. Dentre os locais mais acometidos, estão os pulmões (30%) e o trato gastrointestinal (55%), sendo o intestino delgado afetado em 29% das vezes, seguido pelo reto (14%), estômago e apêndice (5%). Tem evolução insidiosa e crescimento lento, e quando acomete o intestino, pode ter quadro clínico muito semelhante a Doença de Crohn (DC), a exemplo do caso clínico relatado neste artigo. Por este motivo, é importante que o médico eleve o nível de suspeição para TNE quando se deparar com pacientes com suspeita de DC, principalmente naqueles com aparecimento tardio da doença e com sintomas predominantemente obstrutivos, pois apesar da maioria dos TNEs apresentarem comportamento indolente, a condução terapêutica das patologias é distinta.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os tumores neuroendócrinos são raros, mas fazem parte do diagnóstico diferencial de doença de Crohn. Portanto, deve ser pesquisado principalmente em pacientes com aparecimento tardio dos sintomas, principalmente sexta e sétima década de vida, com sintomas predominantemente obstrutivos, para evitar a possibilidade de intervenções terapêuticas errôneas e por vezes invasivas.

**CONTATO AUTOR:** HAZEL BEATRIZ PENA MONTESINOS | hazelpena333@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102420 – DOENÇA DE CROHN E ARTERITE DE TAKAYASU UMA ASSOCIAÇÃO RARA: RELATO DE CASO

**AUTORES:** PAMELA DE ALENCAR FORTALEZA SOUSA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARCELO DANTAS FREIRE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), VANESSA MARQUES DE SOUZA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), JOÃO LUCAS DE OLIVEIRA SIMOES (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), VICTOR QUEIROZ GURGEL (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), MARIANA ROLIM FERNANDES MACEDO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), FRANCISCO SERGIO RANGEL DE PAULA PESSOA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), ANDREA ROCHA DE SABOIA MONTALVERN (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), NIKAELE XIMENES RIOS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), PRISCILLA LUNA DA SILVA (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), TICIANA MARIA DE LAVOR ROLIM (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), ANDREA BENEVIDES LEITE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), SILVIA ROMERO PINHEIRO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), RAFAELLE MARQUES CAVALCANTE (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), TARSON MAIA FURTADO DE AQUINO (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - Fortaleza - Ceará - Brasil), AMANDA CRISTINA CRISPIM FARIAS (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** PACIENTE DO SEXO FEMININO, 42 ANOS, COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DOENÇA DE CROHN EM OUTRO SERVIÇO, JÁ EM USO DE AZATIOPRINA. FOI INTERNADA EM MAIO 2021 COM QUADRO DE COLITE AGUDA GRAVE (MAIS DE DEZ EVACUAÇÕES DIARREICAS COM SANGUE POR DIA, FEBRE, VHS>30 E TAQUICARDIA). INICIADA CORTICOTERAPIA VENOSA COM BOA RESPOSTA CLÍNICA. DEVIDO A QUADRO DE MIELOTOXICIDADE, FOI SUSPENSA AZATIOPRINA. COLONOSCOPIA REALIZADA EM ABRIL DE 2021 EVIDENCIOU EROSÕES AFTOIDES, ÚLCERAS GRANDES E PROFUNDAS DE ASPECTO SALTEADO, COM BIOPSIA EVIDENCIANDO COLITE ATIVA ULCERADA EM ATIVIDADE INTENSA, CRIPTITE E DISTORÇÃO ARQUITETURAL EM ILEO. REALIZAMOS ENTERO-TOMOGRAFIA QUE EVIDENCIOU OCLUSÃO DE 90% DAS ARTÉRIAS MESENTÉRICAS SUPERIORES E 100% DAS INFERIORES. FOI EVIDENCIADO PULSO RADIAL ESQUERDO FILIFORME, DISCREPÂNCIA DE PRESSAO ARTERIAL NOS MEMBROS SUPERIORES E SOPRO ABDOMINAL. REALIZOU ANGIOTOMOGRAFIA CERVICAL, TORÁCICA E ABDOMINAL QUE MOSTROU ACHADOS CARACTERÍSTICOS DE ARTERITE DE TAKAYASU: ESPESSAMENTO PARIETAL DIFUSO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA COM REDUÇÃO DE CERCA DE 30% DA LUZ DO VASO. AORTA ABDOMINAL COM ESPESSAMENTO PARIETAL DIFUSO, COM MÚLTIPLAS ÁREAS DE ESTENOSE SEQUENCIAIS ENTREMEADAS POR ÁREAS DE ECTASIA FOCAL ATÉ O PLANO DA SUA BIFURCAÇÃO. ESPESSAMENTO PARIETAL DIFUSO DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR COM REDUÇÃO DE MAIS DE 90% DA LUZ DO VASO. ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR OCLUÍDA, ALEM DE OBSERVA-SE ÁREA DE ESPESSAMENTO PARIETAL LEVE, COM MAIOR REALCE MUCOSO NA FLEXURA ESPLÊNICA DO CÓLON E LEVE ESPESSAMENTO PARIETAL DO RETO. PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO COM PULSOTERAPIA COM METILPREDNISOLONA POR 3 DIAS PARA ARTERITE DE TAKAYASU E PROGRAMAÇÃO DE INÍCIO DE TERAPIA COM ADALIMUMABE QUE É UMA OPÇÃO TERAPEUTICA PARA CONTROLE DAS DUAS DOENÇAS.

**DISCUSSÃO:** A arterite de Takayasu é uma vasculite sistêmica de etiologia incerta que afeta grandes artérias. A doença de Crohn é um distúrbio inflamatório que afeta predominantemente o trato gastrointestinal com manifestações extra-intestinais e distúrbios imunológicos associados. A ASSOCIAÇÃO DE ARTERITE DE TAKAYASU E DOENÇA DE CROHN É RARA, PORÉM AMBAS PRECISAM SER DIAGNOSTICADAS PRECOCEMENTE E PODEM TER TRATAMENTOS SEMELHANTES.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ASSOCIAÇÃO DESSAS DOENÇAS É RARA EXISTINDO APENAS, APROXIMADAMENTE, 40 CASOS DESCRITOS NA LITERATURA. AMBAS SÃO PATOLOGIAS IMUNOMEDIADAS E PODEM APRESENTAR GRANULOMA/VASCULITE GRANULOMATOSA, O QUE CONTRIBUI PARA REFORÇAR A HIPÓTESE DE UMA ORIGEM IMUNOLÓGICA COMUM.

**CONTATO AUTOR:** PAMELA DE ALENCAR FORTALEZA SOUSA | pamalefortaleza@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102444 – Apendicite aguda perforada tratamento com tiflectomia

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nóia (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Hauy (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** CGLS, 55 anos, feminino, é atendida com sinais sugestivos de síndrome do intestinoirritável, com cólicas, alternância entre períodos de diarreia e constipação, associado a gases. Ao exame físico, distensão abdominal e dor difusa a palpação. A ultrassonografia de abdome total solicitada e não trouxe alterações significativas para o diagnóstico. Dessa forma, foi solicitada a colonoscopia que apresentou saída de secreção purulenta pelo óstio do apêndice, foi repetida a ultrassonografia que identificou sinais de apendicite aguda com presença de coleção purulenta em cavidade abdominal, sendo encaminhada para cirurgia de urgência. Submetida a cirurgia laparoscópica de apendicectomia, no intraoperatório, a cirurgia teve que ser convertida a cirurgia aberta devido a uma grande área de laceração em região de ceco pelo processo inflamatório, optando por realizar a tiflectomia.

**DISCUSSÃO:** A Apendicite aguda é uma patologia com caráter de urgência que acomete mais de 86 milhões de Brasileiros anualmente, seu diagnóstico é clínico, correlacionado aos exames complementares, como ultrassonografia, tomografia computadorizada de abdome e exames laboratoriais têm uma maior precisão para auxiliar nos diagnósticos diferenciais e possíveis complicações da patologia. O tratamento pode ser feito de forma conservador em alguns casos, entretanto, a intervenção mais utilizada para casos de apendicite aguda é o procedimento cirúrgico, tanto de forma laparoscópica quanto aberta. Em casos onde o apêndice pode evoluir para o seu rompimento, tornando-se uma apendicite aguda supurada, o cirurgião deve avaliar e moldar sua conduta pois pode cursar com um processo inflamatório grave na base do Apêndice e ceco, impossibilitando a visualização das estruturas de forma efetiva e pela necessidade de evitar possíveis deiscências futuras, opta-se por realizar uma ressecção da parte de junção ileocecal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Por fim, conclui-se que a apendicite aguda é uma doença que cerca de 20-30% pacientes não apresentam uma sintomatologia clássica, com isso, leva um diagnóstico tardio mesmo com exames de imagens, que muitas vezes não são capazes de evidenciar o acometimento do órgão, podendo causar complicações na cavidade abdominal, a tiflectomia é indicado em casos de apendicite aguda complicada quando há acometimento do ceco, no qual, com sua abordagem efetiva consegue reduzir consideravelmente a morbimortalidade dos pacientes, sendo indicado sua abordagem em casos específicos em que acometimento em região cecal.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 102452 – Fístula perianal por carcinoma espinocelular - uma forma atípica de apresentação

**AUTORES:** Farisa Cecília Silva Lúcio (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Fernando Jorge Firmino Nóbrega (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Marcelo Vicente Toledo Araújo (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Fernanda Sâmela Silva Lúcio (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Rafaella Freitas Amorim Wanderley (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Juliana Barbosa Lima (Hospital Universitário Lauro Wanderley - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 53 anos, agricultor, raça branca, admitido no hospital para investigação de quadro de diarreia crônica e dor na região perianal, sem muco ou sangue, negando outros sinais de alarme. Apresentava-se com bom estado geral e presença de lesões nódulo vegetantes na região perianal. Dos exames laboratoriais chamavam a atenção leucocitose de 13410 (- Bastões:2%; Segmentados:70%; Eosinófilos:4%) e PCR 17. Demais exames sem alterações.

Durante investigação realizou colonoscopia sem achados endoscópicos ou histopatológicos de malignidade, doença inflamatória intestinal (DII) ou causas infecciosas. A ressonância magnética de pelve evidenciou fístula perianal complexa, com trajetos fistulosos interesfincterianos e abscesso perianal. Submetido então a cirurgia de fistulectomia e exérese de coleções purulentas em região perianal, cujo histopatológico fez o diagnóstico de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, infiltrando derme profunda, sem invasão perineural ou angiolinfática. Evoluiu clinicamente estável no pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** O carcinoma espinocelular (CEC) de células cutâneas é uma neoplasia decorrente da proliferação maligna dos queratinócitos da epiderme. Seu fator de risco mais importante é a exposição crônica a radiação UV (UVR) na luz solar. Outros fatores de risco que interagem com a exposição à luz UV incluem ter a pele de cor clara, ascendência europeia do norte, idade avançada, tratamento com imunossupressor, exposição a radiação e tabagismo estão associados com um risco aumentado de CEC cutânea.

Embora o prognóstico do CEC cutâneo seja excelente, há certas características clínico-patológicas que estão associadas a doença mais agressiva. Estas características incluem invasão além do tecido subcutâneo, invasão perineural, tamanho do tumor, maior profundidade de invasão, metástase linfonodal, e origem no lábio ou ouvido. Lesões profundas invasivas têm maior risco de recidiva ou metástase, exigindo tratamento com excisão cirúrgica ou radioterapia mais extensa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Paciente com CEC cutâneo de localização atípica, região perianal - área não exposta à radiação solar, apenas sendo possível o diagnóstico através de análise histopatológica de peça cirúrgica. Até então os principais diagnósticos diferenciais eram tuberculose extrapulmonar, DII ou qualquer outra neoplasia. Ainda que o CEC em questão tenha se apresentado de forma atípica, e portanto com maior chance de eventos adversos, o mesmo manteve-se limitado à derme, sem ocorrência de metástases.

**CONTATO AUTOR:** FARISA CECILIA SILVA LUCIO | fafaalucio@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102476 – Relato de caso: retocolite ulcerativa e mieloma múltiplo

**AUTORES:** Alex Rodrigues Fonseca (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lais Naziozeno Santos (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jessica Bastos Garcia (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thais Viana Tavares Trigo (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marjorie Desiree Medrado Mascarenhas (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Talita Ramos de Alencas Silva (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalyane Cristina Martins Machado (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rafaela Dassoler (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 45 anos, com retocolite ulcerativa extensão pancolite desde 2018, apresentou lombalgia de forte intensidade iniciada há 2 semanas da admissão e 15 evacuações líquidas diárias e com sangue. Tratado anteriormente com mesalazina, infliximabe e azatioprina, depois adalimumabe e estava há 6 meses sem tratamento. Apresentava anemia, PCR aumentado e creatinina de 7,14 mg/dL, sumário de urina com proteinúria de cadeias leves e inventário ósseo com tomografia constatou lesões líticas difusas na calota craniana, mandíbula, esterno, arcos costais, coluna vertebral e osso da bacia. O paciente foi submetido a biópsia de medula óssea que mostrou infiltração por plasmócitos, confirmando o diagnóstico de mieloma múltiplo (MM). Houve piora do quadro diarreico apesar de corticoterapia por cinco dias, sendo indicada colectomia subtotal pela impossibilidade de indução da remissão com ciclosporina ou infliximabe. No sétimo dia de pós-operatório, foi administrada a 1ª dose de quimioterapia para o MM e, atualmente, segue ambulatorialmente.

**DISCUSSÃO:** Estados inflamatórios persistentes liberam citocinas (IL6 e TNF alfa) de forma exacerbada, que gera hiperativação dos linfócitos e células plasmáticas, além de produção monoclonal de células plasmáticas, com potencial de evolução para MM. O paciente sempre manteve atividade inflamatória clínica, laboratorial e endoscópica. A IL-6 atua como fator de sobrevivência para as células do MM. O infliximabe é um anticorpo monoclonal quimérico contra o TNF, sendo por vezes associado ao surgimento de malignidades. Bloquear a atividade de TNF pode aumentar a proliferação de neoplasias hematológicas, corroborando a possibilidade entre o infliximabe e o surgimento do MM por diminuição da apoptose das células neoplásicas. O paciente iniciou a manifestação do MM aos 45 anos com anemia, alteração de função renal e dor lombar, além de possuir RCU continuamente exacerbada. Apesar da idade jovem, apresenta escores prognósticos ruins, com elevada beta-2-microglobulina, podendo ser correlacionado à contínua atividade de doença associada ao uso de biológicos anti-TNF alfa por 2 anos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A possível associação causal entre a terapia com anti-TNFs e neoplasias sugere benefício em medidas de triagens para o diagnóstico de MM durante o seguimento de pacientes com DII, como avaliação de proteinúria urinária e eletroforese de proteínas séricas. São necessários estudos adicionais para avaliar o benefício destas medidas.

**CONTATO AUTOR:** ALEX RODRIGUES FONSECA | alexrf09@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102480 – SUBOCLUSÃO INTESTINAL POR ENTERITE ACTÍNICA PÓS RADIOTERAPIA PÉLVICA

**AUTORES:** Débora Cerqueira das Neves de Brito (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Cândida Oliveira Alves (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina da Silva Beda Sacramento (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Lívia Dórea Dantas Fernandes (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Jorge Cravalho Guedes (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Tavares de Freitas (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Marina Pamponet Motta (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Vanessa Franca Almeida (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Bruno Vagner Varjão (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Karla Amaral de Gusmão Miranda (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil), Diego Araújo Paternostro (HUPES - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** R.S., feminina, 38 anos, relata dor e distensão abdominais há 2 meses, associadas a obstipação, vômitos e perda ponderal de 10Kg em 04 meses. Antecedente de histerectomia subtotal por miomatose uterina e história de câncer de colo uterino há 1 ano, tratado com remoção do colo, 25 sessões de radioterapia e 04 de braquiterapia. Ao exame físico, paciente emagrecida com abdômen distendido. Tomografia de abdome evidenciou espessamento difuso de alças do intestino delgado e redução do calibre de segmentos ileais na fossa ilíaca direita com distensão de alças jejunais à montante e níveis hidroaéreos. Os achados foram considerados inespecíficos. A história clínica e antecedentes suscitou enterite actínica como principal hipótese diagnóstica. Paciente não teve condições clínicas de ser submetida à colonoscopia pelo quadro suboclusivo. Devido refratariedade às medidas clínicas, foi submetida à laparotomia exploradora: segmentos ileais distais exibiam espessamento e palidez, com suspeita intraoperatória de enterite actínica. Realizada ileocelectomia direita, com ressecção de 70cm de alça de delgado. Histologia evidenciou processo inflamatório crônico inespecífico com áreas de necrose de coagulação em mucosa ileal, achados que podem corresponder à etiologia actínica. No seguimento, 1 ano após abordagem, paciente permanece assintomática.

**DISCUSSÃO:** Enterocolite actínica representa a lesão iatrogênica intestinal por radioterapia, principalmente no tratamento de malignidades abdominais ou pélvicas, quando as alças intestinais estão no campo de radiação. Os fatores de risco incluem: dose cumulativa da radiação, extensão da área irradiada, mobilidade intestinal reduzida, como nos pacientes com antecedente de cirurgias abdominopélvicas, indivíduos magros e sexo feminino.

A lesão intestinal actínica decorre da apoptose das células das criptas e obliteração das arteríolas pelo espessamento da parede intestinal, podendo promover isquemia e até necrose da parede, além de fibrose da submucosa. A manifestação clínica mais comum é o sangramento digestivo e, raramente, suboclusão por estenose.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Nos pacientes com antecedente de radioterapia e sintomas gastrointestinais, inclusive suboclusão intestinal, deve-se considerar a enterite actínica entre os diagnósticos diferenciais. Os achados nos exames de imagem podem ser inespecíficos, tornando-a um desafio diagnóstico. Nos casos refratários às medidas clínicas, a ressecção cirúrgica do segmento envolvido é uma opção terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** DEBORA CERQUEIRA DAS NEVES DE BRITO | debora\_cnb@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102484 – Doença de Crohn associada a hidradenite supurativa em região perianal: um relato de caso

**AUTORES:** Vanessa Franca de Almeida (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Marina Pamponet Motta (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Cândida Oliveira Alves (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina da Silva Beda Sacramento (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Alexandre Lopes de Carvalho (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Lina Maria Góes de Codes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Viviane Moreira Gusmão (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Livia Dórea Dantas Fernandes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Débora Cerqueira das Neves de Brito (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Maria Clara Pimentel Lopes (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Salvador - Bahia - Brasil), Diego Araújo Paternostro (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Bahia - Brasil), Karla Amaral de Gusmão Miranda (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 44 anos, tabagista, portadora de doença de Crohn (DC) há 24 anos, ileocolônica e fistulizante perianal, passado de ileocolectomia direita. Antecedente de terapia com infliximabe, interrompida devido a abscesso intraabdominal, mantida em monoterapia com azatioprina. Abandonou o seguimento regular e retornou após um ano e meio, referindo piora da diarreia com 08 dejeções ao dia, associada a desnutrição e agravamento das lesões perianais. Ao exame proctológico, observado extenso processo cicatricial compatível com manipulação de abscessos e fístulas perianais prévios, além de orifícios com drenagem de secreção purulenta. Identificadas duas fístulas complexas (passagem de setons), trajetos fistulosos em fundo cego e fístulas superficiais (realizadas fistulotomias).

Colonoscopia identificou úlceras em íleo neoterminal, classificação de Rutgeerts i2. Feita antibioticoterapia seguida de programação de reintrodução do infliximabe, mas a terapia foi postergada devido a abscesso dentário. Evoluiu após 06 meses com surgimento de novo abscesso situado em grande lábio vaginal.

O aspecto das lesões perianais suscitou a hipótese de acometimento perineal por hidradenite supurativa (HS), além da DC. A dermatologia concordou com a suspeita e identificou comedões cicatriciais em região inframamária. Mantida programação do infliximabe após antibioticoterapia.

**DISCUSSÃO:** A HS é uma doença inflamatória crônica dos folículos pilosos e representa um dos diagnósticos diferenciais da DC perianal, pois ambas podem se manifestar como abscessos e fístulas.

Adicionalmente, estas condições podem coexistir num mesmo paciente, sendo a prevalência de HS nos portadores de doença inflamatória intestinal maior que na população geral (6,8-23% vs 1-2%). A suspeita da associação de HS e DC perianais se baseia nas características das lesões perianais e na identificação do envolvimento de outros sítios pela HS, como axila, virilha e inframamária.

A terapia biológica de escolha na HS grave é o adalimumabe, embora o infliximabe também seja opção. Na DC fistulizante perianal, o biológico de escolha é o infliximabe. No presente caso, a escolha do infliximabe deveu-se ao racional que a DC seria um fator agressor e perpetuador da HS.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A distinção entre o envolvimento perianal pela DC vs HS pode representar um desafio diagnóstico, sobretudo quando estas condições coexistem e quando as lesões ativas da HS estão restritas à região perianal. O reconhecimento desta associação envolve o manejo multidisciplinar.

**CONTATO AUTOR:** VANESSA FRANCA DE ALMEIDA | vanessafalmeida91@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 102497 – Doença de Crohn induzida por Rituximabe: Relato de caso

**AUTORES:** FELIPE NELSON MENDONÇA (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ISABELA SOUZA MATEUS (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), JANEDSON BAIMA BEZERRA FILHO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), MARILIA ADRIANO MEKDESSI (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), RENAN NUNES CRUZ (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), ANNA GABRYELA MEDEIROS AFONSO CARVALHO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), GABRIELA SOUZA BUENO (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil), SANDRO COSTA FERREIRA (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de paciente de 26 anos, com diagnóstico estabelecido em 2016 de neuromielite óptica, em uso de rituximabe desde 2017. No mesmo ano, iniciou quadro de diarreia, com fezes pastosas e volumosas, associada a cólica abdominal precedendo as evacuações e episódios febris noturnos de 38,8°C. Foi internada e em investigação complementar foram excluídas causas infecciosas e de propedêutica realizou tomografia de abdome que evidenciou sinais inflamatórios em cólon sigmóide e descente. Realizada colonoscopia em dezembro de 2019 que evidenciou úlceras profundas e serpiginosas em íleo terminal, cólon e reto.

Enterorressonância magnética identificou alterações intestinais sugestivas de processo inflamatório cujo aspecto é compatível doença de Crohn. Foi estabelecido diagnóstico de Doença de Crohn e iniciado tratamento com prednisona, com resposta completa dos sintomas em uma semana.

Discutido em conjunto com a neurologia e visto remissão clínica com corticóide e imunossupressor, optado por manutenção de Rituximabe semestral conforme uso prévio, sem ter sido necessário interromper o uso durante seguimento.

**DISCUSSÃO:** O rituximabe um anticorpo monoclonal que se liga ao antígeno CD20+ e é depletor de células B. Está associado à doença inflamatória intestinal droga induzida, incluindo novos casos, recorrência de DII já conhecida e quadros graves com complicações associadas.

Apesar de não ser uma medicação utilizada no tratamento da DII, seu uso no tratamento de outras doenças está associado a casos de surgimento ou reativação de colite imunomediada. Manifesta-se como RCU ou DC, com características clínicas, endoscópicas e histológicas semelhantes a DII manifesta na população geral.

Alguns estudos sugerem um aumento do risco de desenvolvimento de DII em pacientes em uso de rituximabe e questionam a existência de um efeito protetor dos linfócitos B no sistema gastrointestinal. Se aceita que ocorra uma reação medicamentosa idiossincrática, porém não há uma relação estabelecida entre tempo de tratamento e dose utilizada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O uso de agentes imunobiológicos é cada vez mais frequente no tratamento de doenças inflamatórias crônicas e doenças malignas, tendo surgido nos últimos anos várias novas drogas disponíveis para uso. Ainda não há muito conhecimento acerca dos efeitos relacionados ao seu uso a longo prazo e algumas medicações podem ser associadas a indução de colites imunomediadas, incluindo novos diagnósticos e recorrências de DII.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE NELSON MENDONCA | felipenelson.mr@gmail.com



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104246 – TUBERCULOSE MILIAR COMO REAÇÃO ADVERSA GRAVE AO USO DO ADALIMUMAB NA DOENÇA DE CROHN: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** João Eugênio Loureiro Lopes (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Bruna Barcellos Chaia (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Helena Demuner Vallandro (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Marina Dadalto Scarpatti (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Vítor Lorencini Belloti (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Ana Paula Hamer Sousa Clara (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fabiano Quarto Martins (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Bertollo Ferreira (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Felipe Welling Lorentz (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Livia Zardo Trindade (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Mariana Poltronieri Pacheco (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 31 anos, técnico de enfermagem, com diagnóstico prévio de doença de Crohn (DC) há 11 anos com acometimento de colon e íleo terminal. Em remissão endoscópica com Adalimumabe 14/14 dias há 4 anos, em acompanhamento ambulatorial regular, com cartão vacinal atualizado e PPD pré medicação de “zero”. Procura o pronto-socorro por quadro de dispneia, astenia, mialgia e febre há 8 dias. Ao exame físico, notava-se taquidispneia, com murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios. A infecção por COVID-19 foi descartada pela reação em cadeia da polimerase (PCR) em swab nasofaríngeo. Para investigação do quadro, foi realizada a tomografia computadorizada (TC) de tórax que demonstrou consolidação e micronódulos centrolobulares em segmento apical do lobo inferior esquerdo. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro foi negativa em três amostras, mas, ao prosseguir com a investigação devido à forte possibilidade de tuberculose em um paciente imunossuprimido e com risco ocupacional, além de descartada outras infecções oportunistas, foi pesquisado Mycobacterium tuberculosis em lavado broncoalveolar, tendo resultado positivo, confirmando o diagnóstico de tuberculose miliar. Foi iniciada a terapia quádrupla com rifampicina, isoniazida, pirimetamina e etambutol com evolução favorável do quadro clínico, além de seu acompanhamento da DC no ambulatório de Gastroenterologia.

**DISCUSSÃO:** Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII), em tratamento com imunobiológicos, possuem fator de risco para reativação de infecções latentes, como tuberculose (TB). Portanto, mesmo nos pacientes previamente imunizados em rastreio anual com teste tuberculínico (PPD) e radiografia de tórax, o diagnóstico de tuberculose e suas formas, como a miliar, deve ser considerado frente a um quadro clínico inespecífico. No seu tratamento, deve ser considerada a interrupção temporária ou permanente do imunobiológico para a DII associado à reação adversa, enquanto se institui a terapia para o quadro de tuberculose miliar ou até mesmo após a terapia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Medicamentos imunobiológicos podem oferecer risco de ativação de infecções oportunistas, como a TB. Seu quadro clínico pode ser inespecífico e deve ser suspeitado mesmo nos pacientes com exames de rastreamento prévios normais.

**CONTATO AUTOR:** JOÃO EUGENIO LOUREIRO LOPES | joao.eugenioll@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104259 – Colite linfocítica em mulher com diarreia crônica.

**AUTORES:** Daniela Silva Galo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Livia Jayme Paulucci (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Isabelle Faleiros Fernandes (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Lara Veiga Freire (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Vanessa Madrid Vivo (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Natalia Engles Ravasio (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Roniki Clean Sá Florencio (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Marcia Fumie Rocha (Hospital de Base - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 65 anos, portadora de fibrilação atrial e glaucoma. Admitida em emergência devido a quadro de diarreia subaguda, cerca de 08 evacuações/dia, associado a dor abdominal e mudança em coloração das fezes inicialmente amarelada e evoluindo para esverdeada. Negava esteatorreia, hematoquezia, enterorragia e febre. Iniciado a investigação com exames de fezes apresentando pequena quantidade de gordura e ácidos graxos. Realizada pesquisa para doença celíaca, com anticorpos normais, além de nível de imunoglobulina A dentro da normalidade. Feita endoscopia e evidenciado hernia hiatal tipo 1 e gastrite endoscópica leve de antro. Procedeu a investigação com colonoscopia com biópsia seriada, com ausência de alterações na macroscopia, porém em biópsia evidenciado ileite crônica inespecífica com raros focos de linfócitos intra-epiteliais, colite crônica acentuada, com predomínio de atividade inflamatória linfocítica e leve eosinofilia em colón direito e esquerdo, além de retite crônica moderada com predomínio de atividade linfocítica e leve eosinofilia. Após a investigação foi confirmado colite linfocítica, sendo assim iniciado tratamento, sendo prescrito corticoide, porém devido ao glaucoma e por contra-indicação, iniciado a terapia de segunda linha com Bismuto. Paciente evolui com melhora significativa em quadro, mantendo em seguimento ambulatorial.

**DISCUSSÃO:** A colite linfocítica (CL) é uma doença inflamatória crônica do cólon, sendo um tipo de colite microscópica que normalmente não são evidenciadas alterações macroscópicas. Sua fisiopatologia e etiologia ainda não são bem estabelecidas, porém, sabe-se que o principal fator de risco é o tabagismo e outros como uso crônico de anti-inflamatórios e inibidor de bomba de prótons também são desencadeantes. Ela é caracterizada pela presença de diarreia crônica não sanguinolenta, podendo estar associada a perda de peso, porém sem alterações laboratoriais e endoscópicas. O diagnóstico é baseado na contagem de linfócitos na biópsia colônica. O tratamento varia de acordo com a severidade dos sintomas, assim como suspensão dos fatores causais.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os quadros de diarreia crônica merecem investigação, tanto com exames laboratoriais como exames de imagem. A normalidade desses exames pode falsear certo diagnóstico, como no caso da CL que merece avaliação via microscópica. Sendo assim diante de casos de diarreia é necessário investigação detalhada para afastar os diagnósticos diferenciais.

**CONTATO AUTOR:** DANIELA SILVA GALO | danielasgalo@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104262 – DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE CROHN NO IDOSO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Camila Sinkos (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Raíssa do Carmo Viturino (UFMT - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Luciana Rocha Almeida (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Mardem Machado Souza (UFMT - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), João Márdio Paixão França (UFMT - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Heveline Trajano Vasconcelos (UFMT - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Kárida Franciely Alves Barbosa (UFMT - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil), Mariana Barros Marcondes (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rodrigo Fedatto Beraldo (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente J.P.C.F, 67 anos, sexo masculino, procedente de Marilândia-MT, encaminhado para consulta ambulatorial em nosso serviço de coloproctologia queixando-se de dor em região anal e incontinência fecal há 1 ano, e quadro de 6 episódios de diarreia com sangue e muco há 6 meses. Ao exame proctológico apresentava a região perineal com destruição parcial, múltiplas fistulas e estenose de canal anal impossibilitando o toque retal na ocasião. Realizado exame proctológico sob sedação para debridamento, colocação do sedenho e realização de biópsia de região perianal, que descartou neoplasia ou agentes infecciosos na amostra. A colonoscopia evidenciou áreas de cicatrizes com diminuição da elasticidade de calibre, com ulcerações recobertas por fibrina em íleo terminal, válvula ileocecal, ceco, cólon transverso, descendente e reto inferior, correspondendo a doença de crohn em atividade moderada. Anatomopatológico evidenciou pseudopólipo inflamatório com infiltrado linfo-plasmocitário, contendo eosinófilos e granulomas epitelióides. Paciente evoluiu com melhora da dor em região anal, e da saída de secreção dos orifícios fistulosos após colocação dos sedenhos. Foi optado por iniciar anti-TNF alfa (infliximabe- 5mg/kg) devido gravidade da doença fistulizante. Após 3 meses de início da terapêutica o paciente evoluiu com melhora importante do quadro clínico e cicatrização da região perianal, sendo optado pela retirada dos sedenhos. Paciente encontra-se em acompanhamento no nosso serviço, no momento relata evacuações pastosas, cerca de 2 episódios/dia sem sangue ou muco, e ausência de dor anal ou saída de secreção dos orifícios fistulosos.

**DISCUSSÃO:** A doença de Crohn (DC) apresenta uma incidência com distribuição bimodal. O primeiro pico ocorre entre 15 e 29 anos, o segundo, em idosos (acima de 60 anos). Nesta faixa etária o diagnóstico torna-se mais difícil e muitas vezes um desafio, devido a alta prevalência de condições que mimetizam a doença inflamatória intestinal (DII) no idoso. Aproximadamente 10 a 20% dos casos de DII são diagnosticados após 60 anos de idade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora a DC seja mais rara em idosos, este relato de caso denota a importância de considerá-la como parte do diagnóstico diferencial neste grupo, em qualquer paciente que apresente sintomas gastrointestinais típicos.

**CONTATO AUTOR:** CAMILA SINKOS | camila.sinkos@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104263 – Tratamento da Doença de Crohn com terapia anti-TNF em paciente HIV positivo: Relato de caso e revisão da literatura

**AUTORES:** Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Medeiros Dutra (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Danielle Kellen Penha Mahon (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Natália Queiroz Prado Bittencourt (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Tamiris Marques Pereira (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad Hossne (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 50 anos, quadro de dor abdominal, febre, emagrecimento (13kg), diarreia líquida (7-8 episódios/dia) com muco, no início de 2020. Videoleocolonosopia (VIC) de maio/2020, evidenciou úlceras grandes e profundas em todos os segmentos colônicos, entremeadas por mucosa normal. Anatomopatológico (AP) evidenciou colite crônica inespecífica e descartou infecções. Iniciou tratamento com adalimumabe em junho/2020 com melhora parcial dos sintomas, com otimização da dose em novembro/2020. VIC de dezembro/2020 evidenciou edema e enantema, além de úlceras profundas em ceco, transverso, descendente e sigmoide, e erosões em ascendente (SES-CD: 18). AP mostrou ileíte e colite crônica em atividade discreta com criptite. Em reavaliação da resposta endoscópica, constatou-se que paciente era portadora do vírus HIV desde 1993 (CD4:11; carga viral >2 milhões), sem tratamento. Suspenso adalimumabe e solicitada revisão de lâmina com pesquisa de HIV, citomegalovírus, criptosporidíase e tuberculose, resultando negativa. Atualmente em acompanhamento com a Infectologia em terapia antiretroviral.

**DISCUSSÃO:** A infecção pelo HIV varia desde apresentação assintomática até o surgimento de infecções oportunistas, decorrentes da queda de células T-CD4. As DII caracterizam-se por inflamação da mucosa intestinal iniciada por uma resposta imune mediada por células (principalmente linfócitos T-CD4), em resposta a antígeno desconhecido em indivíduos geneticamente susceptíveis. Os casos de DII e HIV precisam de confirmação por biópsia, já que mais de 50% dos pacientes HIV podem apresentar diarreia ao longo do seu curso, sendo importante afastar infecções como citomegalovírus, tuberculose, sífilis e criptosporidíase, além de sarcoma de Kaposi e enteropatia pelo HIV. O tratamento da DII depende da confirmação de ausência de infecções e deve ser acompanhado com contagem de CD4 e carga viral, além de vigilância quanto a infecções oportunistas. Agentes imunossupressores como metotrexato e azatioprina podem ser utilizados por curto período sob risco de linfoma. Os antiTNF são considerados seguros, principalmente em pacientes em uso de terapia antiretroviral, com contagem de CD4 >500 e carga viral negativa, sendo necessário monitorização frequente, principalmente quanto a infecções por micobactérias.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A combinação de DII e HIV podem coexistir num mesmo indivíduo, sendo desafiador tanto o diagnóstico da DII quanto a escolha da terapêutica.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104308 – Hemorragia digestiva por GIST de jejuno: Relato de Caso

**AUTORES:** Mariane de Souza Campos Costa (Universidade Federal do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Anne Beatriz de Lima Loiola (Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Geovana Ribeiro da Silveira (Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Jessé Bisconsin Torres (Universidade Federal do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Lorena Corrêa de Moraes (Universidade Federal do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thianny Liz Machado Santos (Clínica Medinova Gastrocentro - Manaus - Amazonas - Brasil), Douglas Dallas Muniz Dias (Clínica Medinova Gastrocentro - Manaus - Amazonas - Brasil), Tarick de Oliveira Leite (Clínica Medinova Gastrocentro - Manaus - Amazonas - Brasil), Tiago Magalhães Cardoso (Universidade do Estado do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (Universidade Federal do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (Universidade Federal do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 59 anos de idade, com histórico de quatro internações por enterorragia e anemia grave, sendo a 1ª delas em 2016. Nas internações foram realizadas endoscopia digestiva alta e colonoscopia que não evidenciaram motivo do sangramento. Após avaliação ambulatorial na gastroenterologia em novembro de 2020, realizou outros exames complementares: cápsula endoscópica (14/12/2020) que evidenciou lesão elevada em jejuno proximal, com ulceração em superfície; enterossônância magnética contrastada (29/12/2020) que mostrou lesão expansiva, vegetante de contorno lobulado, com realce heterogêneo, protruindo para a luz do jejuno proximal, a aproximadamente 10,0 cm do ângulo de Treitz, medindo cerca de 3,0 x 3,4 x 2,3 cm. A paciente foi submetida a enterectomia segmentar de jejuno proximal e enteroenteroanastomose em abril de 2021. O histopatológico da peça revelou tumor estromal gastrointestinal (GIST) com as seguintes características: lesão de 2,6 cm no maior eixo; grau histológico: G1 (Baixo grau); avaliação de risco: baixo (4,3%) (Miettinen e Lasota, 2006); morfologia predominantemente fusiforme, comprometendo camada submucosa e muscular própria, tangenciando serosa; mitoses: 2 mitoses em 5 mm<sup>2</sup>; necrose: não detectada; invasão angiolímfática: não detectada; margens cirúrgicas: livres de neoplasia e estadiamento patológico: pT2 (AJCC, 8 th ed.). No laudo imunohistoquímico (27/04/2021) os anticorpos: 1A4 e Desmina foram negativos, enquanto o CD34, CD117 e Caldesmon foram positivos. Paciente evoluiu de forma favorável, com resolução dos episódios hemorrágicos, e atualmente está em acompanhamento ambulatorial com oncologista.

**DISCUSSÃO:** O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é a neoplasia mesenquimal do trato digestório mais comum, sendo sua origem das células intersticiais de Cajal e representa 1% das neoplasias deste sítio. O intestino delgado compreende o segundo local mais atingido e clinicamente pode se apresentar como hemorragia digestiva obscura.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A intervenção cirúrgica com obtenção de margens cirúrgicas livres de tumor é o único tratamento curativo existente para GIST. O tratamento adjuvante com Imatinib é indicado quando houver risco intermediário ou alto de recorrência por meio de avaliação de fatores de prognóstico como tamanho, localização e índice mitótico.

**CONTATO AUTOR:** MARIANE DE SOUZA CAMPOS COSTA | msc\_loren@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104311 – Enteropatia induzida por olmesartana: uma inusitada causa de diarreia crônica

**AUTORES:** Bruna Cerbino de Souza (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Andrea Ferreira Haddad (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Jorge Sabino (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), José Galvão-Alves (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** GPDA, masculino, 69 anos, previamente hipertenso, em uso regular de olmesartana 40mg/dia há 3 anos e diagnóstico recente de doença celíaca (DC). Admitido por queixa de diarreia disabsortiva, 6 episódios ao dia, associada a perda ponderal de 25 kg desde o início do quadro, há 9 meses, além de astenia. Vinha fazendo dieta sem glúten há 3 meses, sem melhora. Ao exame, encontrava-se emagrecido, hipocorado e desidratado. Sinais vitais estáveis. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdome escavado, porém, peristáltico e indolor à palpação. Laboratorialmente, exibia anemia normocítica/normocrômica e hipoalbuminemia. Trouxe consigo exames endoscópicos, cuja análise histopatológica revelou atrofia vilositária duodenal, com aumento de linfócitos intraepiteliais. No entanto, sorologias para DC colhidas na vigência de dieta com glúten foram negativas, e a dosagem de imunoglobulina A (IgA) era normal. Havia realizado também enteroscopia via cápsula endoscópica, cujo resultado corroborava os achados endoscópicos e excluía malignidade. Afastada etiologia infecciosa através de painel molecular. Solicitada genotipagem para HLA-DQ8/DQ2, sendo este último positivo. Diante da síndrome consumptiva apresentada pelo paciente, este recebeu aporte nutricional por via parenteral, prednisona 40mg/dia e foi suspensa a olmesartana. Após a interrupção da droga, houve a cessação dos episódios diarreicos. Paciente apresentou ganho ponderal e realizou nova endoscopia, após 6 meses, que comprovou a completa reepitelização da mucosa intestinal. O glúten foi gradualmente reintroduzido à sua dieta, sem novas queixas.

**DISCUSSÃO:** A olmesartana é um antagonista do receptor de angiotensina II utilizado no tratamento da hipertensão arterial sistêmica desde 2002, capaz de provocar uma forma de enteropatia semelhante, clínica e histologicamente, à doença celíaca, porém soronegativa e que não responde à dieta isenta de glúten. Acredita-se que a droga promova uma inflamação imunomediada capaz de lesar o epitélio intestinal, com consequente absorção ineficaz de água e nutrientes, levando à diarreia crônica, déficit nutricional e perda ponderal.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Os sintomas podem surgir meses ou anos após o início da terapia, e há rápida resolução destes com sua interrupção. A positividade do HLA-DQ2/DQ8 parece ser fator predisponente, tal qual no sprue celíaco. Assim, embora rara, esta condição clínica deve fazer parte do diagnóstico diferencial de diarreia crônica em indivíduos sob uso regular desta substância.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA CERBINO DE SOUZA | [brunacerbino@yahoo.com.br](mailto:brunacerbino@yahoo.com.br)

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104350 – Diarreia fúngica como causa de diarreia crônica: um relato de caso

**AUTORES:** Filipe Mateus Costa Teixeira (Hospital Governador Israel Pinheiro - HGIP - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Leandro Oliveira Costa (Hospital Santa Rita - Contagem - Minas Gerais - Brasil), Débora Fernanda Fonseca Soares (Hospital Santa Rita - Contagem - Minas Gerais - Brasil), Brisa Marina Meireles Monteiro (Hospital Santa Rita - Contagem - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 79 anos, admitida com relato de diarreia crônica, com duração de seis meses. Referia uma média de cinco episódios diários de evacuação, com fezes líquidas (Bristol 7), sem sangue ou outros elementos anormais, associada a flatulências, distensão abdominal, perda ponderal e inapetência. Realizada extensa propedêutica para investigação etiológica e diagnóstico diferencial, não sendo identificado nenhuma alteração que sugerisse a causa. Diante de provas inconclusivas, optado pelo tratamento empírico para diarreia fúngica, com ótima resposta clínica e melhora dos parâmetros nutricionais.

**DISCUSSÃO:** A diarreia crônica é definida como a persistência de alteração na consistência, Bristol 5 a 7, e aumento na frequência das fezes, com duração superior a quatro semanas. As causas estão diretamente relacionadas às condições socioeconômicas da população, com maior mortalidade nos extremos de idade. Dentre as etiologias, nos países subdesenvolvidos, destaca-se a infecciosa, sobretudo bacteriana e viral. Porém, a origem fúngica deve ser aventada, sobretudo se a propedêutica for negativa para as causas mais comuns. O principal agente etiológico é a *Candida* spp., que pode ser encontrada na microbiota de até 70% dos assintomáticos. O diagnóstico definitivo é laboratorial, através de cultura de aspirado de intestino delgado, se a contagem de *Candida* spp. for maior 10<sup>3</sup> CFU/mL. Porém, outra alternativa recomendada é a opção pela prova terapêutica

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A diarreia infecciosa tem alta prevalência em nosso meio e, apesar da etiologia fúngica ser a menos comum, deve ser levada em consideração quando descartamos as principais causas. Vale ressaltar que pacientes com uso recorrente de antibióticos, uso crônico de IBP e diabéticos, estão mais sujeitos a desenvolver o quadro.

**CONTATO AUTOR:** FILIPE MATEUS COSTA TEIXEIRA | [fmcostateixeira@gmail.com](mailto:fmcostateixeira@gmail.com)

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104358 – Diagnóstico acidental de tumor neuroendócrino em paciente com Doença de Crohn Complicada: Relato de Caso

**AUTORES:** KAMILA DE BESSA PENTEADO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), NICOLAS PIVOTO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), ALEXIS COELHO AGUIARI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), ROGERIO SAAD HOSSNE (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Luis Henrique Cury Saad (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - botucatu - São Paulo - Brasil), LIGIA YUKIE SASSAKI (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), WALMAR KERCHE DE OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), FRANCIELEN FURIERI RIGO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), JULIO PINHEIRO BAIMA (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), MARCELA MARIA SILVINO CRAVEIRO (HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 52 anos, DC íleo-colônica em uso infliximabe e azatioprina em remissão endoscópica, porém em atividade clínica. Em 2015 foi realizada troca do anti-TNF para adalimumabe devido enterotomografia que evidenciou processo inflamatório em alças jejunais e colonoscopia com úlcera em íleo terminal. Durante seguimento intercalava períodos de recidiva e remissão. Em 2021 nova colonoscopia evidenciava DC em atividade sem estenose e enterotomografia com área de estreitamento em íleo terminal, alterações que sugeriam DC em atividade. Evoluiu com piora clínica: constipação, dor e distensão abdominal, sendo internado com diagnóstico AAO e submetido a laparotomia exploradora com achado de estenose 10cm da válvula ileocecal, ressecado segmento e confeccionado íleo-ascendente anastomose a Mikulicz. Recebe alta em retorno ambulatorial anatomopatológico (AP) evidencia NET (T4N0M0). Avaliado pela oncologia, realizado octreoscan. Cirurgia foi considerado tratamento preconizado e suficiente.

**DISCUSSÃO:** NET é raro, mais incidente em idosos, sendo íleo terminal local mais acometido. Fatores de risco são idade, etnia, doença inflamatória intestinal, álcool, tabagismo. Diagnóstico exige alta suspeita pelos inespecíficos sintomas como dor abdominal e diarreia, os quais também são presentes na DC.

NET's devem ser suspeitados em pacientes idosos, DC de longa data com persistência de sintomas e terapêutica imunossupressora. Exames laboratoriais e imagem auxiliam na distinção, permitindo biópsia e dosagem de marcadores sugestivos de NET: cromagranina A e ácido-5-hidroxi-indolacético. Após diagnóstico o estadiamento faz-se necessário determinando tratamento e prognóstico. O tratamento é baseado na ressecção cirúrgica e seguimento.

Apesar dos estudos não evidenciarem associação definida entre DC e NET, trabalhos mostraram aumento casos NET nesses pacientes. O fator que parece justificar é a ação de citocinas pró-inflamatórias da DC que estimulam células neuroendócrinas influenciando na sequência da carcinogênese.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Todo paciente idoso, DC longa data, sem remissão adequada com terapêutica otimizada deve ter descartado neoplasia. O caso exemplifica paciente que evoluiu com AAO, submetido a ressecção de segmento estenótico com NET no AP. Assim, este relato objetiva descrever essa possível associação, no intuito de maior conhecimento, permitindo suspeita para diagnóstico precoce e aumento da sobrevida.

**CONTATO AUTOR:** KAMILA DE BESSA PENTEADO | [bessakamila@gmail.com](mailto:bessakamila@gmail.com)



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104436 – Doença de Crohn e a importância das suas manifestações extra-intestinais – Um relato de caso

**AUTORES:** LETICIA C ADORNO (HUB / UNB - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, feminina, 22 anos, apresentou corrimento vaginal amarelado que evoluiu para úlceras genitais e, depois, orais. Foi avaliada pela Ginecologia que não identificou nenhuma DST e optou por tratamento empírico de candidíase e vaginose bacteriana. Por não ter tido melhora, foi avaliada pela Dermatologia que realizou biópsias das úlceras genitais com resultados inespecíficos. Paciente relatou piora de uma diarreia que já apresentava há um ano associada a desnutrição, quando foi encaminhada para a Gastroenterologia. Nesta ocasião, notou-se ainda função renal (FR) alterada associada a espumúria. Notaram-se diversos exames alterados, entre eles: piora da Cr, EAS com hematúria, leucocitúria e proteinúria, dismorfismo eritrocitário presente, consumo de C3 e C4, FAN reagente 1/640 com padrão nuclear pontilhado fino, Coombs direto positivo, antitransglutaminase tecidual negativo, coprocultura negativa, EPF negativo, sangue oculto nas fezes positivo, pesquisa de gordura fecal negativa. A EDA e a colonoscopia apresentaram inúmeras úlceras aftoides, com suas respectivas biópsias confirmando DC. Pela piora importante da FR, optou-se por biópsia renal que confirmou o diagnóstico de N-IgA.

**DISCUSSÃO:** O envolvimento geniturinário na DC é relatado em até 25% dos pacientes, principalmente como cálculos urinários, fístulas e lesão tubular, mas doença renal parenquimatosa é rara. A N-IgA é o subtipo mais comum de glomerulonefrite e pode estar associada a doenças patogênicas. Relatos de casos tem demonstrado a associação entre N-IgA e DC. O mecanismo da complicação entre elas é discutida em três pontos. Primeiro, a absorção sistêmica de IgA no local da inflamação da mucosa intestinal está associado a N-IgA. Em segundo lugar, o envolvimento de um fator genético comum, especialmente o HLA-DR1, que tem sido o fator suspeito que fornece uma ligação entre a DC e a N-IgA. Terceiro, o linfócito T auxiliar anormal pode contribuir para a patogênese associada a essas duas doenças. A N-IgA secundária à DII é provável que represente uma interação complexa entre inflamação da mucosa, perda da exclusão antigênica e tolerância, estimulação imunológica crônica e desregulação da produção e do transporte de IgA.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Parece haver uma ligação entre DC e N-IgA. É importante reconhecer que a glomerulonefrite por deposição de imunocomplexos, particularmente a N-IgA, é uma potencial manifestação extraintestinal da DC, que ocorre no contexto de inflamação do intestino.

**CONTATO AUTOR:** LETÍCIA CAETANO ADORNO | leticiacaetano05@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104445 – RELATO DE CASO: LESÃO VEGETANTE ULCERADA EM VÁVULA ILEOCECAL POR CITOMEGALOVIRUS EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

**AUTORES:** ELIS ROCHA RIBEIRO XAVIER (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), Myllene Dias de Souza (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), Samuel Machado da Silva (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), Laís Gomes Ferreira Rosa (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil), Amanda Silva Vasconcelos (MEDHE SERVIÇOS MÉDICOS - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O Citomegalovírus (CMV) é um vírus DNA, pertencente ao grupo dos Herpesvírus, e caracterizados por sua condição de latência, recorrência e cronicidade. É uma infecção com alta prevalência e, embora uma doença grave seja rara em indivíduos imunocompetentes, o CMV é um patógeno importante para pacientes imunocomprometido e causador de diversos agravos mórbidos. A manifestação gastrointestinal mais comum é a colite, que pode se desenvolver por reativação da infecção latente em pacientes imunossuprimidos, e possui morbidade e mortalidade significativas. Atendemos em nosso serviço uma paciente M.R.P de 70 anos, hipertensa, diabética, e com Talassemia minor, queixando-se de diarreia, dor abdominal, adinamia e sonolência, sem qualquer estado imunocomprometido previamente identificados. Tinha feito tratamento com Oseltamivir, devido quadro gripal, antes do início dos sintomas. Na investigação por colonoscopia foi identificada uma lesão acometendo lábio anterior e posterior de válvula ileocecal, com ulceração central, friável de aspecto infiltrativo, cujo anatomopatológico concluiu ser uma ileíte erosiva. A imuno-histoquímica comprovou que era uma enterite por CMV. Realizado tratamento oral com Mesalazina 3g/dia e endovenoso com Ganciclovir por 21 dias, apresentando boa evolução. Paciente apresentou melhora clínica e laboratorial. Foram realizadas colonoscopias de controle ao longo de 2 anos, e apesar de ainda apresentar uma pequena lesão erosiva em válvula ileocecal, a imuno-histoquímica é negativa para CMV. Paciente continua em seguimento, em uso de Mesalazina oral, assintomática, apesar dos achados endoscópicos.

**DISCUSSÃO:** Uma extensa revisão da literatura mostrou apenas 34 casos de enterite ou colite por CMV diagnosticada em indivíduos imunocompetentes, incluindo o presente caso. E revelou ainda, que a idade média dos pacientes era 68 anos. As principais apresentações clínicas da infecção por CMV incluiu sangramento gastrointestinal (72,2%), dor abdominal (55,6%) e febre (33,3%). Úlceras (72,2%) foram os achados endoscópicos mais comuns. As taxas de mortalidade hospitalar e geral foram de 27,8% e 38,9%, respectivamente; e mais tempo de internação hospitalar e maiores taxas de mortalidade geral foram observados.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Enterite por CMV deve ser reconhecida de forma mais ampla como uma entidade de doença, não apenas em pacientes imunocomprometidos, mas também em indivíduos imunocompetentes, especialmente na populações mais idosas.

**CONTATO AUTOR:** ELIS ROCHA RIBEIRO XAVIER | elisrr59@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104454 – SÍNDROME DE OGILVIE COM PERFURAÇÃO COLÔNICA NA INFECÇÃO POR COVID-19

**AUTORES:** ANA LÚCIA FLORES (Hospital e Maternidade São Marcos- Maringá - MARINGÁ - Paraná - Brasil), FREDERICO OTTO FLORES MORAES (FEMPAR - CURITIBA - Paraná - Brasil), EDUARDO TAKASHI SUNAGA (FEMPAR - CURITIBA - Paraná - Brasil), OMAR CÉSAR MORAES (Hospital e Maternidade São Marcos- Maringá - MARINGÁ - Paraná - Brasil), VALTER DE PAIVA (Hospital e Maternidade São Marcos- Maringá - MARINGÁ - Paraná - Brasil), JOSÉ MIGUEL VISCARRA OBREGÓN (Hospital e Maternidade São Marcos- Maringá - MARINGÁ - Paraná - Brasil), LETÍCIA YUKIE TAKAHASHI (Hospital e Maternidade São Marcos- Maringá - Maringá - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 32 anos, obeso (IMC 44), admitido em 05/04/21 com PCR para COVID-19 positivo. Sintomas iniciaram em 30/03: cefaléia, tosse seca e dor torácica. Evoluiu com dispneia, febre e queda da saturação (90-93%). Na internação, TC de tórax com infiltrado pulmonar difuso em vidro fosco, comprometendo 80% do parênquima pulmonar, com consolidações e áreas de fibrose. Iniciado uso de VNI em Helmet (O<sub>2</sub> a 100%), ceftriaxone, azitromicina, enoxaparina e pulsoterapia com corticoide. Em 08/04 realizado tocilizumabe e em 09/04 entubado e iniciado manobras de prona. Em 20/04 iniciou com picos febris, hipertensão e taquicardia. Dia 23 teve distensão abdominal e constipação intestinal, sem resposta à lactulose VO. Dia 24 evoluiu com piora da distensão e instabilidade hemodinâmica necessitando de ressuscitação volêmica e drogas vasoativas, com diagnóstico de choque séptico (CS). RX de tórax demonstrou volumoso pneumoperitônio, confirmado na TC. Foi levado ao centro cirúrgico, com laparotomia mostrando grande distensão do cólon. Houve laceração de serosa e muscular ao nível do ceco com progressão até o cólon transverso. A direita da artéria cólica média, área de necrose total da parede do cólon transverso, com perfuração próximo ao ângulo hepático, sendo realizada colectomia direita ampliada e ileostomia. Em 27/04 evoluiu para lesão renal aguda KDIGO III, iniciando hemodiálise convencional (mantida até 21/05). Alta hospitalar em 29/05.

**DISCUSSÃO:** COVID-19 é uma infecção viral com transmissão via respiratória e fecal-oral. Seu alvo principal: trato respiratório; mas 4,9-61% dos pacientes apresentam sintomas gastrointestinais (SG) como diarreia, vômitos, anorexia e dor abdominal e/ou desenvolvem complicações durante internação, como hemorragia digestiva, isquemia intestinal e síndrome de Ogilvie (SO). SO é mais frequente em maiores de 60 anos; apresenta-se como grande distensão colônica, sem sinais de obstrução mecânica. A distensão tende a ocorrer progressivamente em 6 dias, sendo o ceco a área de maior dilatação e maior risco de perfuração (1-3%), principalmente quando seu diâmetro supera 10-12cm. O caso exposto apresenta peculiaridades: grave, em jovem, internação prolongada, sem SG iniciais, que desenvolveu distensão abdominal súbita e progressiva em 24h, com quadro de perfuração no cólon transverso, próximo ao ângulo hepático e CS.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Poucos casos de SO relatados em pacientes com COVID e, raros casos com perfuração colônica.

**CONTATO AUTOR:** ANA LUCIA FLORES | analu070405@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104457 – Caso raro de paracoccidioomicose gastroduodenal em paciente portadora de doença de Crohn

**AUTORES:** Vivian Souza Menegassi (HU UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Elisa Cantú Germano Dutra (HU UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Daniela Estephany Delgado Guevara (HU UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Luiz Augusto Cardoso Lacombe (HU UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** CE, feminina, 47 anos, caucasiana, portadora de doença de Crohn diagnosticada em 2019, classificação de Montreal A3L3+L4B2. Desde 2019 com acometimento gastrointestinal alto e íleo-colônico, com lesões ulceradas pré-pilóricas e duodenal em endoscopia digestiva alta (EDA) e estenoses em cólons ascendente e transversal em colonoscopia. Como primeira opção terapêutica, usou comboterapia com azatioprina e infliximabe. Por persistência sintomática e alteração de provas inflamatórias foi otimizado anti-TNF, ainda sem resposta satisfatória. Na sequência, foi trocado biológico para adalimumabe, também sem remissão da doença.

Em 2021 foi submetida a internação hospitalar por anemia refratária com necessidade de hemotransfusão. Em investigação, tomografia computadorizada de abdome evidenciou suboclusão de trânsito gastrointestinal, com estômago distendido, espessamento parietal concêntrico na 2ª e 3ª porção duodenais. EDA com extensa lesão ulcerada pré-pilórica de 4cm (aumento em relação a exames anteriores) e estenose circunferencial em 2ª porção duodenal que impedia progressão do aparelho. Histopatológico demonstrou tecido de granulação e presença de estruturas fúngicas, favorecendo o diagnóstico de paracoccidioomicose. Paciente sem alterações pulmonares ou sistêmicas, fechou o diagnóstico de paracoccidioomicose com comprometimento gastrointestinal isolado.

**DISCUSSÃO:** A paracoccidioomicose é a micose mais prevalente da América Latina, causada pelos fungos *Paracoccidioides* spp. Atualmente 80% dos casos concentram-se no Brasil. Pode ter acometimento sistêmico ou isolado, com múltiplas formas de apresentação. O trato gastrointestinal pode ser afetado, principalmente em delgado e cólon, apresentando características endoscópicas similares à doença de Crohn. A doença duodenal é rara. Pode se manifestar com diarreia sangüinolenta, dor abdominal e síndrome disabsortiva. Na fisiopatologia da doença, o TNF-alfa é responsável pela modulação da resposta imune no combate ao fungo. O uso de anti-TNF em pacientes sem diagnóstico reconhecido desta micose pode ser devastador. Para o diagnóstico a biópsia é fundamental. O tratamento baseia-se no uso de sulfametoxazol-trimetoprim, itraconazol ou anfotericina B.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso demonstra a importância da alta suspeição diagnóstica desta micose, já que o Brasil é a principal área endêmica. Reiteramos a importância de estudos acerca deste tema em portadores de doença de Crohn, visto que a doença inflamatória intestinal configura diagnóstico diferencial.

**CONTATO AUTOR:** VIVIAN DE SOUZA MENEGASSI | vimenegassi@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104466 – Caso de colangite esclerosante primária associado á colite eosinofílica

**AUTORES:** Livia Jayme Paulucci (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Daniela Silva Galo (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Isabelle Faleiros Fernandes (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Lara Veiga Freire (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Vanessa Madrid Vivo (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Natalia Engler Ravasio (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Rôniki Clean Sá Florencio (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil), Marcia Fumiê Rocha (Famerp - Hospital de Base de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** AAR, masculino, 45 anos, previamente hígido. Mãe com retocolite ulcerativa (RCU). Paciente com quadro de icterícia, acompanhado de prurido cutâneo, dor em hipocôndrio direito e diarreia sem sangue ou muco há 15 dias. Evoluiu com manchas hiperocrômicas em palmas das mãos, dorso, membros inferiores, além de perda de 5Kg. Exames laboratoriais com transaminases e enzimas colestáticas aumentadas, como AST 84U/L (valor de referência [VR] até 40), ALT 125U/L (VR até 41) Fosfatase alcalina 555U/L (VR até 130), Gama-GT 732UI/L (VR até 60). Devido alterações, realizado colangiorressonância evidenciando ectasia de ductos biliares intra e extra-hepáticos com sinais de irregularidade dos contornos. Para completar investigação de colangite esclerosante primária, realizado p-ANCA e anti- mitocôndria, com resultado não reagente. Devido achados em exames laboratoriais e de imagem e quadro clínico sugestivos de colangite esclerosante primária (CEP), optado tratamento com ácido ursodesoxicólico na dose de 17mg/Kg. Devido quadro diarreico associado, realizada colonoscopia, que mostrou pancolite erosiva, prosseguido com biópsia, que evidenciou inflamação colônica difusa com a presença de inúmeros eosinófilos em todos segmentos colônicos, sugestivo de colite eosinofílica (CE). Solicitado imunoglobulina E com resultado de 339ng/mL (VR até 240). Introduzido corticoterapia para controle da colite eosinofílica. Paciente segue em acompanhamento e, em onze meses de tratamento, evoluiu com diminuição progressiva das enzimas colestáticas, atualmente fosfatase alcalina de 146U/L e gama-GT de 220U/L, além de melhora importante do quadro diarreico após introdução de corticoide.

**DISCUSSÃO:** CE é um distúrbio gastrointestinal com patogênese ainda não totalmente compreendida, sabe-se que ocorre aumento de eosinófilos nos segmentos colônicos, além de aumento de imunoglobulina E no sangue. O quadro clínico mais comum é de dor abdominal, náuseas, vômitos, saciedade precoce e diarreia. Estudos mostram que a prevalência atual é de 3,3 para cada 100000 pessoas. A CEP é um distúrbio crônico e progressivo, caracterizado por inflamação, fibrose e estreitamento de ductos médios e grandes na árvore biliar intra-hepática e / ou extra-hepática, de etiologia desconhecida. A CEP tem forte associação com RCU, podendo esta ser encontrada em até 90% dos casos de CEP.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso relata um quadro de associação incomum de CEP com CE, onde seria esperado associação com RCU.

**CONTATO AUTOR:** LIVIA JAYME PAULUCCI | liviajpaulucci@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104482 – Pioderma Gangrenoso como manifestação inicial de Doença de Crohn de delgado e com boa resposta a adalimumabe

**AUTORES:** Caio Cesar Furtado Freire (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Milena Santana Girão (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Arthur Alencar Arrais Souza (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Larissa Alencar Araripe Gurgel (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Brendah Lee de Melo Oliveira (HGCC - FORTALEZA - Ceará - Brasil), Eliseu Sousa do Amaral Junior (HGCC - FORTALEZA - Ceará - Brasil), Luzia Julia Porto Carneiro (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil), Jose Gerardo Araujo Paiva (HGCC - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, 50 anos, sexo feminino, procurou atendimento em 2016 com relato de ter realizado implante de prótese mamária em março de 2015 e, após 5 meses, evoluiu com lesão ulcerada em região areolar com drenagem de secreção purulenta, tendo realizado múltiplos tratamentos com antibióticos, porém sem melhora do quadro. Evoluiu com surgimento de novas lesões em dorso, membros inferiores e região inguinal. Realizou biópsia da lesão cutânea que confirmaram o diagnóstico de pioderma gangrenoso (PG), sendo iniciado tratamento com prednisona 1mg/kg. Após foi iniciado desmame do corticóide e associado ciclosporina 200mg/dia, evoluindo somente com melhora parcial dos sintomas. Em outubro de 2018 paciente começou a apresentar quadro de dores em abdominais e diarreia. Apresentava anemia carencial (HB- 10,9), PCR (41) e calprotectina fecal (848ug/g) bastante elevadas. Paciente foi encaminhada ao gastroenterologista e realizou colonoscopia sem alterações e enterotomografia com espessamento parietal acentuado, assimétrico, salteado em alças do íleo proximal e médio, traduzindo sinais de doença inflamatória em atividade. Devido ao quadro de doença Crohn moderada a grave acometendo intestino delgado e pioderma gangrenoso refratário a diferentes tratamentos foi decidido pelo tratamento com imunobiológico Humira em monoterapia pelos eventos infecciosos recorrentes em pele. Após 03 primeiros meses de seguimento a paciente retorna ao ambulatório com remissão clínica do quadro gastrointestinal, de marcadores de inflamatórios (calprotectina fecal <200ug/g) e completa cicatrização das lesões cutâneas que tanto afetavam sua qualidade de vida nos últimos 3 anos.

**DISCUSSÃO:** O pioderma gangrenoso (PG) é uma manifestação extraintestinal que independe da atividade da doença inflamatória intestinal. O tratamento depende da extensão da doença, podendo ser utilizado corticosteróides tópicos ou inibidores da calcineurina em lesões localizadas ou terapias sistêmicas. Alguns estudos mostram que o anti-TNF tem boa resposta no tratamento do PG, principalmente quando há doença inflamatória intestinal em atividade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apresentamos um caso de doença de Crohn que foi diagnosticada meses após surgir o PG. O quadro dermatológico se mostrava refratário às diversas tentativas de tratamento e teve ótima resposta com Humira. Também houve remissão clínica da doença de Crohn, melhora de provas inflamatórias e importante impacto na qualidade de vida da paciente.

**CONTATO AUTOR:** CAIO CÉSAR FURTADO FREIRE | caiofreire@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104484 – RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN GRAVE COM FALHA PRIMÁRIA A INFLIXIMABE E PRESENÇA DE C.DIFFICILE

**AUTORES:** MILENA SANTANA GIRÃO (HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), CAIO CÉSAR FURTADO FREIRE (HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), ARTHUR ALENCAR ARRAIS DE SOUZA (HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), JOSÉ WALTER CORREIA (HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), JOSÉ OTHO LEAL NOGUEIRA (HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** PACIENTE N.L.V.J. 17 ANOS, MASCULINO, COM DIAGNÓSTICO DE RETOCOLITE ULCERATIVA, HÁ 1 ANO APRESENTOU SINTOMAS DE DIARREIA COM SANGUE E MUCO (CERCA DE 7 EPISÓDIOS AO DIA), TENESMO, URGÊNCIA EVACUATÓRIA E PERDA DE PESO (CERCA DE 20KG EM 1 ANO). REALIZOU COLONOSCOPIA EVIDENCIANDO PANCOLITE INTENSA - MAYO 3, CUJA BIÓPSIA EVIDENCIOU RETOCOLITE CRÔNICA MODERADA COM CRIPTITE. INICIOU TRATAMENTO COM MESALAZINA E CORTICOIDE TORNANDO-SE CORTICODEPENDENTE SEM MELHORA CLÍNICA, SENDO INTOLERANTE A AZATIOPRINA. REALIZOU CALPROTECTINA FECAL CUJO RESULTADO FOI ACIMA DE 3000MCG/G. INICIOU TRATAMENTO COM IMUNOBIOLÓGICO (INFLIXIMABE) EM ABRIL, TENDO FEITO A INDUÇÃO SEM MELHORA CLÍNICA E COM PERSISTÊNCIA DE CALPROTECTINA BASTANTE ELEVADA. REALIZOU TDM PROATIVO ( MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA DE DROGA) QUE EVIDENCIOU BAIXO NÍVEL SÉRICO DO INFLIXIMABE E FORMAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-DROGA. INTERNA DEVIDO A DESNUTRIÇÃO INTENSA, CORTICODEPENDENCIA E PERSISTÊNCIA DO QUADRO CLÍNICO. REALIZOU ENTEROTOMOGRAFIA QUE EVIDENCIOU ACOMETIMENTO DE INTESTINO DELGADO COM PRESENÇA DE FÍSTULAS ENTEROCÓLICAS. DIANTE DO EXPOSTO, SUGERE-SE QUADRO DE DOENÇA DE CROHN. INICIOU CORTICOTERAPIA ENDOVENOSA E REALIZOU PESQUISA DE PCR PARA CLOSTRIDIODES DIFFICILE, SENDO POSITIVO. INSTITUÍDO METRONIDAZOL ENDOVENOSO E VANCOMICINA ORAL, COM MELHORA CLÍNICA. AGUARDANDO INÍCIO DE ADALIMUMABE PARA AVALIAR RESPOSTA AO NOVO IMUNOBIOLÓGICO

**DISCUSSÃO:** TRATA-SE DE UM CASO DE DOENÇA DE CROHN GRAVE COM ACOMETIMENTO DE CÓLON E DELGADO REFRAATÓRIO AO TRATAMENTO CONSERVADOR. FOI INICIADO IMUNOBIOLÓGICO INFLIXIMABE SEM RESPOSTA NA INDUÇÃO NA SEMANA 6 PERSISTINDO COM SINTOMAS CLÍNICOS. ATRAVÉS DO TDM, VERIFICOU-SE BAIXO NÍVEL SÉRICO E ANTICORPO ANTI-DROGA. NOS CASOS DE NÃO RESPOSTA CLINICA DEVE-SE PENSAR EM INFECÇÕES COMO CLOSTRIDIODES DIFFICILE E CITOMEGALOVIRUS. ESTE PACIENTE APRESENTOU PCR POSTIVO NAS FEZES PARA C .DIFFICILE. NOS CASOS GRAVES OPTA-SE POR VANCOMICINA ENDOVENOSA ASSOCIADO A METRONIDAZOL ORAL

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

O TDM É DE FUNDAMENTAL IMPORTANCIA PARA OTIMIZAÇÃO DA DOSE OU TROCA DE CLASSE DA MESMA. NA PERSISTENCIA DE SINTOMAS CLÍNICOS DEVE-SE PENSAR EM INFECÇÕES POR C. DIFFICILE E CITOMEGALOVIRUS.

**CONTATO AUTOR:** MILENA SANTANA GIRA O | giraomilena@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104488 – TUBERCULOSE INTESTINAL, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Nayara Azevedo Pires (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Francielly Alves Sampaio (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Juliana Corsino Gonçalves (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), José Benedito Reis Carvalho (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Iva Mara Paula De Oliveira (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente E. F. M., sexo masculino, 40 anos. Diagnóstico de doença de Crohn fistulizante há dois meses, em tratamento com corticoide e mesalazina. Internado após enterorragia com repercussão hematómica e necessidade de hemotransfusão. Perda ponderal de 30 kg nos últimos dois anos, associado à dor abdominal e diarreia crônica com cerca de oito evacuações diárias, fezes Bristol 6-7, com muco e sangue. Realizado propedêutica intestinal de germes oportunistas, otimizada dose de corticoide, iniciado metronidazol e suspenso mesalazina. À admissão, raio-x de tórax com consolidações pulmonares, sendo realizada tomografia computadorizada de tórax evidenciando alterações sugestivas de tuberculose pulmonar em atividade. Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes positiva. Diante do diagnóstico pulmonar, levantado hipótese de tuberculose miliar com acometimento intestinal, sendo suspenso corticoide. Iniciado rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Colonoscopia com biópsia identificou achados compatíveis com doença de Crohn. O exame anatomopatológico mostrou ileíte e colite crônica granulomatosa com focos de necrose e pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes positiva, confirmando o diagnóstico de tuberculose intestinal. Paciente evoluiu com melhora clínico-laboratorial progressiva, mantendo média de duas evacuações diárias, fezes Bristol 3-4, e boa tolerância ao tratamento.

**DISCUSSÃO:** A tuberculose intestinal é uma doença rara causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, podendo se confundir com outras patologias intestinais, como a doença de Crohn. Os sinais e sintomas são, principalmente, febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal, distensão abdominal, diarreia e sangramento intestinal. O exame padrão-ouro para o diagnóstico é a colonoscopia com biópsia, pois permite visualizar achados típicos, como granulomas e úlceras, além de identificar o agente etiológico através da pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente, teste este de elevada especificidade. O tratamento não difere da forma pulmonar, sendo utilizado rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, por 2 meses, seguidos de 4 meses com rifampicina e isoniazida.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A tuberculose intestinal deve sempre ser considerada um diagnóstico diferencial da doença de Crohn, visto que a clínica, os aspectos endoscópicos e histológicos se sobrepõem. A diferenciação entre estas duas entidades é desafiante, mas é essencial para o tratamento adequado.

**CONTATO AUTOR:** NAYARA AZEVEDO PIRES | [dranayara.pires.gastro@gmail.com](mailto:dranayara.pires.gastro@gmail.com)



## Gastroenterologia - Intestino

### 1104508 – Doença de Crohn e Lúpus Eritematoso Sistêmico: o desafio terapêutico quando as patologias coexistem.

**AUTORES:** Davi Viana Ramos (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sabrina Rodrigues de Figueiredo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Amanda Carvalho Almeida de Medeiros ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Aderson Omar Mourão Cintra Damião ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alexandre de Sousa Carlos ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luisa Leite Barros ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Natalia Sousa Freitas Queiroz ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Freitas Cardoso de Azevedo ( Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 39 anos, com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) há 18 anos, com envolvimento cutâneo, renal e hematológico, tratada previamente com imunossupressores e atualmente em remissão da doença com uso de hidroxicloroquina. Também portadora de Doença de Crohn (DC) há 4 anos, com acometimento colônico e padrão fistulizante perianal, em tratamento com uestequinumabe há 1 ano. Apresentou piora clínica com perda ponderal de 10Kg, dor abdominal e diarreia sanguinolenta - 20 episódios/dia, sendo necessária internação hospitalar para tratamento da colite grave. As pesquisas para Clostridioides difficile e infecções oportunistas resultaram negativas. A colonoscopia mostrou úlceras profundas em canal anal e ceco. Iniciado corticoterapia venosa, com melhora parcial. Apesar do risco de reativação do LES com uso de terapia anti-TNF $\alpha$ , considerando a gravidade do quadro e morbidade associada à colectomia, foi decidido por terapia de resgate com Infliximabe 5mg/Kg endovenoso. A paciente apresentou melhora parcial dos sintomas, com necessidade de otimização de dose após 6 semanas, guiado por baixa dosagem de nível sérico do Infliximabe, sem evidência de reativação do LES.

**DISCUSSÃO:** A coexistência de DC e LES é rara e essa associação dificulta a escolha terapêutica para a doença inflamatória intestinal, principalmente quando há fenótipo fistulizante. A terapia anti-TNF $\alpha$  apresenta melhor evidência para controle desse fenótipo, porém com risco de indução de atividade lúpica. O lúpus induzido por drogas já foi descrito em associação com diversas medicações, dentre elas os imunobiológicos anti-TNF $\alpha$  (incidência de 1,6%). Todavia existem poucos relatos na literatura sobre a reativação de LES pré-existente induzida por essa classe de droga. A indução de atividade do LES pré-existente se baseia na produção de autoanticorpos (principalmente anti-DNA e ANA) por bloqueio de linfócitos T e estimulação da imunidade humoral, além de uma possível reação cruzada entre anticorpos anti-fármaco e autoanticorpos. Dessa forma, o desafio terapêutico se impõe sobre o risco de indução de atividade lúpica e por vezes a indisponibilidade de imunobiológicos que não sejam anti-TNF $\alpha$  para tratamento de DC.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A associação de DC e LES é um desafio terapêutico, especialmente em pacientes com fenótipo fistulizante da DC. A utilização da terapia anti-TNF $\alpha$  deve ser realizada com cautela e monitoramento de possível reativação do LES.

**CONTATO AUTOR:** DAVI VIANA RAMOS | davi\_dvr@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104511 – Riscos e benefícios do uso de anti-TNF no tratamento da Retocolite Ulcerativa em paciente com Cirrose Hepática por Hepatite Autoimune

**AUTORES:** Renata Medeiros Dutra (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Fernando Gomes Romeiro (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad-Hossne (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 28 anos, quadro de diarreia, dor abdominal, astenia e inapetência há 9 meses, circulação colateral abdominal, anemia alteração de enzimas hepáticas, elevação de proteína C-reativa e FAN reagente 1:320. Biópsia hepática evidenciou hepatite crônica em atividade, estadio 4, infiltrado linfo-histiocitário e necrose em saca bocado, confirmando diagnóstico de cirrose hepática por Hepatite Autoimune (HAI) provável (11 pontos pelo escore do Grupo Internacional de HAI). Colonoscopia compatível com Retocolite Ulcerativa (RCU) em atividade do tipo pancolite. Apresentou refratariedade ao tratamento com mesalazina, intolerância à azatioprina e efeitos colaterais ao corticoide com risco aumentado de infecção grave em cirrótico, sendo optado pelo infliximabe, seguindo com melhora sintomática.

**DISCUSSÃO:** A HAI é uma doença hepática rara de etiologia desconhecida que atinge todas as idades, grupos étnicos e ambos os sexos. O diagnóstico é baseado em características clínico-patológicas como hipergamaglobulinemia policlonal, particularmente imunoglobulina G (IgG), autoanticorpos circulantes, hepatite de interface, ausência de hepatite viral e resposta favorável à imunossupressão. A Diretriz do American Association for the Study of Liver Disease (AASLD), recomenda prednisona 60mg/dia ou combinação de prednisona 30mg/dia e azatioprina 50mg/dia, favorecendo esta última como tratamento inicial, por menor frequência de efeitos colaterais. Como segunda linha, recomenda-se a utilização de agentes como ciclofosfamida, metotrexato, rituximabe ou infliximabe. Apesar do infliximabe ser citado como terapia alternativa na HAI, o nível de evidência fraco e o risco aumentado de infecção, especialmente em pacientes com cirrose, não justifica o uso desses agentes como segunda linha de tratamento. Porém, a decisão baseia-se na experiência local, na gravidade da HAI e nas características do paciente. Sendo assim, é importante apresentar casos com bom prognóstico utilizando anti-TNF como opção terapêutica no tratamento das duas condições (RCU e HAI), devendo-se descartar reação medicamentosa do tratamento instituído com imunobiológicos, e vigiar possíveis efeitos colaterais que podem ser mais graves em paciente cirrótico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** HAI é causa rara de elevação de transaminases em pacientes com RCU, devendo-se avaliar o melhor tratamento para controlar as duas condições, principalmente em cirróticos, vigiando efeitos colaterais das medicações.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104532 – DOENÇA DE CROHN NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

**AUTORES:** Gabriela de Moura Hining (Hospital Geral de Caxias do Sul - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil), Andreza Gauterio Cavalcanti (Hospital Geral de Caxias do Sul - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Patrícia Paraboni Bersaghi (Hospital Geral - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Carla Bortolin Fonseca (Hospital Geral - Caxias do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Fernando Sehbe Fichtner (Hospital Geral - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil), Renata Sehbe Fedrizzi (Hospital Geral - CAXIAS DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil), Andressa Rafaela de Moura Hining (Universidade do Vale do Taquari- Univates - Lajeado - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Jovem de 14 anos, emagrecido, sarcopênico, com atraso no desenvolvimento puberal, apresenta dores abdominais recorrentes e perda ponderal significativa nos últimos 6 meses. Histórico de anemia ferropriva, hipoalbuminemia e elevação de marcadores inflamatórios. Submetido à investigação complementar em hospital terciário. Em colonoscopia, identificada estenose em Válcula Ileocecal (VIC) e úlceras rasas no cólon, além de pseudopólipos. Anatomopatológico sugestivo de doença de Crohn (DC). Enterorressonância magnética com acometimento inflamatório no íleo distal e VIC, além de comprometimento mesentérico. Diante do comprometimento inflamatório e Estenosante e acometimento ileocolônico, fora optado por início de Infliximabe e Azatioprina.

**DISCUSSÃO:** A DC é caracterizada por inflamação transmural e compromete todo o trato gastrointestinal. Cerca de 80% dos pacientes apresentam acometimento de intestino delgado, 50% íleo e cólon e apenas 20% apresenta doença limitada ao cólon. Embora ocorra em qualquer idade, apresenta dois picos de incidência – segunda a terceira e sétima décadas de vida.com discreta predominância no sexo feminino. O quadro clínico inclui dor abdominal, diarreia (com ou sem sangramento), perda ponderal e fadiga. Pode apresentar comportamento inflamatório, estenosante e fistulizante, além de comprometimento perianal.

As crianças e adolescentes ao diagnóstico poderão apresentar retardo do crescimento e atraso puberal precedendo os sintomas gastrointestinais. Essas condições também predispõem problemas psicossociais e econômicos como depressão, alteração da imagem corporal, falta ao trabalho e escola, os quais limitam a qualidade de vida. O diagnóstico da DC ocorre através da soma dos achados clínicos, exames laboratoriais, imagens radiológicas, ileocolonosopia e histopatologia. Não há um único exame padrão-ouro pelo qual se possa diagnosticar a doença inflamatória intestinal. O tratamento dependerá da atividade e gravidade da doença incluindo imunossuppressores, imunobiológicos e cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A DC deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam dor abdominal, diarreia e perda ponderal. É indispensável o reconhecimento precoce da patologia, pois o diagnóstico tardio pode gerar atraso de crescimento, desnutrição e prejudicar o desenvolvimento psicossocial.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA DE MOURA HINING | gabrielamhining@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104539 – Granuloma anular: Uma complicação dermatológica imunomediada em pacientes tratados com anti-TNF na doença inflamatória intestinal

**AUTORES:** RAISA ARAUJO LISBOA (HGRS - SALVADOR - Bahia - Brasil), FLORA MARIA LORENZO FORTES (HGRS - SALVADOR - Bahia - Brasil), NEOGELIA PEREIRA DE ALMEIDA (HGRS - SALVADOR - Bahia - Brasil), VALDIANA CRISTINA SURLO (HGRS - SALVADOR - Bahia - Brasil), GUILHERME AZEVEDO DE MATTOS MOURA COSTA (HUPES - SALVADOR - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 52 anos, feminina, sem comorbidades ou cirurgias prévias, com diagnóstico de doença de Crohn desde 2014, com acometimento colônico - comportamento não estenosante e não penetrante – (A2B2L1), em uso regular de azatioprina e adalimumabe desde maio de 2016. Atualmente encontra-se com doença em remissão clínica e com cicatrização endoscópica. Em janeiro de 2020 evoluiu inicialmente com surgimento de nódulo no antebraço direito e posteriormente apresentou surgimento de lesões papulonodulares eritematosas, agrupadas e coalescentes, localizadas em mãos e antebraços. Foi encaminhada ao dermatologista, que considerou o diagnóstico diferencial de granuloma anular, sendo realizada biópsia das lesões de pele e encaminhado material para estudo anatomopatológico. A suspeita diagnóstica foi confirmada, sendo iniciada corticoterapia tópica com propionato de clobetasol, evoluindo com boa resposta ao tratamento e melhora da erupção cutânea.

**DISCUSSÃO:** Na última década, várias novas terapias com diferentes mecanismos de ação foram aprovadas para o tratamento da doença de Crohn e o desenvolvimento de agentes anti-TNF $\alpha$  revolucionou o tratamento das doenças inflamatórias intestinais. Os estudos mostram que o tratamento com terapia anti-TNF $\alpha$  induz a remissão clínica de forma precoce e a cura da mucosa, melhorando os desfechos a longo prazo de pacientes com DII, com menores taxas de colectomia e internamentos. No entanto, o uso dessas terapias levou a um aumento na incidência de efeitos colaterais sistêmicos, dentre eles as manifestações dermatológicas. O granuloma anular é uma erupção papulosa benigna, assintomática, que pode ocorrer em todas as idades. A sua causa exata é desconhecida, não sendo bem descrita na literatura. Estudos evidenciaram um maior risco de desenvolvimento dessa dermatose em associação ao uso de anti-TNF (9), tendo sido observada uma maior incidência com uso de adalimumabe em comparação ao uso de infliximabe.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O desenvolvimento de terapias biológicas, revolucionou o tratamento das doenças inflamatórias intestinais. No entanto, o uso dessas terapias levou a um aumento na incidência de efeitos colaterais sistêmicos, inclusive as manifestações dermatológicas. O reconhecimento de tais manifestações é de extrema importância e os profissionais que tratam pacientes com DII devem estar atentos para esse diagnóstico diferencial.

**CONTATO AUTOR:** RAISA ARAUJO LISBOA | raisalisboa@outlook.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104579 – Apresentação rara de pólipos fibroide inflamatório no intestino grosso.

**AUTORES:** Thiago Santos Cunha Lima (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Tainah Bezerra Varela da Camara (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Lucas Martins Carlos da Silva (Hospital Casa de Saúde São Lucas - natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Silvio José de Lucena Dantas (Hospital Casa de Saúde São Lucas - natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Raphael Gurgel de Carvalho (Hospital Casa de Saúde São Lucas - natal - Rio Grande do Norte - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, chegou ao pronto atendimento com queixas de dor abdominal em fossa ilíaca direita há cerca de 05 dias. Realizou tomografia de abdome e que evidenciou intussuscepção ileocecal, sendo indicada conduta terapêutica por colonoscopia, a qual confirmou a hipótese, porém sem sucesso no tratamento. Indicado de imediato tratamento cirúrgico - hemicolectomia direita. A análise anatomopatológica e o estudo imuno-histoquímico da peça cirúrgica constataram pólipos fibroide inflamatório (PFI) no óstio apendicular.

**DISCUSSÃO:** O PFI é um tumor mesenquimal raro do trato gastrointestinal (TGI) que, na grande maioria das vezes, surge da submucosa e envolve a camada basal da mucosa. Ele representa cerca de 0,1% de todos os pólipos do TGI, sendo mais frequentemente encontrado no estômago e intestino delgado. Eles podem surgir de forma esporádica ou associado a um histórico familiar, tendo relação com a mutação de genes no receptor tipo alfa para fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGFAB). Na maioria dos casos, os pólipos não apresentam quaisquer sintomatologias. No entanto, em alguns casos pode-se manifestar com dor abdominal, saciedade precoce e astenia. No estudo endoscópico, eles tendem a se apresentar de modo solitário, pedunculados e até mesmo ulcerado. Na análise histológica, geralmente são lesões positivas para CD34 e PDGFRA. Esses pólipos são benignos e apresentam pouco risco para malignidade, não sendo recomendado nova intervenção ou vigilância.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No relato deste caso, observamos uma forma atípica de apresentação do PFI, tendo o seu diagnóstico esclarecido apenas após o exame anátomo-patológico e estudo imuno-histoquímico, onde encontramos o CD34 e vimentina positivos.

**CONTATO AUTOR:** THIAGO SANTOS CUNHA LIMA | thiagosantoscunhalima@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104584 – Relato de Caso: Doença Celíaca Refratária

**AUTORES:** João Paulo Fais (Universidade Estadual de Maringá - Maringá - Paraná - Brasil), Carolina Cortezzi Ribeiro Nascimento (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), Rodrigo Lautenschlager Zanko (CEPAT - Maringá - Paraná - Brasil), Fernanda da Silva Miliorini (Hospital Santa Rita - Maringá - Paraná - Brasil), Leticia Maria Schmitt Moreira Ribeiro Nascimento (Hospital Geral de Curitiba - Curitiba - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MTG, 40, feminino. Diagnóstico de doença celíaca (DC) em 2017. Anatomopatológico (AP) com atrofia duodenal difusa, aumento de linfócitos intraepiteliais (LIE): 49/100 e eosinófilos intramucosos (EIM): 53/CGA, Marsh 3C. Não aderiu a dieta sem glúten restrita (DSG) e não teve remissão do quadro. Em 2019, com sintomatologia intensificada, buscou atendimento; quando aderiu parcialmente a DSG (usava ômega 3 que continha glúten). Em 2020 fez nova biópsia sem melhora do quadro, quando enfim iniciou DSG restrita. Retorna em 2021 sem melhora. Ao AP: atrofia duodenal difusa, LIE: 40/100, Marsh 3B. Foi, então, realizado o teste terapêutico com budesonida; o qual causou remissão do quadro. Devido a essa resposta, realizado imuno-histoquímico: compatível com DCR tipo 1.

**DISCUSSÃO:** DCR tem uma prevalência de 0,3-4% entre os pacientes com DC. Causa persistência dos sintomas e lesão epitelial da DC após 6-12 meses de DSG. Tipo 1: sangramento do TGI, febre, suores noturnos, obstrução intestinal. Tipo 2: perda de peso e deficiências nutricionais severas, com maior risco de malignização. Sobrevida em 5 anos: 80-100% no tipo 1 e 50% no tipo 2 (menor responsividade ao tratamento). Para eventar DCR, é preciso um diagnóstico de certeza de DC. Em 8% dos casos presumidos de DCR, o paciente nem tinha DC. Deve-se excluir causas de lesão epitelial com sorologias negativas (apenas 30% são DC): enteropatia imunomediada; gastroenterite eosinofílica; giardíase; AINes. Para testar DC em pacientes com DSG, deve ser realizado o desafio do glúten: 6 semanas de 10g de glúten/dia. Deve-se considerar a possibilidade de coexistência de condição associada a DC que causa a aparente refratariedade à DSG. Como: insuficiência pancreática, sínd do cólon irritável, intolerância a lactose/frutose, colite microscópica, doença inflamatória intestinal, dismotilidade funcional. Nesses casos, uma dieta pobre em FODMAPS pode auxiliar. O manejo para o tipo 1 é: suporte nutricional, azatioprina e/ou contricosteroides (geralmente se tornam corticodependentes), influximabe. Para o tipo 2: o linfoma intestinal de células T deve ser investigado. Azatioprina não é recomendada, apenas corticoterapia deve ser feita. Diversos imunossuppressores estão sendo testados, ainda sem comprovação de eficácia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É um diagnóstico desafiador e devem ser consideradas diversas condições antes de se fechar para DCR. Neste caso, só foi possível após longa investigação e adesão de DSG restrita pelo prazo mínimo.

**CONTATO AUTOR:** JOAO PAULO FAIS | joao.paulo1001@hotmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104585 – Associação entre Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica e Doença de Crohn

**AUTORES:** Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Medeiros Dutra (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Rogerio Saad Hossne (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Julio Pinheiro Baima (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ligia Yukie Sasaki (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Walnei Fernandes Barbosa (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovanni Faria Silva (Universidade Estadual Paulista- UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 45 anos, portador de doença de Crohn ileal e perianal desde 2002, submetido a 3 cirurgias de ressecção intestinal. Estava em uso de comboterapia com anti-TNF e azatioprina e apresentou aumento de enzimas hepáticas. Em um primeiro momento, optado em suspender imunossupressor pela possibilidade de hepatite medicamentosa. Em investigação etiológica, submetido à biópsia hepática que evidenciou hepatite crônica em atividade estadio 3, e ultrassonografia hepática com visualização de DHGNA. Não apresentava antecedentes pessoais de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade ou doença tireoidiana. Endoscopia alta com visualização de varizes esofágicas. Iniciado tratamento com Vitamina E e orientações dietéticas. Atualmente em tratamento com terapia anti-interleucina e acompanhamento do quadro de DHGNA.

**DISCUSSÃO:** Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma doença de caráter crônico e inflamatório, assim como a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA). Ambas não possuem patogênese totalmente elucidada, entretanto, estudos apontam a disbiose intestinal como um dos principais mecanismos envolvidos. A composição da microbiota intestinal na DII é alterada quando comparada a indivíduos saudáveis. Bactérias do filo Firmicutes, responsáveis pela produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), estão reduzidas nas fezes de pacientes com DC. Por outro lado, membros do filo Proteobacteria, bactérias gram-negativas produtoras de lipopolissacarídeos patogênicos (LPS), são comumente aumentados em pacientes com DII em relação a indivíduos saudáveis. Desta forma, a diminuição na produção de AGCC pode resultar em integridade intestinal deteriorada e, somado ao aumento das bactérias oportunistas, pode ser fator patogênico importante na DHGNA. Apesar de existirem evidências que apontam para a disbiose na DII e na DHGNA, a análise de microbiota nesses pacientes não é recomendada de rotina.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com DII apresentam risco aumentado de DHGNA- presença de obesidade, HAS, dislipidemia e DM-2 nos pacientes com DII + DHGNA é significativamente menor quando comparada aos pacientes com DHGNA sem DII, sugerindo que indivíduos com DII desenvolvem DHGNA com presença de menos fatores de risco para síndrome metabólica. A identificação precoce da DHGNA permite o controle dos fatores de risco e a prevenção para evolução para complicações da doença.

**CONTATO AUTOR:** RENATA DE MEDEIROS DUTRA | renatamedufpb@gmail.com

## Gastroenterologia - Intestino

### 1104620 – Isquemia Mesentérica após infecção por COVID-19

**AUTORES:** Tainah Bezerra Varela Câmara (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Thiago Santos Cunha Lima (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Lucas Martins Carlos Silva (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Fabiana Lima Bezerra (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil), Silvio José Lucena Dantas (Hospital Casa de Saúde São Lucas - Natal - Rio Grande do Norte - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, previamente hígida, com história de infecção por Sars-CoV2 há 2 meses, deu entrada no pronto atendimento, apresentando dor abdominal intensa, difusa, progressiva, associado a episódios de febre e diarreia aguda. Realizou Tomografia Computadorizada com contraste venoso, que evidenciou obstrução parcial da Artéria Mesentérica Superior, configurando quadro inicial de Isquemia Mesentérica. Complementado o exame com angiografia, observando-se estenose de cerca de 50% da Artéria Mesentérica Superior. Tratado com angioplastia e implante de Stent. Além disso, foi instituído o tratamento farmacológico com Rivaroxabana 60mg/dia por 20 dias, momento que apresentou resolução do quadro, e então, passando a ser administrada 20mg/dia como terapia de manutenção.

**DISCUSSÃO:** A pandemia da COVID-19 mostrou uma íntima associação observacional de eventos trombóticos após infecção por esse vírus, o que aprofundou o estudo da fisiopatologia desses acontecimentos. É compreendido que o vírus tem a capacidade de desencadear um ciclo de inflamação e trombose por meio dos receptores ACE2 expressa nos enterócitos do intestino delgado e endotélio vascular, e afeta a via de coagulação por meio da tríade de Virchow, favorecendo a formação de micro trombos e depósitos de fibrinogênio.

Após investigação detalhada, a paciente não apresentava fatores predisponentes para doença vascular trombótica, apenas a infecção recente por COVID-19. Felizmente, pelo diagnóstico e conduta terapêutica rápida, a paciente não evoluiu para desfechos desfavoráveis, como necrose intestinal, peritonite ou sepse, sendo possível o tratamento endovascular via angioplastia com implante de Stent.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A partir do trabalho realizado foi possível criar uma relação entre a infecção respiratória pelo SARS-COV-2 e a ocorrência de doença vascular intestinal. E que, a presença desse vírus por si só configura um fator de risco para Isquemia Mesentérica.

**CONTATO AUTOR:** TAINAH BEZERRA VARELA DA CAMARA | [tainahbezerra@hotmail.com](mailto:tainahbezerra@hotmail.com)



## Gastroenterologia - Miscelânea

### 101880 – Pseudoaneurisma da artéria hepática esquerda como causa rara de hemorragia digestiva alta

**AUTORES:** Maressa Sales Valentim (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Flávia Lage Gonçalves (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Rilmara Carolina Pereira do Nascimento (Unifenas Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Rebecca Rodrigues Bergamaschini Paim (Santa Casa Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Flávio Fonseca Gonçalves (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Jéssica Lemos Ramos Antunes (Santa Casa de Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 52 anos, hipertensa, com queixa de dor abdominal em quadrante superior direito, associado a náuseas e vômitos. Exames laboratoriais com anemia leve, sem evidência de infecção, perfil hepático sem alterações. Ultrassonografia abdominal com massa localizada na cabeça do pâncreas sugerindo lesão expansiva e vesícula biliar escleroatrófica em porcelana. Tomografia de abdome com dilatação aneurismática da artéria hepática comum com trombo mural, além de vesícula biliar com cálculos, sem dilatação das vias biliares. Encaminhada para acompanhamento com cirurgia vascular com proposta de intervenção do aneurisma e posterior colecistectomia. Inter correu com hematêmese e melena, sendo transferida para Santa Casa de Belo Horizonte para propedêutica. Endoscopia digestiva alta com abaulamento no bulbo duodenal com orifício central ulcerado, com saída de bile e sangue vivo. Após hemostasia endoscópica, foi solicitado angiotomografia de abdome que mostrou artéria hepática esquerda com origem e trajeto habitual e dilatação focal com paredes bem definidas, conteúdo hemático com continuidade com o bulbo duodenal e íntimo contato com colédoco, caracterizando pseudoaneurisma. Realizado embolização. Posteriormente, a paciente foi submetida a colecistectomia, evoluindo com estabilidade clínica até a alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** Hemobilia é uma condição rara de hemorragia digestiva alta, e dificilmente causada por pseudoaneurismas, sendo o da artéria hepática direita o mais comum. A principal causa é iatrogênica, podendo decorrer de intervenções hepatobiliares endoscópicas e cirúrgicas. Os sinais e sintomas variam com a etiologia e a quantidade da hemorragia, porém os mais comuns são dor abdominal no quadrante superior direito, icterícia e sangramento gastrointestinal superior. O padrão-ouro para o diagnóstico, também utilizado para terapêutica, é a angiografia hepática, sendo a embolização transarterial o método padrão-ouro para a hemostasia. É importante analisar e descrever novos casos, fazendo a correlação com o que já existe na literatura e contribuindo para um melhor manejo do paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pseudoaneurisma de artéria hepática esquerda é um diagnóstico raro com poucos casos relatados na literatura. A avaliação adequada e diagnóstico precoce para controle oportuno do sangramento é de extrema importância para os pacientes, sendo a embolização transarterial eficaz e segura.

**CONTATO AUTOR:** MARESSA SALES VALENTIM | ms.valentim29@gmail.com

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 101957 – Alteração de testes hepáticos na infecção por COVID-19: um Relato de Caso

**AUTORES:** Maria Eduarda Zen Biz (UNIFEBE - Brusque - Santa Catarina - Brasil), Henrique Boell Pimentel (Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux - Brusque - Santa Catarina - Brasil), Mariele Camile Evelyn Schaefer (Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux - Brusque - Santa Catarina - Brasil), Vanessa Santos Andrade Cruz Vento (UNIFEBE - Brusque - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 61 anos, com histórico de depressão e fibromialgia, em uso crônico de venlafaxina, negava doença hepática prévia. Apresentou sintomas gripais, recebendo o diagnóstico de infecção por coronavírus (COVID-19), confirmada por RT-PCR. Foi medicada com ivermectina, cloroquina e prednisona. Durante a evolução da doença foi preciso internação hospitalar por dispneia e hipoxemia, com necessidade de oxigenoterapia em alto fluxo. A tomografia de tórax constatou acometimento de cerca de 50% do parênquima pulmonar. Ao longo da internação recebeu prednisona, enoxaparina, azitromicina e ceftriaxona. Evidenciou-se alteração importante de testes hepáticos, mais explícito de enzimas canaliculares, as quais atingiram um máximo de 3 vezes o limite superior da normalidade (x o LSN) para fosfatase alcalina (FA) e 25x o LSN para gama glutamil transferase (GGT). Aspartato aminotransferase (AST) chegou a 2x o LSN e alanina aminotransferase (ALT) a 5x o LSN. Não apresentou icterícia nem alteração de função hepática. Após alta, manteve seguimento ambulatorial e apresentou redução progressiva das alterações bioquímicas até sua normalização, que ocorreu cerca de um mês após início dos sintomas da COVID-19.

**DISCUSSÃO:** A COVID-19 é uma doença que afeta principalmente o sistema respiratório, porém pode acometer múltiplos órgãos e sistemas. Testes hepáticos anormais são comumente observados em indivíduos hospitalizados e podem ser vistos em até 78% dos casos. Tais alterações são mais importantes quanto mais grave for a doença. As transaminases são as enzimas usualmente mais alteradas, porém quadros graves de colestase também vêm sendo relatados na literatura, devido à expressão de receptores da enzima conversora de angiotensina 2 nos colangiócitos, o mesmo receptor utilizado pelo coronavírus. Os possíveis mecanismos de injúria hepática descritos até o momento envolvem também ação direta do vírus e isquemia. As medicações utilizadas durante o tratamento da doença podem levar a modificação destes testes, porém são mais raras.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pode-se inferir que a etiologia da alteração dos testes hepáticos é multifatorial e estudos futuros são cruciais para validar diretamente o vínculo entre exames de função hepática, a COVID-19 e sua gravidade, bem como avaliar o uso de terapias na expectativa de reduzir a morbimortalidade da doença.

**CONTATO AUTOR:** MARIA EDUARDA ZEN BIZ | maria.biz@unifebe.edu.br

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 101968 – Artrite séptica poliarticular em paciente pós-transplantado hepático por Colangite Esclerosante Primária - Relato de Caso

**AUTORES:** Diogo Delgado Dotta (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruna Damásio Moutinho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Olívia Duarte de Castro Alves (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Flair José Carrilho (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alice Tung Wan Song (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maristela Pinheiro Freire (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Luiz Augusto Carneiro D'Albuquerque (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Débora Raquel Benedita Terrabuio (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 45 anos, transplantado de fígado há nove anos por Colangite Esclerosante Primária, com recidiva da doença pós-transplante (Tx) e cirrotização do enxerto. Portador de Retocolite Ulcerativa desde o pré-Tx, em uso de mesalazina, ácido ursodesoxicólico e tacrolimus. Iniciou com febre de 38°C, confusão mental, astenia, artrite em joelho direito há 3 dias, com taquicardia e hipotensão e foi internado para investigação. A cultura do líquido sinovial identificou *Pseudomonas aeruginosa* ESBL e foi negativa para fungos/micobactérias. Apesar do tratamento com Meropenem evoluiu com poliartrite assimétrica em mãos, punhos, cotovelos e tornozelos. Exames laboratoriais evidenciaram aumento de bilirrubinas e lesão renal aguda, caracterizando Acute on Chronic Live Failure (ACLF) Grau III. Ecocardiograma descartou endocardite e o provável foco de embolização bacteriana foi uma fístula biliar. Apesar das medidas, evoluiu com falência terapêutica, choque séptico e óbito.

**DISCUSSÃO:** A Artrite séptica poliarticular (ASP) é rara em comparação com a monoarticular, considerada uma emergência pelo alto potencial de perda funcional articular. Sua incidência é incerta, representando até 36% dos casos de artrite séptica e mortalidade de até 32%, mesmo com tratamento adequado. Os dados de literatura ainda são escassos, baseados em relatos/séries de casos. Em pacientes com diagnóstico prévio de artropatia crônica, é difícil a distinção clínica com episódios de exacerbação da doença de base, pois os achados de inflamação articular e elevação de marcadores inflamatórios podem ser semelhantes. Deve-se considerar como diagnósticos diferenciais a Artrite Reativa, Gota e Osteoartrite. Os fatores de risco mais associados à ASP são Artrite Reumatoide, Diabetes Mellitus, infecção de partes moles, idade maior que 60 anos, uso de drogas endovenosas e imunossupressão. Existem relatos de infecções atribuídas a *Pseudomonas aeruginosa* em usuários de anti-TNF, sem dados suficientes sobre outros imunossupressores, como os inibidores de calcineurina, como fator de risco para ASP.

#### COMENTÁRIOS FINAIS:

A Artrite séptica poliarticular deve ser considerada como diagnóstico diferencial em todo imunossuprimido com quadro articular. O estudo microbiológico por artrocentese é indispensável, levando-se em consideração patógenos atípicos neste grupo de pacientes. Pela alta morbimortalidade a suspeição do quadro e o início do tratamento devem ser feitos precocemente.

**CONTATO AUTOR:** DIOGO DELGADO DOTTA | diogo.delgado@medicina.ufjf.br

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102208 – Síndrome inflamatória de reconstituição imune apresentando-se com Sarcoma de Kaposi gastrointestinal alto e baixo - Relato de caso

**AUTORES:** Mussagy Issa Tarmamade, Liana Mondlane, Muhammad Ismail, Michela Loforte, Luzmira Dimande, Sheila Machatine, Regina Victor, Ema Nassone, Abdul Mussagi

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Doente de 30 anos de idade, sexo feminino, raça negra, com antecedentes de diagnóstico de HIV e início de tratamento anti-retroviral com tenofovir, lamivudina e dolutegravir há 3 meses. Vem com quadro de 1 mês com diarreia aquosa, hematoquezia ocasional, vômitos persistentes e edema generalizado, ao exame apresentava-se, prostrada, anasarca, mucosas hipocoradas, linfadenomegalia generalizada, sem mais alterações.

Analiticamente com hemoglobina de 8.5 g/dl normocítica, CD4 há 3 meses de 151 células/mm<sup>3</sup> e actual de 351 células/mm<sup>3</sup>, proteínas totais de 40g/dl, albumina de 25g/l, exame de fezes com proteínas de 3 cruces e sangue oculto positivo. Feita endoscopia digestiva alta onde observam-se na mucosa gástrica e duodenal várias lesões eritemato-violáceas elevadas e planas de 5 mm a 10 mm, a histologia foi sugestiva de gastrite crônica eritematosa.

Ao exame de cápsula endoscópica digestiva, revelou deste o estômago até ao cólon transversal, mucosa com múltiplas lesões de tamanhos variados de 5mm-4cm, eritematosas, violáceas, polipoides, planas, pseudotumorais com úlcera central de base amarelada e presença de lesões que ocupavam a circunferência total do intestino delgado.

O paciente evoluiu com presença de lesões planas violáceas no membro superior, feitas biopsias com histologia compatível com sarcoma de kaposi. O exame de Anticorpo e PCR-DNA para Herpes Vírus Humano tipo 8 foi positiva.

Concluiu tratar-se de um doente com Sarcoma de kaposi intestinal difuso secundário a uma resposta imunológica exacerbada após início do tratamento anti-retroviral para o HIV.

Encaminhada para tratamento quimioterápico com doxorubicina, bleomicina e vincristina. Transfusão de globulos vermelhos, e continuação de tratamento antiretroviral.

**DISCUSSÃO:** O Sarcoma de Kaposi intestinal difuso secundário ao Síndrome inflamatória de reconstituição imune no doente com HIV em tratamento antiretroviral é extremamente raro, existem poucos casos descritos na literatura, sendo mais frequentes os casos associados a afecção pulmonar. Apesar da biopsia das lesões gástricas não ser compatível com sarcoma de kaposi, a literatura descreve que falsos negativos são comuns por afectar a submucosa e poupar a mucosa. A história de diagnóstico recente de HIV com início de tratamento antiretroviral, o aumento do CD4, a positividade do vírus HHV8 e histologia cutânea foi possível concluir o diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pela alta incidência do HIV, esta patologia deve ser sempre lembrada em doente com queixas gastrointestinais.

**CONTATO AUTOR:** MUSSAGY ISSA TARMAMADE | [mussagyissatar@gmail.com](mailto:mussagyissatar@gmail.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102323 – Lesão de Dieulafoy em uma localização atípica: um desafio diagnóstico

**AUTORES:** Vanessa Marques de Souza (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Priscilla Luna da Silva (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Pamela de Alencar Fortaleza Sousa (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), João Lucas de Oliveira Simões (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Victor Queiroz Gurgel (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Francisco Sérgio Rangel de Paula Pessoa (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Andrea Benevides Leite (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Mariana Rolim Fernandes Macedo (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Tarson Maia Furtado de Aquino (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Rafaelle Marques Cavalcante (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Silvia Romero Pinheiro (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Ticiania Maria de Lavor Rolim (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Andrezza Menezes Queiroga (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Amanda Cristina Crispim Farias (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 65 anos, ex etilista, hipertenso e diabético, fez colectomia parcial em 2007 por neoplasia de cólon. Apresentou em 2014 quadro de enterorragia e foi submetido a colectomia total com ileostomia. Em Outubro de 2020, durante investigação de quadro de desorientação, realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou varizes esofágicas de fino calibre que foram submetidas a ligaduras elásticas. Em Janeiro de 2021 apresentou sangramento importante por ileostomia, ficando internado em hospital privado de Fortaleza de 01/01/21 a 19/03/21, período no qual realizou exames radiológicos e endoscópicos sem elucidação diagnóstica, porém teve achados de ascite, esplenomegalia e trombose crônica de veia porta. Em 28/03/21, após novo sangramento maciço, foi internado em choque hipovolêmico em hospital público de Fortaleza. Ao longo da internação apresentou repetidos episódios de enterorragias sem identificação da origem do sangramento. Em 14/04/21, durante abordagem endoscópica de novo evento, foi vista na borda externa da ileostomia alteração sugestiva de lesão de Dieulafoy e realizada rafia manual. Evoluiu estável, recebendo alta em 11/05/21 com diagnósticos de hemorragia digestiva por lesão de Dieulafoy e cirrose hepática de etiologias alcoólica e metabólica Child B7 e Meld sódio 12.

**DISCUSSÃO:** A lesão de Dieulafoy é causa rara de sangramento gastrointestinal agudo, correspondendo a 5% destes casos. Possui grande relevância, pois pode ser responsável por sangramentos maciços e de repetição. Dieulafoy é congênita e consiste numa arteríola com dilatação anômala de até 3 mm na submucosa. É mais frequente após os 60 anos e em homens em proporção 2:1. 90% dos casos possuem alguma comorbidade, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal, hipertensão, diabetes e etilismo. O estômago é o local de apresentação em mais de 70% dos casos, mas também pode se localizar no esôfago, delgado, cólon e até mesmo nos brônquios. O tratamento endoscópico é o método de escolha. Nos casos de falha endoscópica, a angiografia pode ser utilizada e quando há falha de ambas, a cirurgia é indicada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A lesão de Dieulafoy é um desafio diagnóstico e terapêutico, devendo ser suspeitada nos casos de hemorragias gastrointestinais obscuras e recorrentes. O caso relatado tem relevância por se tratar de uma causa rara de hemorragia digestiva com localização incomum em um paciente com várias comorbidades e outros fatores confundidores da fonte do sangramento.

**CONTATO AUTOR:** VANESSA MARQUES DE SOUZA SOARES | vanessa\_marques17@hotmail.com

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102338 – A eletroforese de proteínas pode ser útil na investigação de diarreia crônica intermitente? Relato de caso

**AUTORES:** Mariana Barros Marcondes (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Cíntia Mitsue Pereira Suzuki (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Newton Key Hokama (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Paula de Oliveira Montandon Hokama (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Felipe Aguera Oliver (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Paulo Sergio Chaib (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil), Fernando Gomes Romeiro (UNESP - BOTUCATU - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 37 anos com queixa de diarreia líquida intermitente (6 episódios diários), sem produtos patológicos, desde os 15 anos de idade, com perda de peso e episódios recorrentes de infecção respiratória. Tinha IMC de 16 e na investigação respiratória foram descartadas infecções crônicas e neoplasia, mas na Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax foi visualizada hipersecreção de muco, aumento da espessura das paredes peribronquiolares e padrão de árvore em brotamento, típico de impactação mucóide bronquiolar. Broncoscopia revelou exsudato neutrofílico e infiltrado linfocitário. Colonoscopia mostrou úlceras em íleo terminal com biópsia sem alterações sugestivas de doença inflamatória. Endoscopia mostrou pangastrite atrófica e enantemática intensa com duodenite granular intensa e na biópsia havia gastrite crônica em atividade, atrofia e metaplasia intestinal com *Helicobacter pylori*. Tinha sorologias normais e exames de doença celíaca negativos. Na eletroforese de proteínas foi notada diminuição de gamaglobulina e betaglobulina. As dosagens de IgG, IgA, IgM também estavam baixas. Contagem de linfócitos do sangue periférico por citometria de fluxo mostrou diminuição dos linfócitos B, com razão de CD4/CD8 diminuída, sendo feito diagnóstico de imunodeficiência comum variável (CVID).

**DISCUSSÃO:** A CVID engloba um grupo de distúrbios de falha na produção de anticorpos primários. A hipogamaglobulinemia pode ser o primeiro sinal da doença, diagnosticada principalmente entre 20 e 40 anos, em casos de infecções bacterianas recorrentes e diarreia crônica intermitente. Após documentar a hipogamaglobulinemia pela eletroforese de proteínas, a quantificação das imunoglobulinas séricas é a etapa mais importante, seguida da análise de citometria de fluxo de subpopulações de linfócitos. Nosso paciente tinha contagem de linfócitos T normais, mas a razão de CD4/CD8 era diminuída, o que sugere diminuição relativa de linfócitos T Helper. Os distúrbios gastrointestinais são frequentes (9-20% da população com CVID) e difíceis de tratar. Nosso relato mostra a variedade de manifestações e a dificuldade diagnóstica, que atrasam o diagnóstico em 6 a 7 anos.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Pacientes com diarreia crônica intermitente associada a emagrecimento e infecções recorrentes devem ser investigados para CVID. A eletroforese de proteínas é um exame de baixo custo e que pode ser de grande valia para indicar a presença da doença.

**CONTATO AUTOR:** MARIANA BARROS MARCONDES | marianabmar@bol.com.br

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102351 – DESAFIOS DA TERAPIA NUTRICIONAL NA DOENÇA DE CROHN PEDIÁTRICA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Isabel Reis Oliveira Santos (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Geisa Jesus Santos (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Raquel Rocha (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Mariana Vidal Pontes (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Carolina Mello (Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Lara Pinheiro Arenas (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Reginaldo Freitas Ferreira (Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil), Genoile Oliveira Santana Silva (Universidade Federal da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Clínica de Atenção em Gastroenterologia Especializada e Nutrição - CLIAGEN - Salvador - Bahia - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 10 anos, diagnosticada há aproximadamente 8 anos com Doença de Crohn (DC) estenosante e fistulizante grave. A paciente utilizou diversos medicamentos, inclusive terapia biológica, e foi submetida à Terapia Nutricional Enteral Exclusiva (TNEE) com fórmula dietoterápica completa com TGF- $\beta$ 2 por 8 semanas. Seguidamente, a genitora optou por descontinuar o tratamento medicamentoso, havendo necessidade de sucessivas internações por conta da descompensação da doença. Permaneceu em uso da fórmula dietoterápica de forma parcial. Em novembro de 2020, a paciente foi admitida com DC em atividade, Infecção do Trato Urinário (ITU) e anemia. Queixava-se de diarreia, febre e incontinência fecal. Realizava seis refeições diárias, além de utilizar fórmula dietoterápica três vezes ao dia. Encontrava-se com adequado IMC/I (0,59) e baixa E/I (-2,73). A equipe de nutrição optou por prescrever uma dieta via oral, hipercalórica ( $\cong$  150% da taxa calórica), hiperproteica, normoglicídica e normolipídica; com três horários de fórmula, que correspondia em média a 40% da oferta calórica total. Do ponto de vista clínico, houve melhora da maioria dos sintomas, mantendo muco e rajas de sangue nas fezes. Apesar da elevada oferta calórica e boa aceitação da dieta, a paciente evoluiu com perda ponderal (0,950g), permanecendo na faixa de eutrofia. Recebeu alta hospitalar no 17º dia, sendo reintroduzido o imunobiológico, após controle da ITU.

**DISCUSSÃO:** A TNEE é indicada pelas diretrizes como primeira linha de tratamento da DC pediátrica luminal ativa, independente do tipo de fórmula ou da via de administração. Uma das principais limitações para o estabelecimento da TNEE é a monotonia alimentar, que dificulta a sua adesão, sendo um desafio para todos os envolvidos. A TNEE parcial tem sido aventada como uma alternativa, contudo, ainda não há evidências concretas para sua implementação. Cabe ressaltar, que o gasto energético total eleva-se no período de recuperação da doença, assim, a utilização de suplementos nutricionais orais pode ser útil para manter ou reestabelecer o adequado estado nutricional, bem como minimizar o seu comprometimento.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora não tenha sido identificado efeito da TNEE sobre a atividade da doença no caso supracitado, a utilização do suplemento nutricional oral a nível domiciliar (fornecida pela Secretaria de Saúde) e hospitalar parece ter contribuído para o adequado IMC/I, mesmo após perda ponderal durante o internamento.

**CONTATO AUTOR:** REGINALDO FREITAS FERREIRA | rejiao12@gmail.com

**Gastroenterologia - Miscelânea**

**102369 – SÍNDROME POLIGLANDULAR TIPO III-B ASSOCIADA À HEPATITE AUTOIMUNE E SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO: UM RELATO DE CASO**

**AUTORES:** Maria Helena Alves da Silva (Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil), João Victor Carlos Dantas (Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Mônica Souza de Miranda Henriques (Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Maria Salete Trigueiro de Araújo (Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** SMS, 54 anos, encaminhada para investigação de prurido e enzimas canaliculares persistentemente elevadas. É portadora de vitiligo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e asma. Negou etilismo, tabagismo, histórico de hepatites e hemotransfusões. Ao exame clínico apresentava-se em bom estado geral, sem estigmas de doença hepática. Trazia sorologias virais negativas, aspartato aminotransferase (AST) 61 U/L, alanina aminotransferase (ALT) 99 U/L e gama glutamil transferase (GGT) 557 U/L, fosfatase alcalina (FA) 1202 U/L e ferritina 59 ng/mL. Prescreveu-se o Hixizine para aliviar o prurido e solicitou-se novos testes hepáticos, fator antinuclaear (FAN) e autoanticorpos. No retorno, persistia o prurido e as elevações das enzimas canaliculares, com FAN, anticorpos anti-mitocôndria (AMA) e célula parietal positivos. A anti-actina, anti-antígeno solúvel do fígado (SLA/LP), anti-fração microssomal do fígado e rim (LKM 1), anti-músculo liso (ASMA), anti-citosol hepático tipo 1 (anti-LC-1), anti-tran glutaminase, anti-tireoglobulina e anti-peroxidase foram negativos. Coagulograma, bilirrubinas, albumina, ceruloplasmina, alfa-1-antitripsina, alfafetoproteína, cobre, ferro, ferritina, cortisol e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) normais. Não houve alterações da árvore biliar na colangiorressonância. A endoscopia apresentou aspecto sugestivo de gastrite atrófica, confirmada por biópsia. Foi realizada biópsia hepática, com resultado compatível com hepatite crônica autoimune (HAI). Prescreveu-se prednisolona 40 mg/dia, com redução progressiva da dose nos primeiros 2 meses até 10 mg/ dia. Após seguimento de 3 meses, as enzimas canaliculares caíram 50%. Considerou-se a hipótese de hepatite autoimune e síndrome de sobreposição com colangiopatia autoimune. Essas doenças junto a outras doenças autoimunes, como vitiligo e gastrite crônica autoimune, corroboraram a síndrome poliglandular autoimune (SPA) tipo III-B.

**DISCUSSÃO:** A SPA tipo III-B é uma doença rara, em que há associação de uma doença autoimune prévia com doenças gastrointestinais ou hepáticas, como a hepatite autoimune e gastrite atrófica. De início, essas doenças são insidiosas e pode decorrer vários anos entre os diagnósticos, quando há a sobreposição de outras doenças autoimunes (DAIS).

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A raridade da SPA e a probabilidade de surgimento de outras DAI após seu diagnóstico fomentam a necessidade de acompanhamento médico, para garantir diagnóstico precoce e tratamento adequado.

**CONTATO AUTOR:** MARIA HELENA ALVES DA SILVA | helenamh99@gmail.com



## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102376 – Manifestações gastrointestinais associadas a tuberculose ganglionar

**AUTORES:** Ananda Castro Chaves Ale (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ketlin Batista de Morais Mendes (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Thyago Araújo Ale (Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - Manaus - Amazonas - Brasil), Ana Beatriz da Cruz Lopo Figueiredo (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Mariane de Souza Campos Costa (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wanderson Assunção Loma (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Lyrkis Paraense Barbosa Silva Neto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Antonio Solon Mendes Pereira (Universidade Nilton Lins - Manaus - Amazonas - Brasil), Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Wilson Marques Ramos Júnior (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (Hospital Universitário Getúlio Vargas - Manaus - Amazonas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Homem, 19 anos, com dor abdominal difusa de moderada intensidade, diarreia (5-6 episódios/dia) sem elementos anormais, perda ponderal e febre diária há 3 meses. Sem comorbidades e cirurgias prévias. Negava etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Apresentava-se em regular estado geral, hipocorado (++)/4, taquipneico. Sem linfonodomegalias palpáveis. Aparelho cardíaco e respiratório sem alterações. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação superficial difusamente, normotimpânico, traube livre. Sem sinais de irritação peritoneal. Massa palpável em hipogastro. Propedêutica complementar evidenciava: Laboratoriais: Alb 2.92 FA 101.0 TGP 10 TGO 16 BT 0.29 BI 0.2 BD 0.14 GGT 36 LDH 230 D-Dímero 8064 TAP 38.4% INR 1,64 Leuco 21340 Hb 9.5 Ht 31.8 PLQ 474000 PCR 152 Anti HIV Negativo; Anti-HCV e HBSAg Não Reagente; Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes, teste tuberculínico e teste rápido molecular do escarro negativos; Endoscopia digestiva e colonoscopia sem alterações. Biópsias seriadas de cólon sem alterações. TC de abdome inicial com incontáveis linfonodos com área central hipodensa nos planos adiposos intracavitários e pelve, que exercem efeito compressivo e redução do calibre do reto. TC de tórax inicial com derrame pleural e pericárdico. Múltiplos linfonodos pré vasculares, paratraqueais e paracardíacos. Notava-se uma coleção hipodensa nos planos musculares paravertebral à direita. Foi realizado punção aspirativa da coleção em região paravertebral onde foi realizado teste rápido molecular para tuberculose positivo. Iniciou tratamento com tuberculostáticos quando cessou diarreia, dor abdominal, febre e recuperou o peso perdido. Tomografias de controle durante o tratamento evidenciou redução da quantidade e dimensão dos linfonodos.

**DISCUSSÃO:** A tuberculose ganglionar ocorre por progressão dos focos bacilares. Habitualmente cursa com febre de início insidioso, emagrecimento e linfadenopatia localizada com gânglios geralmente indolores, firmes e sem calor local que podem confluir e fistulizar. Porém pode se manifestar de maneira atípica e tuberculose deve ser aventada como diagnóstico diferencial para febre de origem indeterminada.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A tuberculose deve sempre ser considerada visto que o Brasil, e em particular a região norte, é uma área endêmica. A tuberculose ganglionar é um desafio em imunocompetentes. Por isso deve cursar com uma boa anamnese e exame clínico associados com exames complementares adequados para se obter o diagnóstico preciso.

**CONTATO AUTOR:** ANANDA CASTRO CHAVES ALE | [chaves.ananda@gmail.com](mailto:chaves.ananda@gmail.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 102384 – Trombose da Veia Esplênica Após Uso de Implante Hormonal: Relato de Caso

**AUTORES:** Ketlin Batista de Moraes Mendes (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Wülgner Farias da Silva (Hospital Universitário de Santa Maria - Santa Maria - Rio Grande do Sul - Brasil), Bárbara Silvestre Vicentim (Hospital Santa Marcelina - São Paulo - São Paulo - Brasil), Thaís Rockenbach Gaona Lenzi (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - CACOAL - Rondônia - Brasil), Iara da Costa Scharff (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - CACOAL - Rondônia - Brasil), Iane da Costa Scharff (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - CACOAL - Rondônia - Brasil), Ananda Castro Chaves Ale (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - MANAUS - Rondônia - Brasil), Ana Beatriz da Cruz Lopo de Figueiredo (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Wanderson Assunção Loma (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), André Nazário de Oliveira (HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL - CACOAL - Rondônia - Brasil), Thayane Vidon Rocha Pereira (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Rodrigo Oliveira de Almeida (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil), Arlene dos Santos Pinto (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - Manaus - Amazonas - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** O infarto esplênico ocorre quando há comprometimento do fluxo sanguíneo para o baço, levando a isquemia tecidual e eventual necrose. A apresentação mais típica é presença de dor em quadrante superior esquerdo do abdome. O tratamento varia desde suporte clínico até esplenectomia em casos graves. O uso das terapias hormonais em doses suprafisiológicas para fins estéticos em pacientes que não tem comprovada deficiência hormonal pode ocasionar diversos danos incluindo estado de hipercoagulabilidade.

Paciente do sexo masculino, 35 anos, procurou atendimento médico com o quadro de dor abdominal súbita em hipocôndrio esquerdo de forte intensidade. Previamente hígido, sem comorbidades ou uso de medicamentos, negava eventos trombóticos prévio ou histórico familiar positivo. Negou etilismo ou tabagismo. O mesmo, relatou que há dois meses havia inserido o Implante Hormonal (IH) para fins estéticos que incluía: Anastrozol, Gestrinona, Testosterona, Progesterona além de Metformina, Nicotinamida-Adenina-Dinucleotídeo e Tadalafila. Exame de imagem evidenciou áreas de infarto esplênico na porção ínfero lateral, relacionados à trombos intraluminais, não evidenciados trombos arteriais e ausência de esplenomegalia. Tentado terapia conservadora com sintomáticos, porém paciente evoluiu com piora da dor sendo optado pela realização da anticoagulação com Rivaroxabana por 3 meses. Após este período, houve negatização de D-dímero e confirmação pelo médico assistente de que o IH já havia cessado a liberação hormonal, sendo possível a suspensão da anticoagulação e iniciada a investigação pra trombofilias. Realizada dosagem de proteína C, proteína S, antitrombina III, Fator V de Leiden, Gene mutante da protrombina, anticoagulante lúpico, beta 2 glicoproteína IgG e IgM, Anti cardiolipina IgG e IgM, marcadores auto imune FAN e ANCA(p-ANCA e c-ANCA), sorologias para hepatites, HIV, perfil hepático, renal, tireoidiano, eletroforese de hemoglobina e pesquisa de mieloproliferações, sendo que todos se apresentaram dentro da normalidade. Atualmente o paciente encontra-se assintomático e sem novos eventos trombóticos.

**DISCUSSÃO:** No relato, foram descartadas causas secundárias para trombose esplênica e dentre as causas de hipercoagulabilidade apresentada houve o uso exógeno de hormônios sexuais masculinos e femininos, em doses suprafisiológicas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A prática do IH está cada vez mais comum, trazendo consigo graves efeitos colaterais, pois tratamento com hormônios está associado à um aumento do risco tromboembólico.

**CONTATO AUTOR:** KETLIN BATISTA DE MORAIS MENDES | ketlinb.m94@gmail.com

**Gastroenterologia - Miscelânea**

**102438 – GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE : UMA CAUSA INCOMUM DE ULCERAÇÕES DO TRATO GASTROINTESTINAL**

**AUTORES:** Paulo Ricardo Pavanatto Cavassola (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Matheus Truccolo Michalczuk (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), André Luiz Bassani (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Marcelo Klotz Dall'Agnol (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Ismael Maguilnik (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil), Vinicius Eduardo Do Nascimento de Lemos Campos (HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 39 anos, histórico de sinusite e tosse crônica há 1 ano, iniciou com quadro de dor abdominal, de forte intensidade, predominantemente pós prandial, em região epigástrica, sem irradiação. Apresentou também episódios de diarreia líquida, sem muco, pus, ou sangue associado a episódios de dor abdominal, e inapetência. Exames, com 13.430 leucócitos ( 3590 Eosinófilos). TC de Tórax com achado de opacidades em vidro fosco, acometendo cerca de 15 a 20% do parênquima abdominal. TC de Abdome com achado de espessamento inespecífico em cólon transverso. PCR para SARS-COV2 negativo. Proteína C Reativa de 42,1mg/L. Iniciado IBP, sem melhora de sintomas. Realizada Endoscopia Digestiva Alta, com achado de duas úlceras rasas, e arredondas, de aspecto atípico, de cerca de 5mm no antro. classificação A2 de Sakita. Biópsia de úlcera com achado de gastrite crônica antral leve, sem atrofia ou metaplasia, HP negativo. Colonoscopia com achado de erosões ileais entremeadas por mucosa de aspecto normal. Mucosa de cólon direito normal. No cólon transverso, descendente, e sigmoide, presença de erosões e de ulcerações, algumas mais profundas, as maiores medindo cerca de 2cm, com bordos enantematosos e fundo com fibrina espessa, entremeadas por mucosa normal. Biópsias de íleo, cólon direito e transverso dentro da normalidade. Mucosa de cólon E com agregado linfóide em lâmina própria de mucosa. Fibrobroncoscopia com visualização de lesão ulcerada em fossa nasal direita. Biópsia de lesão, com achado de processo inflamatório misto com necrose coagulativa em mucosa. Resultados laboratoriais de ANCA 1:80 e Anti-MPO reagente (145 unidades - fortemente reagente), com diagnóstico de Granulomatose Eosinofílica com Poliangeíte. Iniciada terapia com corticóide em altas e pulsos de ciclofosfamida, com melhora gradual de sintomas. EDA de controle com remissão endoscópica de úlceras.

**DISCUSSÃO:** A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (antigamente conhecida com Doença de Churg Strauss) é uma vasculite de pequenos e médios vasos, com acometimento multissistêmico, e é frequentemente associada com Asma. O acometimento TGI é o 4º mais comum ( 33% dos casos), sendo os sintomas mais comuns dor abdominal (59%) e diarreia (33%). Achados endoscópicos mais frequentes são ulcerações em intestino delgado ou cólon, entremeados por áreas edematosas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A Granulomatose com Poliangeíte é doença multissistêmica, e quando há acometimento TGI, denota um pior prognóstico e maior risco de recorrência.

**CONTATO AUTOR:** PAULO RICARDO PAVANATTO CAVASSOLA | pcavassola@gmail.com

**Gastroenterologia - Miscelânea**

**1104296 – Hipertensão portal não cirrótica associada a mutação de JAK 2**

**AUTORES:** Caroline Borges de Castro (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Maria Eduarda Steinmetz Kaczen (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Gabriel Canhete Machado (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Pedro Henrique Caetano Santos da Silva (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil), Elza Cristina Miranda da Cunha Bueno (UFPEL - Pelotas - Rio Grande do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 34 anos, previamente hígida. Em 2016 apresenta hematêmese, melena e ascite sendo diagnosticada com hipertensão portal por trombose de veias porta e mesentérica superior. Realizada Endoscopia digestiva alta (EDA) com varizes gástricas GOV I e varizes esofágicas de médio e grosso calibre. Iniciado tratamento com propranolol e com Rivaroxabana. Realizada investigação de coagulopatia de forma conjunta com equipe de hematologia, sendo diagnosticada com mutação no gene JAK 2. Paciente apresentou episódios recorrentes de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) varicosa sendo necessário inúmeros procedimentos de ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE). Devido a refratariedade ao tratamento clínico e endoscópico das varizes, foi indicado Shunt Portossistêmico Transjugular intra-hepático (TIPS).

**DISCUSSÃO:** A hipertensão portal não cirrótica tem, como uma de suas causas pré-hepáticas, a trombose de veia porta, como visto no quadro aqui relatado. O manejo de pacientes com estas patologias visa prevenir e tratar complicações. O uso de betabloqueadores é indicado para realizar a redução da pressão nos vasos. Todavia, deve ser realizado o acompanhamento do paciente para manter o bom andamento clínico e evitar quadros de hipotensão sistêmica. EDA é realizada para acompanhamento das varizes e avaliar necessidade de LEVEs para evitar sangramentos. Outro procedimento que pode ser realizado é o TIPS, que cria um canal de baixa resistência entre a veia hepática e a veia porta. Este procedimento visa cessar sangramentos e prevenir novos, sendo altamente indicado em casos que já foram realizadas inúmeras intervenções de LEVE. As neoplasias mieloproliferativas exibem expansão celular mieloide terminal no sangue periférico, resultando em várias combinações de eritrocitose, leucocitose, trombocitose, hiperplasia / fibrose da medula óssea e esplenomegalia. As clássicas são policitemia vera, trombocitemia essencial, mielofibrose primária e leucemia mieloide crônica; sendo as três primeiras associadas a presença da mutação V617F no gene JAK-2. A presença de mutação de JAK-2 explica a trombose de veia porta e, com isso, os episódios de HDA.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso evidencia uma etiologia incomum para hipertensão portal e, com isso, também corrobora a importância de uma equipe multidisciplinar para diagnóstico e manejo destes pacientes.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINE BORGES DE CASTRO | carolmedxxv@gmail.com

**Gastroenterologia - Miscelânea**

**1104297 – MACROAMILASEMIA EM PACIENTE HÍGIDA QUE APRESENTOU ENTERITE INFECCIOSA DURANTE A INVESTIGAÇÃO: Relato de caso**

**AUTORES:** William Wilkens Helrigle (Plena Clínica Médica - Jataí - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente B.C.L., sexo feminino, 21 anos, proveniente da atenção básica para investigação de hiperamilasemia (387 U/L), com valor de referência (VR) de 25 – 125 U/L. O exame foi feito em “checkup”, sem sintomas, não havia fatores de risco para pancreatite, outros dados positivos na anamnese e alterações ao exame físico. Foi adotada conduta expectante, com solicitação de nova dosagem de amilase e lipase após 3 semanas. A paciente evoluiu nesse intervalo com episódio de diarreia sanguinolenta de 3 dias de duração, com melhora após uso de *saccharomyces boulardii* e nitazoxanida, prescritos por plantonista em pronto socorro de forma empírica. Retornou assintomática para reavaliação, com amilase 374 U/L e lipase normal. Levou ainda o resultado de uma ultrassonografia de abdome total solicitada na avaliação de urgência, que evidenciou espessamento parietal regular e difuso de cólon descendente (em vigência de diarreia aguda). Foram então solicitados exames para investigação de hiperamilasemia crônica: ultrassonografia de glândulas salivares e pélvica sem alterações, PCR 13 mg/L (VR: 5), VHS 43 mm/h (VR: 0 a 20), função renal e hepática normais, amilase urinária 140, creatinina sérica 0,88, amilase sérica 396, creatinina urinária 45 (fração de excreção de amilase = 0,69%). Foi realizada investigação laboratorial negativa para etiologias reumatológicas e doença celíaca. Biópsia de duodeno, colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome descartaram outras causas específicas. Dosagem laboratorial confirmou diagnóstico de macroamilasemia depois de 1 ano de seguimento.

**DISCUSSÃO:** Na hiperamilasemia crônica os níveis de amilase sérica permanecem elevados por mais de 3 semanas. A principal indicação clínica para sua dosagem é a suspeita de pancreatite. Mas além dessa e outras causas pancreáticas, existem alterações nas glândulas salivares, doenças renais, hepáticas, intestinais, ginecológicas e oncológicas como possibilidades diagnósticas. O tratamento, portanto, depende da abordagem da causa específica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** 2 a 5% dos indivíduos com hiperamilasemia têm macroamilasemia, cuja prevalência em pacientes aparentemente saudáveis é de 1%. O estado inflamatório é uma das situações que propiciam a formação da macroamilase, pois a amilase se liga a macromoléculas e se formam grandes complexos. Mas pessoas saudáveis também podem apresentar essa condição de maneira benigna e sem necessidade de tratamento. Isso se confirmou no caso exposto, apesar da provável infecção no início da investigação.

**CONTATO AUTOR:** WILLIAM WILKENS HELRIGLE | [william.wh@hotmail.com](mailto:william.wh@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104330 – Paracoccidioidomicose como Diagnóstico Diferencial no Abdome Agudo

**AUTORES:** SILVIO RODRIGO AREVALOS DAVALOS (HUMAP - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil), JÉSSICA SANTOS CORRÊA (HUMAP - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil), MICHEL MENDES CAMILO (HUMAP - CAMPO GRANDE - Mato Grosso do Sul - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente, masculino, 15 anos, procedente de área rural com quadro de dor em cólica, em região periumbilical, migrou para fossa ilíaca direita, hiporexia, náuseas, vômitos e febre há 3 dias, sem alterações do trato gastrointestinal e genitourinário. Histórico de anemia crônica. Exame Físico: hipocorado, febril, abdome plano, flácido, doloroso a palpação profunda e massa palpável em fossa ilíaca direita, descompressão brusca negativa e esplenomegalia. Exames complementares: tomografia de abdome com linfadenomegalia abdominal generalizada, heterogênea e de morfologia atípica, formando conglomerado linfonodal nas cadeias mesentéricas, esplenomegalia homogênea, apêndice cecal não identificado. Laboratoriais com anemia grave, ausência de leucocitose, importante desvio à esquerda. Realizada laparoscopia diagnóstica, encontrado apêndice dentro da normalidade e linfonodomegalia, realizada apendicectomia táctica. Sorologias infecciosas de linfonodos (HIV, CMV, Toxoplasmose IgM e IgG, doença de chagas, HCV e leishmaniose) negativas. Anatomopatológicos com apêndice exsudativo, ausência de critérios de malignidade e negativo para paracoccidioidomicose. Realizada então biópsia por agulha fina por radiointervenção com: linfadenite fúngica granulomatosa com múltiplos granulomas confluentes, células gigantes multinucleadas e focos de supuração envolvendo numerosas estruturas fúngicas viáveis. Tais achados correspondem a Paracoccidioides. Foi estabelecido tratamento específico para a doença paracoccidioidomicose com anfotericina B lipossomal endovenosa por quinze dias, e alta hospitalar com tratamento via oral (sulfametoxazol e trimetropim) após melhora clínica e laboratoriais.

**DISCUSSÃO:** A paracoccidioidomicose é uma doença micótica, menos de 5% apresenta manifestação clínica, pode comprometer vários sistemas, sendo predominante o acometimento pulmonar. Cerca de 7,5% dos casos comprometendo trato digestivo. Todos os segmentos do trato digestivo poderão ser afetados, sendo mais comuns nos locais mais ricos em tecido linfóide (íleo terminal, apêndice e hemicólon direito). A clínica é inespecífica. Exames de imagem podem demonstrar linfonodomegalia ou coleções. O diagnóstico diferencial da paracoccidioidomicose intestinal inclui neoplasias, linfoma, tuberculose e doença de Crohn.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Embora seja um raro diagnóstico diferencial devemos conhecer tal patologia para realizar o diagnóstico diferencial, tendo em vista que tais patologias apresentam tratamentos completamente distintos.

**CONTATO AUTOR:** JESSICA SANTOS CORREA | [jessica.s.correa@hotmail.com](mailto:jessica.s.correa@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104419 – O papel da paracentese diagnóstica na elucidação de uma etiologia incomum de ascite

**AUTORES:** Gustavo Amaral Silva (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Carolina de Souza Antoniêto (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Nathália Marçal Tostes (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Lais Rodrigues Maffia (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Maria de Lourdes Abreu Ferrari (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, admitido com quadro de ascite grau III há três anos, refratária a diureticoterapia, com necessidade frequente de paracenteses de alívio. Ao exame não apresentava estigmas de hepatopatia e o laboratório da admissão demonstrava função hepática preservada, corroborado por ecodoppler sem alterações em parênquima e vasos hepáticos. A análise do líquido ascítico (LA) revelou gradiente de albumina soro-ascite (GASA) de 1,3 e proteína total de 4,4g/dL, o que levou a hipótese de ascite de etiologia cardiogênica. O NT-proBNP sérico estava elevado (2780 pg/mL), porém ecocardiograma transtorácico evidenciou apenas disfunção diastólica leve de ventrículo esquerdo e câmaras direitas sem alterações. Realizada então RNM cardíaca, a qual revelou áreas focais de espessamento de até 3mm relacionadas a parede livre do ventrículo direito e achatamento da parede inferior basal durante a diástole. Solicitada manometria cardíaca, após suspensão de diuréticos, que demonstrou sinal da raiz quadrada e a equalização das pressões diastólicas, achados estes compatíveis como diagnóstico de pericardite constrictiva oculta. Indicado tratamento cirúrgico com realização de pericardiectomia.

**DISCUSSÃO:** A ascite resulta de descompensação de várias patologias, cuja principal é a hipertensão portal secundária à cirrose hepática. A ascite com GASA e proteína elevada sugere o diagnóstico de ascite cardiogênica, e assim a dosagem do peptídeo natriurético cerebral (BNP) direciona o seguimento propedêutico, uma vez que sua elevação possui alto valor preditivo positivo para etiologia cardíaca. A pericardite constrictiva oculta é de difícil diagnóstico tanto pela sua raridade, quanto por sintomas atribuíveis a outras causas mais comuns. Poucos casos até o momento foram descritos na literatura, podendo ter exames cardiológicos iniciais normais.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A história clínica e o exame físico, além de análise bioquímica do LA são fundamentais na investigação etiológica da ascite. No caso em questão, mesmo com o ecocardiograma transtorácico normal, a presença de GASA e proteína total elevados no LA culminou na solicitação da manometria cardíaca, chegando-se ao diagnóstico da pericardite constrictiva oculta, uma rara causa de ascite.

**CONTATO AUTOR:** GUSTAVO AMARAL SILVA | gustavo823@live.com

## Gastroenterologia - Miscelânea

### 1104420 – Pólipo Cloacogênico: Uma rara causa de sangramento retal

**AUTORES:** Gustavo Amaral Silva (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Carolina de Souza Antoniêto (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Nathália Marçal Tostes (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Lais Rodrigues Maffia (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Maria de Lourdes Abreu Ferrari (Hospital das Clínicas da UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, admitida em ambulatório devido suspeita de retocolite ulcerativa na forma de proctite, manifestado principalmente através de sangramento retal. Já em uso de Azatioprina, porém mantendo sangramento, com necessidade de reposição de ferro parenteral. Solicitada colonoscopia que identificou em região de reto múltiplas lesões nodulares, algumas polipoides, de superfície verrucosa, pouco friáveis, com mucosa de permeio de aspecto habitual. Realizado propeidética infecciosa, sendo descartada tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis. A ressonância magnética, identificou trecho de espessamento parietal circunferencial do reto atingindo até a borda anal relacionado a componente edematoso submucoso. Em biópsia realizada, presença de glândulas de aspecto tubuloviloso, notando-se tecido de granulação ulcerado, córion com denso infiltrado inflamatório granumononuclear e proliferação de feixes de músculo liso, sugestivo de pólipo cloacogênico. Desde então foi suspenso o imunossupressor e paciente foi encaminhada para equipe cirúrgica.

**DISCUSSÃO:** O pólipo cloacogênico teve sua primeira descrição em 1981. É uma lesão polipoide rara, que geralmente se localiza na junção anorretal, sendo mais frequente em mulheres adultas. A maioria dos casos são benignos e se manifestam com sangramento retal. Sua fisiopatologia ainda não é muito clara, porém acredita-se que sua origem vem de uma mucosa danificada por outras patologias, como diverticulose, doença de Crohn, doença hemorroidária e tumores colorretais.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Apesar de raro, o pólipo cloacogênico deve ser sempre pensando em casos de lesões polipoides anorretais, principalmente em pacientes com sangramento e sem lesões em outro sítio. O seu diagnóstico é baseado principalmente no achado histológico e o tratamento é a ressecção cirúrgica. O caso descrito exemplifica uma paciente cujo diagnóstico foi retardado devido ao provável desconhecimento dessa entidade, o que muitas vezes prejudica o tratamento e consequente melhora clínica.

**CONTATO AUTOR:** GUSTAVO AMARAL SILVA | [gustavo823@live.com](mailto:gustavo823@live.com)



## Gastroenterologia - Motilidade Digestiva

### 102084 – Disritmia gástrica evidenciada por eletrogastrografia em paciente pós infecção por COVID 19

**AUTORES:** Marcel Lima Andrade (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diego Brandão Oliveira (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo José Pereira Campos Carvalho (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nayara Salgado Carvalho (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 19 anos, portador de Síndrome de Hiper mobilidade, com diagnóstico de COVID-19 leve em dezembro de 2020. Após duas semanas iniciou quadro de dor em abdome superior, náuseas e plenitude pós prandial. Fez uso de antieméticos, inibidor de bomba de prótons e procinéticos sem melhora. Realizou tomografia de abdome que evidenciou acentuada distensão da câmara gástrica. Na investigação de provável gastroparesia foi solicitado tempo de esvaziamento gástrico por cintilografia e eletrogastrografia (EGG). A cintilografia evidenciou porcentagem do esvaziamento gástrico dentro dos limites da normalidade e a EGG demonstrou bradigastia no período basal em jejum, sendo otimizado a dose de procinético e orientado dieta fracionada com melhora parcial dos sintomas.

**DISCUSSÃO:** Gastroparesia é definida por um retardo do esvaziamento gástrico que pode se apresentar clinicamente com náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial, distensão e dor abdominal. O padrão-ouro para seu diagnóstico é a cintilografia de tempo de esvaziamento gástrico, porém métodos novos e menos invasivos como a EGG que avalia a atividade elétrica gástrica vêm ganhando espaço. Sua etiologia pode estar associada ao diabetes mellitus, iatrogênica, pós infecciosa ou idiopática. Recentemente tem sido encontrado sintomas típicos de gastroparesia, como náuseas e vômitos, em pacientes com COVID-19. Sabe-se que o Sars-Cov-2 entra nas células através da enzima conversora de angiotensina 2, que é expressa em todo o trato gastrointestinal. Postula-se que o vírus pode levar à gastroparesia seja por invasão direta ou mediada imunologicamente. Chama atenção no caso relatado a relação dos sintomas com a bradigastia encontrada na EGG, mesmo com o tempo de esvaziamento gástrico normal pela cintilografia. Esse achado é compatível com o que já foi descrito na literatura em outras etiologias de gastroparesia e pode significar um ganho no estudo da fisiopatologia das manifestações gástricas da COVID-19.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A identificação de disritmias gástricas por meio da EGG pode auxiliar no diagnóstico e manejo de pacientes com sintomas de gastroparesia que possuem tempo de esvaziamento gástrico normal. Faz-se necessário também estar atento às manifestações gastrointestinais causadas pela COVID-19, o que inclui a ocorrência de gastroparesia conforme descrito neste relato.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL LIMA ANDRADE | marcel-94@hotmail.com.br

## Gastroenterologia - Motilidade Digestiva

### 102136 – Síndrome de Ruminação como causa de Anemia Ferropriva: Relato de caso

**AUTORES:** Nayara Azevedo Pires (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Francielly Alves Sampaio (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Juliana Corsino Gonçalves (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Sabrina Barbosa Silva (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Bárbara Marques Fernandes Aguiar (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Julia Carvalho Mourão (Hospital Belo Horizonte - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Mulher, 21 anos, estudante de medicina, em investigação de anemia ferropriva, queixando de regurgitação nas duas horas após a alimentação, principalmente com ingestão de café, carne vermelha, alimentos gordurosos e, em períodos de estresse. Relato de mais de 20 episódios diários e impacto importante na vida social. Doença do Refluxo Gastroesofágico refratária, desde os 12 anos e, longo período de uso de inibidor de bomba de prótons, interrompido nos últimos meses por ausência de melhora do quadro. Ao exame físico, apresentava sinais de desnutrição leve. Endoscopia Digestiva Alta, com esofagite erosiva grau B de Los Angeles; esôfago-estômago-duodenografia sem sinais de refluxo; manometria esofágica de alta resolução normal; pHmetria esofágica de 24 horas evidenciou refluxo ácido patológico em decúbito e ortostatismo, relacionado aos sintomas de pirose e regurgitação, a maioria deles pós prandiais e, Score de DeMeester de 23,28. Realizado reposição de ferro endovenoso e optado por abordagem multidisciplinar com prática de respiração diafragmática, terapia cognitivo comportamental e acompanhamento do serviço de nutrição, com boa resposta clínico-laboratorial. Retornou após 14 semanas com exames normais e melhora expressiva da ruminação.

**DISCUSSÃO:** A Síndrome de Ruminação consiste em distúrbio funcional, relacionado a anemia ferropriva devido à má absorção e restrição alimentar. Essa condição ocorre em períodos pós prandiais e se apresenta com regurgitação involuntária dos alimentos ingeridos para a boca, onde podem ser mastigados e novamente deglutidos ou expelidos. Classificada pelos critérios de Roma-IV, como um Transtorno Gastroduodenal Funcional. Presume-se que ocorre quando há contrações involuntárias da parede abdominal, aumento da pressão intra-gástrica, associado à instabilidade da junção esôfago-gástrica e a pressão torácica negativa, simultaneamente. O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser complementado com impedâncio-pHmetria esofágica, manometria esofágica e manometria antroduodenal. Estudos apontam a prática de respiração diafragmática como primeira linha de tratamento e uso de relaxante muscular de ação central nos casos refratários.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O caso destaca a importância do diagnóstico assertivo e do tratamento precoce da Síndrome de Ruminação, cujos sintomas prolongados são causa de intenso sofrimento e, impactam sobremaneira a qualidade de vida de seus portadores.

**CONTATO AUTOR:** NAYARA AZEVEDO PIRES | [dranayara.pires.gastro@gmail.com](mailto:dranayara.pires.gastro@gmail.com)

## Gastroenterologia - Motilidade Digestiva

### 1104312 – Barra cricofaríngea como causa de disfagia em paciente idoso

**AUTORES:** Marcel Lima Andrade (Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vera Lúcia Ângelo Andrade (Núcleo Vera Ângelo e Eliane Basques de Medicina - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 62 anos, iniciou quadro de disfagia de transferência há 2 meses para pequenos sólidos (comprimidos). Negava disfagia para outras consistências de alimentos, perda ponderal, dor torácica ou sintomas de refluxo. Possuía de antecedentes asma e fratura de mandíbula há 28 anos devido trauma automobilístico. Iniciado investigação com endoscopia digestiva alta que não mostrou alterações. Análise da deglutição por fluoroscopia (Videodeglutograma – VD) encontrou deglutição orofaríngea funcional com lentidão no esvaziamento esofágico, contração retrógrada do esôfago e redução da abertura do segmento faringoesofágico, compatível com barra cricofaríngea (BC). Identificado em manometria de alta resolução pressão média do esfíncter esofágico superior (EES) de 450.5 mmHg associado a espasmo esofageano distal com 40% das ondas prematuras.

**DISCUSSÃO:** A fisiologia da deglutição envolve o deslocamento anterior da laringe e o relaxamento do EES, composto pelos músculos constrictor inferior da laringe e o cricofaríngeo (CF), principal responsável pelo tônus do EES. A disfunção do EEI em sua maioria decorre da dismotilidade do CF, apresentando-se como disfagia cervical e/ou engasgos. O espasmo do CF, quando visto lateralmente em exame contrastado, apresenta-se como uma protrusão semelhante a uma barra ao nível de C5-C6, sendo chamada BC. A BC pode ser decorrente de doenças neurológicas, musculares, iatrogênicas ou idiopática, sendo um distúrbio funcional relacionado à abertura do EES e alteração do relaxamento do músculo cricofaríngeo quando avaliada por estudos de manometria. Ela pode ser encontrada em até 5%-19% dos pacientes que realizam VD, sendo mais comum em idosos. A avaliação do EES pela manometria ainda é um tema controverso, com valores de normalidade não bem estabelecidos. Estudo brasileiro mostrou variação de pressão do EES entre  $100,6 \pm 45,6$  [22,0-201,1] mmHg em indivíduos normais. A hipertonia do EEI pode ter papel na fisiopatologia de sintomas disfágicos altos. O tratamento da BC inclui modalidades como dilatação pneumática, injeção de Botox ou até miotomia cirúrgica ou endoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A BC é um distúrbio da motilidade do EES que causa disfagia cervical com critérios diagnósticos manométricos ainda não bem definidos, com diferentes etiologias e com potencial impacto na qualidade de vida do paciente, sendo necessários mais estudos sobre esta condição patológica.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL LIMA ANDRADE | marcel-94@hotmail.com.br

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 101737 – Coledococelo: Diagnóstico diferencial de dor abdominal

**AUTORES:** EMÍLIA ISABEL DA SILVA (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA - Ipatinga - Minas Gerais - Brasil), RODRIGO LOVATTI (HOSPITAL MÁRCIO CUNHA - IPATINGA - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 34 anos, previamente hígido, procurou o pronto-socorro com história de epigastralgia de início há 2 meses e surgimento de icterícia no período. Relatava uso recente de amoxicilina e claritromicina para tratamento do *H. pylori* diagnosticado em endoscopia digestiva alta realizada devido a queixa de dor epigástrica. O paciente trazia consigo ainda ultrassonografia e tomografia abdominal com contraste venoso sem alterações relevantes. Exames laboratoriais à admissão evidenciavam aumento dos marcadores hepáticos (transaminases e predomínio de marcadores de colestase). Os episódios de dor em andar superior do abdômen se mantinham de caráter intermitente e em crise, mesmo com analgesia otimizada. Marcadores de hepatites virais A, B e C negativos. Devido ao quadro de dor biliar típica biliar e às alterações laboratoriais, foi realizada colangioressonância que mostrava dilatação focal entre a via biliar distal e o Wirsung, na região periampular, promovendo leve abaulamento da parede da segunda porção duodenal e sem sinais de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, bem como do ducto pancreático principal. Pensando-se em cisto de colédoco do tipo III (coledococelo), foi realizada duodenoscopia sendo visibilizado abaulamento da papila duodenal maior, compatível com o diagnóstico proposto. Após discussão clínica, o paciente foi submetido a papilotomia endoscópica seguida de biópsia do tecido exposto. Em consulta de seguimento após 4 semanas, apresentava melhora completa dos marcadores hepáticos e seguia assintomático. A biópsia realizada mostrou que o epitélio que cobria o cisto era de origem biliar, o qual confere maior risco de neoplasia biliar. O paciente foi encaminhado para centro especializado em via biliar para continuar o seguimento.

**DISCUSSÃO:** Coledococelo (cisto de ducto biliar comum tipo III segundo a classificação de Todani) é uma dilatação cística do segmento distal do ducto biliar comum se projetando para o lúmen duodenal. Considerado raro, representa menos de 2% dos casos relatados de cistos do ducto biliar comum. Os sintomas são variados e inespecíficos, sendo o diagnóstico definitivo realizado por duodenoscopia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Deve-se tratar a coledococelo precocemente, evitando prolongamento dos sintomas como icterícia e dor, que podem levar a complicações mais graves, mas principalmente diminuição da qualidade de vida. A longo prazo, o maior risco é o surgimento de neoplasia da via biliar nos casos que permanecem assintomáticos.

**CONTATO AUTOR:** EMILIA ISABEL DA SILVA | emiliaisabels@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 101931 – Relato De Caso: Síndrome Pós- colecistectomia : Síndrome Do Coto Do Ducto Cístico

**AUTORES:** paula braga nunes (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), carla cintia ferreira (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), erly fernando ferreira dantas (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), tiago cunha de castro (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), rodrigo vilar martins, elkin ebret charris silva (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), paulo de tarso vas de oliveira (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil), samuel flores santos (hospital regional são sebastião - santo antônio do amparo - Minas Gerais - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** ZMF, 64 anos, mulher, atendida devido dor abdominal em hipocôndrio direito irradiando em faixa para andar superior há 1 ano, com piora há 3 meses, principalmente após alimentar, sem melhora com analgésicos. Relata colecistectomia aberta, com incisão paramediana há 30 anos por colelitíase. Apresentava-se estável hemodinamicamente, anictérica, abdome flácido, doloroso em andar superior a palpação, RHA presentes, Murphy positivo. Realizou colangioressonância magnética (CRM) com ausência de dilatação de vias biliares, hepatocolédoco de calibre normal, sem cálculos, pequena imagem cística no hilo hepático sugestiva de ducto cístico remanescente ectasiado, com imagens sugestivas de cálculos em seu interior de 0,5cm. Optado por laparoscopia exploradora, com várias aderências intestinais e epíplon com parede abdominal sendo convertida para cirurgia aberta com laparotomia paramediana. Identificado ducto cístico residual dilatado e 4 cálculos em seu interior. Realizado a clipagem e secção da estrutura.

**DISCUSSÃO:** A síndrome Pós Colecistectomia (SPC) é causada pela persistência de sintomas abdominais após a colecistectomia, em cerca de 10 a 40% dos casos. O início dos sintomas varia de 2 dias a 25 anos e tem como causa principal distúrbios extra biliares. A síndrome do coto de ducto cístico (SCDC) é causa rara de dor pós operatória, pois não tem manifestação clínica, a menos que, esteja associada a granuloma de sutura, cálculos ou tumor. As causas biliares mais comuns de SPC são cirurgia incompleta com vesícula residual em casos complicados ou presença de cálculos residuais. O coto de cístico se deve principalmente à técnica operatória, pois pelo temor em lesar o colédoco ou hepático, opta por seccioná-lo longo. Em alguns casos, com o tempo, o ducto cístico residual dilata, formando cálculos pela estase biliar em seu interior e uma neo-vesícula. A cólica biliar se deve a inflamação do ducto cístico e do espasmo do esfínter de Kirklin. A CRM é padrão ouro para diagnóstico e estratégia cirúrgica, permitido visualizar cálculos, estudo das vias biliares e riscos de complicações intraoperatórias. O tratamento é a reabordagem cirúrgica, desafiadora devido as aderências da colecistectomia prévia, preferencialmente pela via laparoscópica, podendo ser convertida para aberta de acordo com os achados intraoperatorios.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A SCDC é rara e geralmente quando sintomática e com história de colecistectomia complicada ou subtotal prévia deve-se considera-la como diagnóstico diferencial da SPC.

**CONTATO AUTOR:** PAULA BRAGA NUNES | paulinhabraga@hotmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102092 – Vesícula Duplicada : um achado no intra-operatório

**AUTORES:** Giovana Viecili Rossi (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Roberto Tussi Jr (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Bruna Santos Togni (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Hevila Cristina Mora Amancio De Souza (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Jan Pagenotto Sukorski (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Leonardo Evangelista Bagateli (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Barbara Marchi Andrade (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), João Pedro Araujo Bruno (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil), Mateus De Almeida Moreira Da Silva (Associação Beneficente Hospital Unimar - Marília - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** M.B.M.B, feminino, 34 anos, apresentava episódios recorrentes de cólica biliar, principalmente à alimentações. Negava história atual ou prévia de sintomas colestatícos. Negava comorbidades. Ao exame físico, abdome sem particularidades. Análises laboratoriais pré operatórias sem alterações, incluindo prova de função hepática, bilirrubinas e enzimas canaliculares. Ultrassonografia de abdome total, evidenciando: esteatose hepática difusa em grau leve; colelitíase (3 imagens hiperecogênicas, móveis a mudança de decúbito); sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Diante do exposto, optado por submissão da paciente a procedimento de colecistectomia videolaparoscopia eletiva.

No intra operatório, ao inventário da cavidade, vesícula biliar com duas estruturas saculares adjacentes. À dissecação do triângulo de Callot, visualizado dois ductos císticos unificados antes do ducto biliar comum e apenas uma artéria cística. Aplicado os cliques e a secção dos dois ductos, peça enviada ao anatomopatológico. Restante da cirurgia sem intercorrências.

Paciente com boa evolução, recebeu alta com sintomáticos no primeiro dia de pós operatório. Retornou em 2 avaliações ambulatoriais, recebendo alta.

**DISCUSSÃO:** Uma das mais frequentes cirurgias eletivas em ambulatórios de cirurgia geral é a colecistectomia, que sem sombras de dúvidas com o advento da videolaparoscopia se tornou menos traumática, proporcionando uma recuperação mais rápida e podendo evitar diversas complicações diante da visualização direta das estruturas, as quais no pré operatório são descritas apenas em laudos imagem, nem sempre fidedignos.

É sabido que variações anatômicas tem sido grande vilão para qualquer tipo de abordagem cirúrgica, o presente relato se enfoca em uma videocolecistectomia eletiva, diagnosticada no intra-operatório como vesícula biliar duplicada, com incidência de aproximadamente um em 4.000 pessoas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A duplicação da vesícula biliar é uma anomalia considerada congênita, segundo a Classificação de Boyden podemos encontrar: Vesícula Fellea Divisa (Bilobulada com Único ducto cístico), Vesícula Fellea Duplex (em Y apresentando dois ductos císticos que se unificam antes do ducto biliar comum ou em H apresentando dois Ductos císticos que seguem separadamente até o ducto biliar comum)

A importância do diagnóstico no ato operatório visa evitar lesões iatrogênicas da via biliar principal.

**CONTATO AUTOR:** GIOVANA VIECILI ROSSI | giovanavrossi@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102234 – Ascite pancreática em paciente cirrótico, relato de caso

**AUTORES:** Renata Gizani de Moura Leite (IHBDF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Anna Paula Mendanha da Silva Aureliano (IHBDF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Sara Cardoso Paes Rose (IHBDF - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Luana Dantas Barbosa (IHBDF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Liliana Sampaio Costa Mendes (IHBDF - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente com história etilismo crônico, consumo diário de aproximadamente 330g de álcool / dia. Após episódio de alcoolismo, apresentou sintomas de mal-estar, fraqueza, tontura e dispneia, associados ao aumento do volume abdominal, sendo encaminhado ao pronto socorro. Encontrava-se com abdome globoso, ascítico, presença de circulação colateral e edema de extremidades. Após medidas iniciais para estabilização, foi submetido a exames laboratoriais, tomografia de abdome com contraste que evidenciou volumosa ascite com sinais de pancreatite crônica complicada com pseudocistos, além de hepatopatia crônica. A ultrassonografia de abdome com Doppler identificou sinais de hipertensão portal. Foram feitas várias paracenteses de alívio e diagnósticas, frente ao aumento rápido do volume abdominal, sintomas algícos e dispneia. Dentre todas as análises, chamava atenção o valor persistentemente elevado da enzima amilase. Embora o cálculo do gradiente albumina soro/ascite (GASA) fosse maior que 1.1, sugerindo ascite por hipertensão portal, a amilase elevada levantou a hipótese da origem pancreática, confirmada através de colangiressonância que identificou uma fístula pancreática. O manejo clínico da ascite foi baseado na paracentese de alívio, associada à dieta parenteral e administração de octreotida na dose de 100mg a cada 8 horas, resultando em diminuição do volume abdominal e aumento do intervalo de tempo entre as drenagens de fluidos abdominais. Durante a internação, o paciente desenvolveu encefalopatia hepática que complicou com pneumonia aspirativa, insuficiência respiratória aguda, choque séptico e parada cardiorrespiratória (PCR), falecendo um mês após o início do quadro sem possibilidade de terapia intervencionista.

**DISCUSSÃO:** A ascite pancreática é uma causa rara de ascite e geralmente aparece como consequência da pancreatite crônica. Resulta do excesso de líquido exsudativo intraperitoneal, rico em amilase e proteínas, comumente originado de um pseudocisto ou ruptura do ducto pancreático. Tipicamente, os pacientes apresentam dor abdominal leve, hiporexia e sensação de plenitude. O diagnóstico é caracterizado por níveis elevados de amilase, proteínas e baixo gradiente sérico de albumin no líquido ascítico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Ascite pancreática é uma entidade rara e tanto mais, quando ocorre em um paciente cirrótico. O manejo da ascite cirrótica é diferente quando há PA e os médicos devem estar cientes dessa possibilidade.

**CONTATO AUTOR:** RENATA GIZANI DE MOURA LEITE | reh\_gizani@hotmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102284 – Paracoccidioidomycose, um caso raro de icterícia obstrutiva.

**AUTORES:** Helen Brambila Jorge Pareja (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Fernando Torres Bermudes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda Shono Maehara (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Lorena Lex da Motta (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Pedro Augusto de Assis Goes (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Leonardo Vitor Pereira Dias (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Thiago Lucas (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Eraldo de Azevedo Coelho Junior (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Isabela Reginato Cunha (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Anna Paula Xavier Nória (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Rafaela Parizoto Fabrin (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil), Mila Maria Pontelli de Souza Haury (Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente M. T. M., sexo masculino, 35 anos, procedente de região rural em Presidente Prudente, história de alcoolismo e uso de drogas. Queixa de dor em faixa ao lado direito do abdome superior há 12 dias, início em epigastro e irradiação para hipocôndrio direito, acompanhado de febre e inapetência. Foi submetido a internação com suspeita de tumor de pâncreas e colecistite. A ecografia de abdômen total indicou em região adjacente à topografia da cabeça pancreática, volumosa massa expansiva heterogênea com vascularização. Foi solicitada IRM do abdome superior com colangiorressonância, seu resultado demonstrou presença de múltiplas formações nodulares confluentes em hilo hepático e esplênico. Foi realizada biópsia excisional de linfonodo cervical, em que associado ao perfil imunohistoquímico favorece o diagnóstico de processo inflamatório crônico granulomatoso peri linfonodal, associado a estruturas fúngicas evidenciadas pelo método de Grocott. Quadro histopatológico é sugestivo de paracoccidioidomycose na amostra e ausência de neoplasia. A conduta terapêutica do paciente foi com itraconazol 200 mg/dia, evoluindo bem clinicamente, com alta hospitalar no 14º dia.

**DISCUSSÃO:** No Brasil, a PCM causada por um fungo do gênero *Paracoccidioides* spp., tem como estimativa uma incidência anual em zonas rurais endêmicas de 3-4 novos casos/ 1.000.000 habitante até 1-3 novos casos/ 100.000 habitantes, apresenta duas formas clínicas principais: forma aguda com acometimento generalizado de linfonodos e forma crônica em que 90% dos casos tem comprometimento pulmonar. A hipótese diagnóstica inicial era de neoplasia, visto que a linfonodomegalia generalizada do caso indicativa normalmente de PCM juvenil dificilmente acaba sendo encontrada em adultos acima dos 30 anos de idade, além disso, uma das causas mais comuns de colestase extra-hepática são neoplasias e por isso pode ser diagnóstico.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Quadro atípico pode dificultar a realização do diagnóstico imediato, mostrando a importância de se rastrear os casos de PCM independentemente da faixa etária, principalmente por ser a principal causa de micose sistêmica no Brasil, bem como uma das principais causas de óbito por doenças infecciosas e parasitárias, ressaltando em especial a investigação em populações de zonas rurais endêmicas da doença, visando diminuir o número de óbitos causados por essa patologia.

**CONTATO AUTOR:** RAFAELA PARIZOTO FABRIN | [fabrinrafaela@gmail.com](mailto:fabrinrafaela@gmail.com)



## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102326 – Relato de caso – Pancreatite Autoimune tipo 2

**AUTORES:** José Roberto Ferraz Filho (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Luís Gustavo Zago Nascimento (Universidade Católica de Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Maria Dirlei Ferreira de Souza Begnami (Hospital Sírio-Libanês Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Matheus Cavalcante Franco (Hospital Sírio-Libanês Brasília - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** F.S.R.M., 39a, Feminino, sem comorbidades, apresentou quadro de dor abdominal aguda de forte intensidade em região epigástrica com irradiação para o dorso após refeição copiosa e gordurosa, com náuseas e vômitos, sem febre, de início súbito. No pronto atendimento foi feita investigação com exames laboratoriais que mostraram lipase (98 U/L), amilase (63 U/L) e proteína C reativa (50,83 mg/L) elevadas, tomografia mostrou sinais de pancreatite aguda, vesícula biliar normal sem espessamento de parede. Exames laboratoriais posteriores demonstraram níveis plasmáticos elevados de IgG4 (2.670 mg/L) sugerindo pancreatite autoimune (PAI). Admitida no HSL-DF para realização de ecoendoscopia digestiva alta que mostrou parênquima pancreático difusamente alargado com ecotextura hipoecóica, levemente heterogêneo, com limites bem definidos. Submetida à biópsia pancreática que confirmou pancreatite crônica em atividade com fibrose e inflamação linfoplasmocitária correspondendo à pancreatite autoimune tipo 2. Iniciado tratamento com corticoterapia oral (prednisona 40 mg/dia), com melhora completa dos sintomas.

**DISCUSSÃO:** A pancreatite autoimune é uma patologia rara definida pelo envolvimento de mecanismos autoimunes como hipergamaglobulinemia, elevação dos níveis séricos de IgG, principalmente IgG4, e uma resposta eficaz a terapia com corticosteroides. Existem dois subtipos, com o tipo 1 constituindo uma manifestação pancreática de uma doença sistêmica fibroinflamatória, e o tipo 2 constituindo um distúrbio específico do pâncreas. Dor abdominal intensa e a apresentação sob a forma de pancreatite aguda grave são incomuns na pancreatite auto-imune do tipo 2 mais comumente se apresentando com icterícia indolor em decorrência de obstrução do ducto biliar.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Mesmo com o aumento no número de relatos na literatura médica nos últimos anos, a pancreatite autoimune ainda é uma patologia pouco diagnosticada cuja as reais prevalências e incidências são indeterminadas, sendo necessário suspeita prévia e análise histopatológica para seu diagnóstico.

**CONTATO AUTOR:** JOSE ROBERTO FERRAZ FILHO | jrff500@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102332 – Alterações gastrointestinais em paciente com Situs Inversus Totalis: relato de caso

**AUTORES:** Viviane Lozano Espasandin (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Beatriz Mathias da Silva (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Brenda dos Santos Ribeiro (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Pedro Heydrich Takagi (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Wantuil Junio Schuindt Machado (Universidade do Grande Rio - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** A.C.L., 50 anos, feminina, com queixa de refluxo, epigastralgia e plenitude pós-prandial há 4 anos. Relato também de distensão abdominal e diarreia. Realizou colecistectomia aos 19 anos, a qual complicou 11 anos depois com estenose das vias biliares com correção cirúrgica. Em 2019, ressonância de abdome mostrou dilatação de vias biliares intra-hepáticas, no segmento II e III do fígado, e presença de Situs Inversus Totalis. Gama-GT de 282 U/L e fosfatase alcalina de 160 U/L.

**DISCUSSÃO:** Situs Inversus Totalis(SIT) é a condição na qual todos os órgãos, tanto intratorácicos quanto intra-abdominais, encontram-se em posição espelhada. É uma condição rara, com incidência de 1/8.000 nascidos vivos e que pode ser acompanhada de outras malformações em diferentes sistemas orgânicos. No caso relatado, investiga-se a possibilidade das alterações anatômicas terem gerado as queixas gastrointestinais da paciente, especialmente a DRGE e as alterações nas vias biliares. Essa abordagem encontra respaldo em Chen W. et al (2020), que investigou 155 pacientes com SIT e elaborou uma lista de suas comorbidades, concluindo que, apesar do sistema mais acometido ser o cardiovascular, até 5,2% dos pacientes apresentavam malformações digestivas como atresia biliar e dilatação congênita de vias biliares. A dilatação congênita das vias biliares também é chamada de cisto de colédoco, podendo estar associada à malformação da junção biliopancreática. Em geral, o diagnóstico é feito ainda na infância e atualmente até mesmo intraútero. Quando feito na idade adulta os sintomas já são considerados tardios. É considerado fator de risco para colangiocarcinoma e por isso o diagnóstico precoce é fundamental para o bom acompanhamento do paciente.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O relato elucida o SIT, uma herança genética autossômica recessiva bastante rara na qual os portadores se apresentam com os órgãos do tórax e abdôme em posição reversa em relação à topografia habitual. A maior parte dos portadores são assintomáticos, neste caso a condição foi descoberta de forma incidental pela equipe médica durante investigação de queixas gastrointestinais. Existem estudos que demonstram a correlação entre SIT e alterações no sistema digestivo, podendo o cisto de colédoco ser uma delas. Devido à baixa incidência dessa doença, demonstra-se assim, a importância dessa abordagem e investigação .

**CONTATO AUTOR:** VIVIANE LOZANO ESPASANDIN | vivianelozano@yahoo.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102422 – CISTO DE COLÉDOCO COM DEGENERAÇÃO MALIGNA SIMULTÂNEA A COLEDOCOLITÍASE: RELATO DE CASO

**AUTORES:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), ALLYSSON BRUNO RAPHAEL BRAGA (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), CASSIO CORTEZ DOS SANTOS (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), OLAVO NAPOLEÃO DE ARAUJO JUNIOR (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), PEDRO LUCENA DE AQUINO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), ARTHUR ANTUNES COIMBRA PINHEIRO PACÍFICO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), GUSTAVO NEVES PINTO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), IANA VITORIA ARAUJO MARQUES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), DANIEL KEVIN ALENCAR FORTE FEIJÓ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), GEORGE CAJAZEIRAS SILVEIRA FILHO (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), VITTORIO SANTOS TOMAZ (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), FABIO AUGUSTO XEREZ MOTA (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), BARBARA MATOS DE CARVALHO BORGES (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, 69 anos, com história de astenia e hiporexia por 3 meses, evoluindo com icterícia, colúria, acolia fecal e febre. Chegou a apresentar hipotensão e rebaixamento do sensório, necessitando internação em pronto socorro, onde recebeu medidas gerais de suporte e antibioticoterapia, com consequente melhora do quadro e posteriormente alta sem elucidação etiológica. Foi encaminhada a um serviço de cirurgia do aparelho digestivo, no qual foi avaliada e de notório ao exame físico, a paciente encontrava-se em regular estado geral e levemente ictérica. Durante a investigação ambulatorial, realizou-se Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e ecoendoscopia com biópsia, que evidenciaram coledocolitíase, cisto de colédoco, massa sólida vegetante em via biliar proximal. Marcadores tumorais: CEA: 2,94; Ca 19-9: 20,89; Alfafetoproteína: 92,2. Como medida terapêutica, optou-se por opção cirúrgica por laparotomia com incisão mediana, em que foi realizada ressecção da via biliar extra-hepática com anastomose hepáticojejunal em Y-de-Roux e aposição de dreno de Blake nº 24 em flanco direito. O pós operatório evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 7º dia. À biópsia, constatou-se colangiocarcinoma extrahepático, moderadamente diferenciado.

**DISCUSSÃO:** Cistos de colédoco são uma dilatação cística congênita rara do trato biliar. Apresentam incidência oscilante, comprometendo cerca de um a cada 150 mil nascidos vivos e sendo mais observados em crianças do sexo feminino, além de apresentar manifestação predominantemente antes dos 10 anos de idade. A apresentação costuma ser dor abdominal, sintoma mais comum, podendo ser acompanhada de vômito, febre e icterícia. O diagnóstico geralmente é feito por Ultrassonografia (USG), Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e TC abdominal, e a confirmação da degeneração maligna se dá por avaliação histopatológica. A hepaticojejunostomia em Y-de-Roux consiste na abordagem terapêutica mais recomendada para esses casos, e como complicações pós-operatórias pode-se citar, colangite, pancreatite, insuficiência hepática e obstrução intestinal por bridas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A degeneração maligna de cistos de colédoco é uma condição rara e com sintomatologia inespecífica. Apesar da conduta cirúrgica apresentar bons resultados prognósticos, a incidência de câncer após a cirurgia varia de 0,7% a 6%. Logo, recomenda-se que esses pacientes tenham acompanhamento longitudinal por meio de USG e avaliação de função hepática.

**CONTATO AUTOR:** ENZO STUDART DE LUCENA FEITOSA | enzostudart@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102455 – Pancreatectomia Total por Múltiplos Tumores Neuroendócrinos de Pâncreas em Paciente com Síndrome de Von Hippel Lindau

**AUTORES:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), IGOR RAPHAEL MATIAS VALEJO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIANNA STORACE DE CARVALHO AROUCA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JOÃO OTAVIO VARASCHIN ZENI (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), MARCO AURELIO RAEDER DA COSTA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), CARLOS HUMBERTO GUILMAN TANIZAWA (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), Emanuella Roberta Ina Cirino (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil), JULIO CEZAR UILI COELHO (HC UFPR - CURITIBA - Paraná - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 24 anos, portadora de Síndrome de Von Hippel Lindau e história de adrenalectomia bilateral prévia por feocromocitoma há 15 anos, apresentando-se assintomática e em acompanhamento ambulatorial, realizou TC de controle para rastreamento de neoplasias. No exame em questão, foi visualizado uma massa na margem posterior da cabeça/processo uncinado do pâncreas, suspeita para neoplasia neuroendócrina, medindo 35 x 30 x 51mm, apresentando realce heterogêneo e perda do plano de clivagem com a margem póstero-lateral direita da veia mesentérica superior, com pequena protrusão da lesão para o interior do lúmen deste vaso, consistente com invasão vascular. Outras imagens nodulares com realce arterial e progressivo, suspeitas para neoplasia neuroendócrina do pâncreas, foram visualizadas no colo 9 x 6 mm, no corpo 16 x 10 mm e na cauda, de aspecto confluyente e apresentando contato com a veia esplênica, sem sinais de invasão, além de uma pequena lesão nodular em segmento VII do fígado, medindo cerca de 6 mm, suspeita para neoplasia metastática. Foi prosseguida a investigação com as dosagens hormonais necessárias e classificado como tumor não- funcionante. Em discussão do serviço, foi então optado pela realização de uma pancreatectomia total com esplenectomia e metastasectomia hepática. No intraoperatório, foi verificada a ausência de ascite, carcinomatose peritoneal ou metástases visíveis/palpáveis em fígado, e a presença de massa palpável em topografia de cabeça, corpo e cauda do pâncreas, com presença de invasão focal da veia mesentérica superior – sendo realizada ressecção do segmento acometido seguido de anastomose término-terminal. Realizado USG intraoperatório, não sendo possível identificar a lesão em SVII hepático descrita em RNM de abdome, sendo assim optado por não abordar o fígado neste momento. A paciente recebeu alta hospitalar após o 15º DPO com retorno ambulatorial. O anatomopatológico revelou tumor neuroendócrino bem diferenciado G1, de cabeça, corpo e cauda multifocal - incontáveis lesões microscópicas ao longo de todo o parênquima pancreático com seis lesões macroscopicamente visíveis, margens livres, invasão perineural e angiolinfática presentes e metástase em um linfonodo regional, classificado como pT2(m) pN1 pMx.

**DISCUSSÃO:** Pancreatectomia total é um procedimento cirúrgico de exceção, com indicações restritas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No caso em questão, a cirurgia foi realizada para tratamento de TU neuroendócrino de pâncreas multifocal em paciente com Sd. de Von Hippel Lindau.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE | lari.gomide@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 102469 – AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Fabiana Cabral de Oliveira (Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Lucas Lobo Trigueiro (FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Luana Honorato Gomes (FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Beatryz Rodrigues Alves Batista (FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Laryssa Marques Pereira Crizanto (FAMENE - João Pessoa - Paraíba - Brasil), Fábio Kenedy Almeida Trigueiro (Hospital Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, referindo dor em cólica, de moderada intensidade, no hipocôndrio direito, que piora com a ingestão de alimentos gordurosos, associada a náuseas e vômitos, além de dor restroesternal e pirose. Ademais, relata antecedentes pessoais de herniorrafia inguinal direita e osteoartrite, apresentando, ao exame físico, abdômen dolorido no hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. De início fez-se uma endoscopia digestiva alta, que evidenciou esofagite erosiva leve e gastrite erosiva. Em seguida, realizaram-se duas ultrassonografias de abdômen, que não caracterizaram a vesícula biliar, e uma tomografia de abdômen, que discriminou hepatomegalia às custas do lobo esquerdo (variante anatômica) e vesícula biliar não visualizada. Após isso, a agenesia de vesícula biliar foi ratificada via colangiopressonância magnética. Logo, instituiu-se tratamento clínico para gastrite e doença do refluxo gastroesofágico, com medidas higienodietéticas e inibidor da bomba de próton.

**DISCUSSÃO:** A agenesia de vesícula biliar é uma condição anatômica rara com incidência clínica de aproximadamente 0,09%, sendo mais comum no sexo feminino numa proporção de 3:1. Essa anomalia congênita costuma se manter assintomática na maioria dos casos, sendo apenas identificada durante a autópsia. No entanto, cerca de 50% dos pacientes podem apresentar sintomas sugestivos de cólica biliar, mimetizando uma colecistite aguda ou uma coledocolitíase. O diagnóstico por meio de métodos de imagem usuais, como a ultrassonografia, é um desafio, por esse motivo muitos pacientes acabam sendo submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias. Na suspeita de ausência de vesícula biliar, exames de imagem mais sofisticados e menos invasivos, como a colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) podem ser considerados para realizar diagnóstico, evitando assim procedimentos cirúrgicos desnecessários. As recomendações mais recentes para tratamento da agenesia de vesícula biliar costumam incluir medidas conservadoras como analgesia e uso de relaxantes musculares para alívio da dor.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A agenesia de vesícula biliar é uma entidade rara e com diagnóstico desafiador, podendo se manifestar como um quadro típico de cólica biliar. Por esse motivo, deve-se suspeitar dessa condição clínica incomum quando os testes diagnósticos mais simples forem inconclusivos e não visualizarem a vesícula biliar. Métodos mais rebuscados, como a CPRM podem ser utilizados a fim de evitar cirurgias.

**CONTATO AUTOR:** FABIANA CABRAL DE OLIVEIRA | [fabianacabraloliveira@hotmail.com](mailto:fabianacabraloliveira@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104252 – Cisto de Todani: relato de caso de paciente idosa com conduta expectante

**AUTORES:** Vivian Souza Menegassi (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Carla Zanelatto Neves (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Daniela Estephany Delgado Guevara (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Elisa Cantú Germano Dutra (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Karoline Kuhnen Fonseca (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Jandir Santos Silva (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Livia Machado Scridelli (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Otávio Marcos Silva (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Gabriela Cavalli (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Débora Silva Lazzarin (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil), Sarah Sayuri Tiemi Rodrigues (Hospital Universitário da UFSC - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MRN, 86 anos, encaminhada à Gastroenterologia por dor abdominal em cólica pós prandial, em hipocôndrio direito e epigástrico, intermitente. Associada a pirose diária, estufamento e melhora com eructação. Sem perda ponderal, febre, prurido, icterícia, colúria ou acolia fecal. Hábito intestinal preservado. Hipertensa e asmática. Anemia crônica prévia sem etiologia definida. Durante seguimento, necessitou de internação hospitalar devido hemorragia digestiva alta secundária à úlcera de Cameron, provável causa da anemia ferropriva. Medicada com inibidor de bomba de próton com melhora do quadro. Colecistectomia há 15 anos. Ao exame físico, eutrófica, normotensa, hipocorada +/4+, abdome globoso com cicatriz em hipocôndrio direito, sem dor ou visceromegalias à palpação. Exames laboratoriais com anemia, sem alterações de bioquímica hepática. Realizada ressonância abdominal e colangiopressão com dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas; dois pequenos cálculos localizados no ducto hepático comum de 0,7cm e coto do ducto cístico de 0,6cm não obstrutivos; sugerindo Cisto de Todani IV como diagnóstico diferencial. Em ecoendoscopia, papila duodenal abaulada; dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas; sugerindo Cisto de Todani IV associado a coledocolitíase e projeção polipóide na porção intra-ampolar do colédoco distal. Avaliada pela equipe da cirurgia do aparelho digestivo e optado em conjunto por tratamento conservador visto dor controlada, ausência de alteração clínico-laboratorial compatível com obstrução da via biliar e idade da paciente.

**DISCUSSÃO:** Cistos biliares são dilatações únicas ou múltiplas da árvore biliar sem presença de obstrução aparente. Mais comuns no sexo feminino e 3/4 dos pacientes apresentam diagnóstico na infância, alguns durante o período fetal, sugerindo origem congênita. 1/4 dos pacientes são diagnosticados na idade adulta, apresentando como sintoma mais comum dor abdominal. A classificação de Todani categoriza os cistos em 5 tipos, sendo o tipo I encontrado em 80-90% dos casos. No caso desta paciente, diagnosticou-se cisto tipo IV, dividido em IVa e IVb, que é encontrado em 15 a 35% dos casos. Os cistos biliares são raros e sugere-se ressecção cirúrgica pelos riscos a longo prazo, como infecções e câncer das vias biliares.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha frente ao diagnóstico de cistos biliares. Entretanto, cada caso deve ser avaliado considerando desenvolvimento de complicações e riscos cirúrgicos.

**CONTATO AUTOR:** VIVIAN DE SOUZA MENEGASSI | vimenegassi@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104270 – Volumoso Pseudocisto Pancreático

**AUTORES:** Larissa Franco Motta de Souza (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcia Beiral Hammerle (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Flávia Lutz Neves (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Marcio De Carvalho Costa (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Cesar Augusto Da Fonseca Lima Amorim (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Homero Soares Fogaça (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Huang Ling Fang (HUCFF/UFRJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente 41 anos, masculino, histórico de pancreatite aguda biliar em 2019, evoluiu ao longo de um ano com aumento progressivo do volume abdominal e perda ponderal de 15 Kg, observada nos últimos 8 meses da admissão hospitalar, em outubro de 2020. Ao exame físico encontrava-se emagrecido, com volumosa massa abdominal, indolor, de consistência endurecida. A endoscopia digestiva alta evidenciou compressão extrínseca do corpo gástrico e a tomografia de abdome demonstrou formação expansiva centrada no retroperitônio peripancreático, medindo 20,3x21,5x14,2cm, de conteúdo heterogêneo, sugestiva de pseudocisto, causando deslocamento e compressão extrínseca do estômago, e deslocando o baço, aorta à direita, veia cava inferior, mesentérica superior e veia porta, além de acentuado afinamento da veia e artéria renais esquerdas, gerando ectasia da veia gonadal e varicocele. Realizada a drenagem transgástrica do pseudocisto sem ecoendoscopia, com aplicação de duas próteses do tipo duplo pigtail. Houve drenagem imediata de grande quantidade de líquido turvo e redução do volume abdominal. Controle endoscópico e tomográfico em 24 horas demonstrou próteses adequadamente posicionadas, drenagem espontânea de líquido e redução da extensão da lesão (15X15X6cm). No seguimento apresentou febre e piora do leucograma, controlado com antibioticoterapia por 14 dias, com resolução de possível quadro infeccioso.

**DISCUSSÃO:** Pseudocisto pancreático é uma coleção fluida encapsulada circundada por uma parede não epitelizada, localizada no tecido pancreático. Geralmente surge como consequência de pancreatite ou trauma pancreático. São as lesões císticas pancreáticas mais comuns. Pelo tamanho, são classificados como pequenos (< 2cm), médios (2-6cm), grandes (> 6cm) ou gigantes (>10 cm). Em relação aos pseudocistos gigantes, que são os menos comuns, manifestam-se clinicamente com dor e aumento do volume abdominal, perda ponderal, saciedade precoce, náuseas, icterícia e febre, ou podem ainda ser assintomáticos. As complicações descritas são ruptura, infecção, sangramento, obstrução da saída gástrica ou duodenal, estenose ducto biliar comum, obstrução ureteral, compressão de grandes vasos, ascite ou ruptura esplênica. O tratamento nos casos sintomáticos pode ser realizado por via endoscópica, percutânea ou cirúrgica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Trata-se de um caso de complicação comum de pancreatite com apresentação incomum devido à sua grande dimensão. O tratamento endoscópico é uma opção atraente por ser simples, pouco invasiva e com excelentes resultados.

**CONTATO AUTOR:** LARISSA FRANCO MOTTA DE SOUZA | [larissa.franco1@gmail.com](mailto:larissa.franco1@gmail.com)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104288 – Pancreatite crônica complicada com ascite pancreática

**AUTORES:** Rebeca Silva Moreira da Fraga (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Caio Guimarães Araújo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Larissa Gonçalves Henriques (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Arthur Gonzalez Brioschi (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Amanda Carréra de Moreno (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernanda Costa Azevedo (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Layni Storch (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofêgo Gonçalves (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria da Penha Zago Gomes (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Masculino, 54 anos, tabagista, etilista e com internações prévias por dor abdominal recorrente, sendo identificada lesão em cabeça de pâncreas, realizado biópsia cirúrgica. Apresentou trauma abdominal, com dor abdominal alta, irradiação para dorso e aumento do volume abdominal. Ao internar no Hospital Universitário: emagrecido, hipocorado, desidratado, dor abdominal difusa e ascite. Exames com aumento de provas inflamatórias e amilase: 1278 U/l. Paracentese revelou ascite com amilase: 14403 U/l, configurando ascite pancreática. TC de abdome confirmou pancreatite crônica, áreas de inflamação aguda e volumosa ascite. Colangiressonância mostrou ruptura do ducto em topografia de cabeça pancreática, com presença de fístula pancreática. Iniciou dieta oligomérica por sonda nasoentérica (SNE). Manteve ascite de alto débito. Decidido realizar CPRE com posicionamento de prótese em ducto pancreático. Evoluiu com resolução da ascite. Retirada a SNE, com manutenção da dieta oligomérica por via oral durante 15 dias e, após, associada dieta hipolipídica de forma gradual. Recebeu alta com orientações nutricionais e retorno ambulatorial precoce, com programação de exame de imagem de controle e retirada da prótese de ducto pancreático.

**DISCUSSÃO:** Pancreatite crônica é causada por inflamação progressiva, destruição do parênquima e formação de fibrose. O diagnóstico precoce é desafiador. Alcoolismo é a causa mais comum, com maior risco quando associado ao tabagismo. As principais manifestações são dor abdominal, emagrecimento, esteatorréia, diabetes e, menos comumente, pseudocistos e derrames cavitários. Apenas menos de 1% cursam com ascite por ruptura de cistos ou fístula pancreática. O diagnóstico é feito através da análise do líquido ascítico com amilase 3x o valor normal. O manejo inicial de fístula pancreática é conservador, com suporte nutricional, dieta oligomérica via sonda e correção de fluidos e eletrólitos. Em casos refratários pode-se lançar mão de passagem de prótese pancreática via CPRE ou cirurgia.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A ascite pancreática é uma complicação incomum, que indica gravidade na pancreatite crônica, e possui alta morbidade e mortalidade. O diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para evitar desfechos desfavoráveis.

**CONTATO AUTOR:** REBECA SILVA MOREIRA DA FRAGA | rebecasmfraga@hotmail.com



## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104307 – Pancreas divisum: o lado oculto da pancreatite aguda

**AUTORES:** Bruna Cerbino de Souza (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), José Galvão-Alves (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MJT, feminina, 63 anos, hipertensa, com dor intensa no andar superior do abdome, associada à elevação de enzimas pancreáticas, foi internada. Submetida à TC de abdome, que revelou a presença de área hipodensa, sugestiva de hipoperfusão no colo e corpo do pâncreas, comprometendo 30% do parênquima, além de coleções necróticas agudas peripancreáticas. Prosseguiu-se a investigação com colangioRM de abdome, a qual destacou a área de hipoperfusão marcante, acompanhada de edema e coleção no espaço pararrenal anterior a E. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta após 14 dias, porém sem etiologia da PA e queixando-se de dor pós-prandial e náuseas. No seguimento ambulatorial, realizou USE, cujos achados foram: microlitíase biliar; área de pancreatite focal, com degeneração necrótica no colo do pâncreas; sinais ecoendoscópicos sugestivos de Pancreas divisum. Optado pela colecistectomia, sem intercorrências. Após 5 meses, paciente nos é encaminhada com queixas ainda mantidas de dor pós-prandial, anorexia e perda ponderal de 5kg. Trazia consigo colangioRM recente, que identificou a presença de lesão cística em corpo pancreático e dilatação e tortuosidade do ducto de Wirsung, bem como de ductos secundários, sugerindo pancreatopatia obstrutiva. Através de nova USE, o cisto foi puncionado, e a análise do líquido revelou tratar-se de um pseudocisto (amilase 44.500, CEA 4.2). Seu conteúdo foi refeito, sendo então proposta abordagem cirúrgica - cistoenteroanastomose, com sucesso. Paciente segue assintomática e obteve ganho ponderal.

**DISCUSSÃO:** A determinação da etiologia de um quadro de pancreatite aguda é essencial para seu adequado manejo e prevenção da recorrência, porém nem sempre sua causa consegue ser prontamente identificada, como é o caso do Pancreas divisum, cuja visualização no contexto de PA é dificultada pela presença de edema significativo e sistema ductal pouco dilatado. Admite-se que 10 a 25% das PAs sejam idiopáticas e que, destas, cerca de 70% sejam provocadas por microlitíase. No entanto, algumas vezes, condições predisponentes se sobrepõem, de modo que a real origem do insulto pancreático seja dubitável.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Neste caso, o fato da inflamação poupar a porção cefálica/processo uncinado do pâncreas, estando a doença restrita ao corpo e à cauda, nos sugere que a etiologia mais provável é realmente a obstrução relativa ao fluxo através da papila menor. Todavia, a indicação de colecistectomia é inequívoca, haja vista a presença de microlitíase concomitante.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA CERBINO DE SOUZA | brunacerbino@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104314 – Pancreatite imune induzida por nivolumab – um raro efeito adverso dos inibidores do checkpoint imunológico

**AUTORES:** Bruna Cerbino de Souza (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Mariana Vargas Gil (Oncoclínicas - RJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Roberto de Almeida Gil (Oncoclínicas - RJ - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Simone Guaraldi da Silva (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), José Galvão-Alves (Hospital Pró-Cardíaco - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** MJAT, feminina, 69 anos, hipertensa e diabética, sem doença pancreática prévia. Adenocarcinoma pulmonar diagnosticado em 2017, submetida à QT + RT e, desde 2019, encontra-se sob imunoterapia com nivolumab, 240mg a cada 2 semanas. No entanto, há 2 ciclos, foi proposta alteração posológica da droga, que passou a ser única mensal, totalizando 480mg. Cerca de 14 dias após, a paciente apresentou dor abdominal epigástrica, persistente, de forte intensidade, associada a náuseas, que a levou a procurar atendimento. À admissão, encontrava-se ansiosa e desidratada. Sinais vitais estáveis. Recebeu hidratação venosa e sintomáticos. Laboratório inicial revelou elevação de enzimas pancreáticas e PCR.

Prosseguiu-se a investigação com RM, a qual mostrou a presença de lesão expansiva sólida, causando aumento de corpo e cauda, medindo 7.5 x 3.6 cm, com infiltração da gordura adjacente. Havia ainda 2 nódulos na porção cefálica e processo uncinado, contíguos, com características de sinal e realce pós-contraste semelhantes aos da lesão de corpo pancreático. Solicitados marcadores sorológicos, sendo o FAN reagente, título 1/160 e padrão nuclear pontilhado e IgG4 discretamente aumentada. Procedeu-se à USE, cuja conclusão microscópica foi de pancreatite crônica com rico infiltrado linfoplasmocitário, secundária à imunoterapia. Iniciada prednisona 40mg/dia, a qual foi mantida durante 4 semanas, com boa resposta.

**DISCUSSÃO:** Inibidores de checkpoint constituem uma modalidade de tratamento de 2ª linha para o câncer de pulmão. Seu emprego na prática diária possibilitou resultados oncológicos superiores às opções terapêuticas até então disponíveis, entretanto, podem induzir diversos tipos de eventos adversos imunomediados, sendo um destes a pancreatite. Nós consideramos que a supressão da regulação imune pela droga vinha afetando o pâncreas a longo prazo, porém sem provocar sintomatologia clínica. No momento do ajuste posológico, houve agudização do dano subjacente, evidenciada pelo quadro clássico de PA.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A pancreatite imune induzida pode exibir achados semelhantes à verdadeira PAI, com aumento difuso do pâncreas ou, como no caso descrito, apresentar-se com envolvimento focal, o qual requer a exclusão de processo neoplásico. Assim, a análise histológica se faz necessária, e a USE com biópsia constitui ferramenta essencial para a elucidação diagnóstica. A resposta dramática à corticoterapia é característica da PAI, vista também em sua forma induzida.

**CONTATO AUTOR:** BRUNA CERBINO DE SOUZA | brunacerbino@yahoo.com.br

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104344 – RAIOS X DE ABDOME NO DIAGNÓSTICO DA PANCREATITE AGUDA CAUSADA POR COLEDOCOLITÍASE NO PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE CASO

**AUTORES:** Ana Laura Nacari Duzi (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Gabriela Soletti Facciolo (Homemical Atenção Domiciliar - Home Care - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Grasiela Soletti Facciolo (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil), Vinicius Magalhães Rodrigues Silva (Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** ROS, 37 anos, iniciou dor abdominal difusa, em cólica, de forte intensidade há 1 dia. Negava náuseas, vômitos e febre, bem como, comorbidades, uso de medicação contínua e alergias. Ao exame, anictérica, com abdome plano, flácido, indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Foi submetida à triagem laboratorial: amilase 494,0 U/L, bilirrubina direta 0,37 mg/dL, TGP 183,0 U/L, TGO 179,0 U/L, Hb 12,1 g/dL Leucócitos totais 7840/mm<sup>3</sup> (0% bastões e 72% segmentados). Na impossibilidade de realizar ultrassom no local de atendimento, foi submetida ao raio-x (RX) de abdome simples que revelou imagens radiopacas evidentes em toda a topografia da via biliar extra-hepática. Foi medicada com antiespasmódico, analgésico e encaminhada para tratamento definitivo em hospital terciário.

**DISCUSSÃO:** A pancreatite aguda (PA) tem como sua principal causa a coledocolitíase. Esta, ocorre em 8-20% dos pacientes com colelitíase. No diagnóstico dessa etiologia de PA, a associação entre critérios clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos apresenta sensibilidade de 96-98%. A ausência desses critérios leva a menos de 2% de chance de diagnóstico. A ultrassonografia tem boa acurácia (até 50%), mas com baixo valor preditivo positivo. A tomografia sem contraste tem discreto aumento na sensibilidade. A colangioressonância (CRM) e colangiopacreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) apresentam alta sensibilidade e especificidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A PA tem como sua principal etiologia a coledocolitíase. Esta tem seu diagnóstico específico através da CRM e CPRE. A literatura não cita o RX como rotina diagnóstica. Contudo, os cálculos de pigmento, em contraste com os de colesterol, costumam ser radiopacos e podem ser observados, como no caso apresentado, de forma exuberante.

**CONTATO AUTOR:** VINICIUS MAGALHAES RODRIGUES SILVA | [vinicius\\_mrs@hotmail.com](mailto:vinicius_mrs@hotmail.com)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104349 – Coledocolitíase gigante: uma abordagem desafiadora

**AUTORES:** Henrique Garbellotto Brites (Universidade do Sul de Santa Catarina - CAPIVARI DE BAIXO - Santa Catarina - Brasil), Henrique Guimarães Aires e Silva (Universidade do Sul de Santa Catarina - IMBITUBA - Santa Catarina - Brasil), Caroline Linhares Wiggers (Universidade do Sul de Santa Catarina - TUBARÃO - Santa Catarina - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente F.F, 38 anos, masculino, sem morbidades prévias apresentou-se na emergência com quadro de dor em hipocôndrio direito, de moderada intensidade, tipo cólica, com irradiação para dorso e com Sinal de Murphy presente. Diagnosticado com colecistite litiásica, foi submetido à videocolecistectomia. Após 11 anos o paciente apresentou novo episódio de dor abdominal, cuja colangiorressonância magnética (CRMN) constatou colédoco dilatado com cálculo de 1,2 cm no seu interior, dilatação das vias biliares e cálculos intra-hepáticos. Foi submetido à CPRE com retirada dos cálculos do hepatocolédoco. Aproximadamente três anos depois o paciente iniciou outra vez com sintomas abdominais e a CRMN detectou cálculo no hepatocolédoco medindo 2,3 x 1,8 cm nos seus maiores diâmetros com dilatação da árvore biliar à montante. Realizada dilatação da anastomose coledocoduodenal e exploração da via biliar, com retiradas de múltiplos cálculos.

No ano de 2019, aos 56 anos de idade, apresentou dor abdominal intensa, vômitos, febre por uma semana associada a icterícia (+/4+). Nos exames laboratoriais iniciais foram notáveis os resultados de bilirrubinas (Total: 8.17 mg/dL, Direta: 5.33 mg/DL) e fosfatase 164 U/L. A CRMN revelou um cálculo gigante medindo 48,0 mm x 16,2 mm x 18,2 mm no hepatocolédoco com dilatação da via biliar à montante e sinais de anastomose biliodigestiva estenosada. Prosseguiu-se, então, com a extração cirúrgica por coledocotomia, finalizando com uma nova anastomose coledocojejunal em Y de Roux término lateral.

**DISCUSSÃO:** Os cálculos primários do ducto colédoco são habitualmente cálculos pigmentares marrons que se manifestam em pacientes com colestase decorrente de infecções biliares, estenose ou tumores das vias biliares e anomalias anatômicas. Os cálculos do colédoco podem ser assintomáticos durante anos e serem eliminados pelo trato gastrointestinal. A prevalência de sintomas em pacientes com coledocolitíase situa-se em torno de 10 a 20% e os principais quadros clínicos da coledocolitíase são caracterizados por dor em hipocôndrio direito, icterícia, colúria e acolia fecal. O tratamento cirúrgico da coledocolitíase tem grande validação em casos de cálculos gigantes como foi descrito no presente relato.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A coledocolitíase é uma condição que gera alta morbimortalidade e deve ser abordada precocemente para evitar maiores repercussões. Entretanto, os cálculos gigantes de colédoco são um desafio para a terapêutica definitiva e podem recidivar, o que exige novas abordagens.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINE LINHARES WIGGERS | caroline-linhares@hotmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104415 – PANCREATITE AGUDA GRAVE COM CURSO FATAL EM PACIENTE JOVEM

**AUTORES:** Kellen Christine Brites Gonçalves (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Layni Storch (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Maria da Penha Zago Gomes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Julienne Dadalto dos Santos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Gustavo Santos Porfiro (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Luciana Lofêgo Gonçalves (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Carla Almeida Rodolfo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Fernanda Costa Azevedo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil), Camila Carlini (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - Vitória - Espírito Santo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Feminina, 21 anos, obesa, em 19/12/2020 apresentou dor abdominal forte, irradiando para dorso, com vômitos e febre. Amilase:1406 U/l, Hematócrito: 44%, PCR: 55 mg/L, ultrassom com litíase biliar. Iniciado antibiótico e mantido dieta com piora do quadro. Transferida para hospital universitário, permanecendo com taquicardia, febre e PCR elevada. A ressonância magnética mostrou necrose pancreática e ascite. Foi, então, prescrito a dieta enteral oligomérica e passagem de endoprótese pancreática, sem melhora clínica. A tomografia evidenciou coleção necrótica e punção-drenagem ecoendoscópica, identificou *Candida non albicans* e *Klebsiella pneumoniae* resistente à carbapenênicos. Ainda sem melhora dos sintomas, optou-se por abordagem cirúrgica com drenagem de 3800 mL de secreção purulenta. Após a lavagem da cavidade com soro fisiológico a paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, acidose láctica grave e parada cardiorrespiratória, evoluindo a óbito.

**DISCUSSÃO:** Pancreatite aguda em 85% das vezes é uma doença de apresentação benigna, porém pode ser grave. O caso exemplifica evolução complexa e desfavorável em paciente jovem, sem múltiplas comorbidades. A pancreatite é uma condição inflamatória do pâncreas que pode complicar com liberação maciça de citocinas e comprometimento sistêmico. No Brasil, existe um número grande de casos, mas a verdadeira prevalência não é conhecida. A abordagem inicial com a classificação de gravidade da pancreatite é fundamental para definir conduta e evolução do quadro. No presente relato, a paciente permaneceu em sala de emergência, com dieta inadequada e antibioticoterapia precoce, condutas hoje já não mais apropriadas. Fatores que, somados, contribuíram para o desfecho com múltiplas complicações. A conduta indicada neste caso é o manejo em Unidade de Terapia Intensiva para melhor acompanhamento, realização de ressuscitação volêmica e dieta oligomérica. Apesar da semelhança com a sepse, a realização de antibioticoterapia foi inapropriada, favorecendo quadros de infecções resistentes e de difícil tratamento, mesmo em jovens, como apresentado.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O reconhecimento precoce das formas de abdome agudo inflamatório é de fundamental importância. Sendo responsável por otimizar o tratamento, manejo e acompanhamento do paciente durante a internação e mitigando evoluções desfavoráveis.

**CONTATO AUTOR:** KELLEN CHRISTINE BRITES GONÇALVES | [kellencbg1@gmail.com](mailto:kellencbg1@gmail.com)

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104477 – PANCREATITE DE SULCO - RELATO DE CASO

**AUTORES:** MARCOS ALEXANDRE SOUZA (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), FRANCISCO RIBEIRO CARVALHO NETO (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMER - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), GUILHERME BEOLCHI (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMER - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil), JOSE FRANCISCO GANDOLFI (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMER - SÃO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** JB, masculino, 59 anos, com história de dor no andar superior do abdome com irradiação para o dorso há 2 semanas, associada a icterícia e colúria. Ex tabagista e etilista há 40 anos (Ingestão diária de 2 garrafas de cerveja e 3 doses de aguardente). Ao exame apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, eupneico, ictérico 3+/4+ e afebril. Abdome globoso, com RHA+, levemente distendido, doloroso à palpação profunda no andar superior, sem visceromegalias e massas palpáveis. Aparelhos cardiovascular e respiratório dentro da normalidade. Apresentava hiperbilirrubinemia, (BD:17,7 /BI:15,6), alterações das enzimas canaliculares (GGT 4321 / FA 740) e lipase de 196, na admissão hospitalar. US de abdome evidenciava pâncreas de dimensões aumentadas, com pequena quantidade de líquido peripancreático, com dilatação do ducto pancreático principal. TC de abdome mostrando formação tecidual de limites imprecisos na cabeça do pâncreas, além de imagem nodular na cauda e linfonodos aumentados peripancreáticos e portocavais. Solicitada ecoendoscopia, na qual foram vistos achados compatíveis com pancreatite de sulco. O paciente permaneceu internado até a melhora dos sintomas, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. Atualmente, assintomático com nova ecoendoscopia mostrando imagens sugestivas de processo inflamatório pancreático recente

**DISCUSSÃO:** A pancreatite de sulco (PS), foi descrita pela primeira vez há quase 40 anos, porém ainda é pouco conhecida, principalmente em razão dos poucos casos relatados. Anatomicamente localiza-se entre a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco, região sede de neoplasias de difícil tratamento, dentre elas o adenocarcinoma de cabeça do pâncreas, que tem sintomas semelhantes à PS, principalmente na forma segmentar da doença, que além do sulco pancreático acomete também a porção cefálica do pâncreas, promovendo hiperbilirrubinemia e dilatação das vias biliares. Já a forma pura é restrita ao sulco pancreático e não costuma causar tais sintomas. Dessa forma é importante realizar o diagnóstico correto, que nem sempre é fácil. Todavia, com a evolução dos exames de imagem houve uma melhora para o diagnóstico dessa doença, evitando intervenções cirúrgicas desnecessárias

**COMENTÁRIOS FINAIS:** No presente relato, descrevemos um caso no qual a propedêutica adequada foi de suma importância para o desfecho, além de contribuir para o conhecimento dessa rara doença.

**CONTATO AUTOR:** MARCOS ALEXANDRE DE SOUZA | souzama@gmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104489 – Pancreas Divisum

**AUTORES:** Sophie Portela (Prevent Senior - são paulo - São Paulo - Brasil), Yussef Lasmar (Prevent Senior - São Paulo - São Paulo - Brasil), Javé Valdviño (Prevent Senior - São Paulo - São Paulo - Brasil), Joao Vitor Honorato (Prevent Senior - São Paulo - São Paulo - Brasil), Meyrienne Barbosa (Prevent Senior - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Vinicio Gil (Prevent Senior - são paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Raymundo Maiorano (Prevent Senior - são paulo - São Paulo - Brasil), Diego Garcia (Prevent Senior - são paulo - São Paulo - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** TMCRS, feminina, 70 anos, com diagnóstico de pancreatite aguda recorrente, já no seu 4 episódio, apresentou na tomografia pequena área hipoatenuante na margem inferior do corpo pancreático medindo cerca de 1,6 x 1,5 cm. Submetida a ecoendoscopia para esclarecimento diagnóstico que evidenciou pâncreas divisum. Segue em acompanhamento ambulatorial desde então há 2 anos sem novos episódios de pancreatite aguda.

**DISCUSSÃO:** Pancreas divisum é uma má formação congênita que ocorre na sétima semana de vida embriológica em decorrência da falha na fusão dos sistemas ductais pancreáticos. De modo que o ducto de Santorini ocupa a função de ducto principal em detrimento do de Wirsung, sendo portanto 10% do conteúdo pancreático drenado pela papila maior e 90% pela papila menor.

Raramente pacientes com pâncreas divisum possuem sintomas, pela dilatação do ducto dorsal (Santorini). Caso não haja, ocorre um aumento de pressão intraductal, culminando em dor abdominal crônica (em 60% dos casos) e até pancreatite idiopática (30%). Existem 3 tipos: 1 (clássico) - falha completa na fusão do ducto de Wirsung e Santorini, podendo o ducto principal drenar para o Santorini ou Wirsung; 2 - ausência de ducto de Wirsung; 3 - conexão parcial entre os ductos.

Outras doenças associam-se dessa condição, como pseudocisto, necrose, insuficiência exócrina ou endócrina, desarranjos metabólicos, pâncreas anular (30-38% dos casos). Em 12,5% existe a associação entre tumor pancreático e Pâncreas Divisum, principalmente se tem dor abdominal associada a aumento de enzimas pancreáticas.

O diagnóstico é incidental, em 95% dos casos pelos exames endoscópicos, e achados em cerca de 6-10% das autópsias. Clinicamente, torna-se relevante como possível diagnóstico etiológico de Pancreatite aguda recorrente e crônica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** O Pâncreas divisum é uma alteração anatômica de relevância, mesmo com sua incidência rara, visto que pode ser etiologia possível para diversas entidades clínicas, inclusive alguma graves. A CPRE é o padrão ouro para o diagnóstico, podendo ser inclusive terapêutica, no entanto, a Colangiressonância possui sensibilidade 50-70% e a ecoeda 87-95%. O tratamento se faz necessário nos sintomáticos, a depender da frequência, intensidade dos sintomas e complicações associadas. As opções terapêuticas envolvem abordagem endoscópica ou cirúrgica, sendo a última reservada aos pacientes com falha na cateterização da papila menor, endoterapia ou outra alteração anatômica.

**CONTATO AUTOR:** SOPHIE PORTELA LIPP | sophie.lipp@hotmail.com

## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104505 – QUILOMICRONEMIA FAMILIAR POR DEFICIÊNCIA DO FATOR DE MATURAÇÃO DE LIPASE 1 – LMF1 LEVANDO A UM QUADRO DE PANCREATITE CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Isabelle Pina Araújo (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Nathália Carvalho Fernandes (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Fanny Gonçalves Morais Leite (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Karinne Soares Isaac (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Thalita Costa Margarida (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Maira Costa Cabral (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), José Cristiano Ferreira Resplande (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Daniela Medeiros Milhomem Cardoso (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil), Américo Oliveira Silvério (Hospital Geral de Goiânia - Goiânia - Goiás - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente feminina, branca, 39 anos, admitida com quadro de dor abdominal intermitente, em faixa, na região epigástrica e hipocôndrios, iniciada há 2 meses, com piora da intensidade nos últimos dias. Associada a náuseas e vômitos. Paciente em acompanhamento há 14 anos por dislipidemia mista. Há 1 ano houve piora da dislipidemia, com triglicérides (TG) de 9420 mg/dl, não sendo possível medir demais frações de lipidograma. Realizado genotipagem e encontrada deficiência do fator de maturação de lipase 1 (mutações do gene LMF1 Bi-alélico). Nesta ocasião foi iniciada ampliada a terapia hipolipemiantes. Exames da admissão apresentava TG de 1100 mg/dl, colesterol total (CT): 694 mg/dl, não sendo possível medir demais frações, amilase de 58 U/l e lipase de 19 U/l. Tomografia de abdome (TCA) com calcificações grosseiras no parênquima pancreático, comprometendo a cabeça e o corpo, associada a dilatação do duto pancreático principal. Ante ao diagnóstico de pancreatite crônica foi iniciada a suplementação de pancreatina 25.000 UI via oral após o almoço e o jantar, com melhora significativa da dor abdominal. Segue em acompanhamento ambulatorial com equipe de gastroenterologia, mantendo-se assintomática em uso de pancreatina, e com a equipe de endocrinologia, devido dislipidemia e diabetes mellitus secundária insuficiência pancreática. A última TCA realizada 8 meses após, mantendo calcificações pancreáticas. Exames recentes com TG de 747 mg/dl, CT 245mg/dl.

**DISCUSSÃO:** A hipertrigliceridemia grave (HG) (TG acima de 885 mg/dl) tem como etiologia, distúrbios genéticos bem esclarecidos, podendo ter origem poligênica ou monogênica bem definida, como mutações do gene LMF1, a maioria dos casos estão associados com uma deficiência da lipoproteína lipase ou do seu cofator, apolipoproteína. Níveis de TG acima de 1000 mg/dl estão associados a casos de pancreatite aguda, e, em episódios subsequentes níveis acima de 500 mg/dl já podem desencadear a doença. Isso ocorre devido a lipotoxicidade provocada pela quebra dos TGs em ácidos graxos tóxicos pelas lipases pancreáticas.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Relatamos a história de uma paciente com pancreatite crônica secundária a um raro caso de dislipidemia secundária a deficiência do fator de maturação de lipase 1 (mutações do gene LMF1 bi-alélico). Ressaltamos que pacientes apresentando quadros recorrentes de pancreatite aguda associados a uma HG devemos considerar a possibilidade de dislipidemias genéticas familiares.

**CONTATO AUTOR:** AMÉRICO DE OLIVEIRA SILVÉRIO | [americossilverio@hotmail.com](mailto:americossilverio@hotmail.com)



## Gastroenterologia - Pâncreas e Vias Biliares

### 1104507 – PANCREATITE AGUDA MEDICAMENTOSA POR USO DE LIRAGLUTIDA: UM RELATO DE CASO

**AUTORES:** Thiago de Souza Sampaio (Universidade Federal Do Estado do Rio de Janeiro - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Marcelo Ausanderer Pires (Universidade Federal Do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Rolfer Seabra de Barros (Faculdade de Valença - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 23 anos, branca, compareceu à emergência médica com queixa de náuseas, vômitos e dor em abdômen superior.

A mesma vinha em tratamento para o obesidade grau I com índice de massa corporal (IMC) prévio de 32,17 Kg/m<sup>2</sup>. Estava em uso de topiramato 100mg/dia, fluoxetina 20mg/dia, bupropiona 150mg/dia nos últimos 12 meses e assintomática, quando foi introduzido liraglutida em dose de 1,2mg/dia via subcutânea há 7 dias do início dos sintomas.

Negou o consumo de bebidas alcoólicas, traumatismo abdominal, cirurgias ou procedimentos biliopancreáticos, quadros pregressos de pancreatite ou de litíases, neoplasias, doenças infecciosas ou autoimune. Não soube relatar sobre história familiar por ter sido adotada e desconhecer familiares.

Os exames laboratoriais em 11/12/2020 mostravam: amilase: 188 U/L (valor de referência: 25-125 U/L), lipase: 584 U/L (valor de referência: 12-53 U/L) com demais resultados normais.

O exame de tomografia computadorizada com contraste da mesma data apresentava: "Discreto borramento da gordura e linfonodo proeminente adjacentes cabeça pancreática, podendo representar processo inflamatório e/ou infeccioso. Pequena quantidade de líquido na goteira pericólica bilateral. Ausência de imagens sugestivas de cálculos ou dilatação de vias biliopancreáticas"

**DISCUSSÃO:** A liraglutida é um análogo de peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP1); é uma incretina liberada na circulação sanguínea em resposta a ingestão de nutrientes. O fármaco vem sendo utilizado para tratamento de diabetes mellitus tipo 2 e, mais recentemente, aprovado para uso na obesidade.

As causas bem conhecidas da pancreatite aguda (PA) são: obstrução ducal pancreática secundária a cálculos biliares, metabólicas (aumento de triglicerídeos ou cálcio), neoplásicas, autoimunes, alcoólica, pós-colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), infecções, causas genéticas, traumatismo, medicações e idiopática.

No caso relatado, a relação temporal do início da medicação e o aparecimento dos sintomas, bem como a suspensão da droga e a resolução dos sintomas com normalização laboratorial, suportam a hipótese da causa medicamentosa por uso de liraglutida; além do fato de terem sido excluídas outras etiologias conforme a descrição do caso.

A posterior reintrodução da fluoxetina e bupropiona sem complicações reforça ainda mais a hipótese de PA por liraglutida, e o questionário de Naranjo retifica tal probabilidade.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** A paciente manteve-se assintomática no seguimento.

**CONTATO AUTOR:** THIAGO DE SOUZA SAMPAIO | drthiagosampaio@gmail.com

# VÍDEOS

## Cirurgia - Miscelânea

### 102035 – Fistula pilonodal crônica recidivada . Tratamento com técnica fechada e avanço de retalho – Bascom

**AUTORES:** EMANUELLA C M CRUZ (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), MARINA M REGADAS (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), CAROLINA M REGADAS (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), GABRIELA P P MARQUES (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), MARIANA M M DA CRUZ (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), CAMILA B R DA PENHA (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZ - Ceará - Brasil), DAVID G FERREIRA (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), LARISSA C PINHEIRO (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), JOSÉ J MENDONÇA FILHO (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil), STHELA MURAD-REGADAS (HOSPITAL SÃO CARLOS - FORTALEZA - Ceará - Brasil)

**RESUMO:** O tratamento cirúrgico é o padrão na doença pilonidal crônica e consiste em: excisão aberta com cicatrização secundária de ferida(incluindo marsupialização) ou excisão com fechamento primário(linha média ou fora da linha média) com ou sem utilização de retalho. Os princípios visam cicatrização completa em menor tempo e prevenção da recorrência. Fatores técnicos associados, como: ressecção dos orifícios; redução na profundidade da fenda glútea; sutura sem tensão e fora da linha média contribui para sucesso do tratamento. Dentre as técnicas, destaca-se a desenvolvida por Bascom, consiste na excisão com ressecção dos orifícios, fechamento primário fora da linha media com rotação de retalho. A pele intacta forma uma linha média mais superficial.

Relato: Paciente, masculino, 29 anos, com histórico de dor e abscesso em região sacral, teve início em 2017. Diagnosticado com doença pilonidal infectada e realizado tratamento com incisão local e drenagem de abscesso, além de cicatrização por segunda intenção. Evoluiu com recidiva local em 2021, sendo optado para tratamento utilizando técnica proposta por Bascom. Técnica: Presença de três orifícios, sendo um deles muito próximo do orifício anal. Realizada incisão elíptica ao lado da linha média, no lado direito, associado a confecção incisão em arco na porção inferior, com curvatura para ânus no mesmo lado (lado esquerdo) da pele de maior comprometimento, segue-se o outro lado da incisão elíptica. O segundo lado da incisão elíptica é realizado no local da pele do lado da fenda comprometido com a doença. Injeta-se solução de adrenalina ao longo da incisão. O retalho de pele é levantado com proposta a uma espessura de aproximadamente um cm, sem tensão e mantendo a vascularização. Segue-se a ressecção da pele, tecido subcutâneo, enquanto remove os trajetos, orifícios, cabelos e detritos associado a curetagem e incisões nas linhas de força. Realização da sutura da gordura subcutânea em um ou dois planos com drenagem adequada e fechamento da pele com pontos intradermico separados. A fenda glútea encontra-se mais superficial. Apresentou deiscência da sutura de dois cm na porção inferior da ferida no 14° dia de PO . Evoluiu com cicatrização completa após 28° dia PO

Conclusão: A técnica Bascom com fechamento primário e avanço de retalho para tratamento da fistula pilonidal apresentou menor tempo de cicatrização e retorno mais rápido as atividades.

**CONTATO AUTOR:** EMANUELLA CASTRO MURAD DA CRUZ | emanuellamurad@gmail.com

**102116 – Tratamento dos distúrbios do assoalho pélvico utilizando neuromodulação sacral**

**AUTORES:** Carolina Murad Regadas (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marina Murad Regadas (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Larissa Moreira Camara Fernandes (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Amanda Souza Moreira (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Emanuella Castro Murad Da Cruz (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Lara Burlamaqui Veras (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Adjra Da Silva Vilarinho (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sthela Maria Murad-Regadas (Hospital São Carlos - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**RESUMO:** A Neuromodulação sacral é uma modalidade de tratamento efetivo na Incontinência fecal e urinária apresentando resultados satisfatório a curto e longo prazo. Este vídeo tem por objetivo descrever a técnica operatória detalhada da neuromodulação sacral, as duas fases, numa paciente com múltiplas disfunções do assoalho pélvico. Relato: Pct, 61a, apresentando incontinência fecal(IF) (escore 13/20), sintomas de constipação/evacuação obstruída(EO) (escore 14/30) e incontinência urinária(IU). Diabética, 5 partos vaginais, constipação longas datas, dois procedimentos para correção IU. Sem resposta a fisioterapia do assoalho pélvico. Foi avaliação com manometria anorretal e Ultrassom 3D dinâmico. Técnica:Fase I- Paciente em decúbito ventral, com elevação da região lombossacra, sob sedação e anestesia local. Procedese à marcação dos pontos anatômicos, bilateralmente, correspondendo a junção sacrilíaca, identificando forame S3, confirmando por radioscopia. Segue anestesia local e introdução da agulha a 1,5cm acima dessa marcação, com angulação de 60º de forma centralizada. A posição da agulha em S3 é confirmada pela fluoroscopia em AP e lateral e verificada a adequada resposta motora em glúteos e hálux em cada lado e a melhor resposta com o menor estímulo para escolha do lado adequado. Procedese à colocação de fio guia e segue o dilatador. A introdução do eletrodo deve ser acompanhada por radioscopia, posicionando 3 polos distais ao longa da raiz sacral e um polo no forame S3. Os testes são realizados nos 4 pólos para verificar a melhor resposta em cada um, do 0 ao 3. Realiza-se a tunelização do eletrodo para uma incisão de 3cm abaixo da crista ilíaca no mesmo lado do implante. Segue-se uma tunelização secundária contralateral para conexão do estimulador externo. O paciente é programado e acompanhado por 2 semanas. Houve melhora em mais de 80% dos sintomas apresentados e foi indicado o implante definitivo. Realizada a 2º fase, sob sedação e anestesia local, em decúbito ventral, abertura da previa da pele e exposição do eletrodo. Após a secção do extensor externo, conecta-se diretamente o eletrodo na bateria definitiva, posicionada sob o tecido subcutâneo. Realizada a programação da paciente que continuou alcançando os melhores resultados, sem complicações e melhora na IF, IU e nos sintomas de OE. Conclusão: Esta técnica beneficiou a paciente apresentando melhora expressiva nos sintomas de distúrbios do assoalho pélvico e sem complicações.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINA MURAD REGADAS | carolinamregadas@gmail.com

**102205 – TRATAMENTO DA FÍSTULA RETO-VAGINAL RECIDIVADA UTILIZANDO AVANÇO DE MARTIUS**

**AUTORES:** Gabriela Porto Pinheiro Marques (Centro Universitário Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Carolina Murad Regadas (Centro Universitário Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marina Murad Regadas (Universidade de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Emanuella Castro Murad da Cruz (Centro Universitário Christus - Fortaleza - Ceará - Brasil), Camila B R da Penha (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), David G Ferreira (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Laryssa C Pinheiro (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), F Sergio Pinheiro Regadas Filho (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil), Sthela M M Regadas (Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: As fístulas retovaginais permanecem uma afecção de difícil tratamento, resultando em sofrimento sexual, prejudicando a qualidade de vida. Dentre as opções cirúrgicas, pode ser utilizado o avanço de retalhos com músculo bulbocavernoso (Martius) ou ainda, o músculo Gracilis, após a correção da fístula reto-vaginal. Portanto, este vídeo tem por objetivo descrever a técnica operatória da correção da fístula reto-vaginal, via transperineal, seguida do avanço do músculo bulbocavernoso (Martius). Relato: Paciente, 62 anos, três partos vaginais prévios. Relata após perineoplastia (2 anos atrás) evolução com dor local, abscesso e necessidade de re-intervenção cirúrgica, e antibioticoterapia. Após alta para acompanhamento ambulatorial persistiu a eliminação de secreção pela vagina. Após 3 meses de tentativas de tratamento clínico, sem resposta, foi submetida a investigação diagnóstica e confirmado presença de fístula reto-vaginal. Segue-se o tratamento cirúrgico para correção da fístula, via transvaginal. Evoluiu sem cicatrização da ferida, com eliminação de secreção sero-purulenta, permanecendo após 3 meses do procedimento. Procurou o serviço especializado e realizou uma avaliação completa. O ultrassom anorretal 3D demonstrou a presença da fístula reto-vaginal com o trajeto cruzando a musculatura esfinteriana na borda proximal. Foi realizada a correção da fístula, transperineal, utilizado avanço da musculatura do bulbocavernoso. Técnica: Realizou-se a incisão transperineal; dissecação do septo reto-vaginal proximal ao local da fístula; correção da fístula com fechamento por planos da mucosa anorretal, seguida da aproximação da musculatura. Incisão nos grandes lábios; mobilização da musculatura bulbocavernosa, mantendo a preservação de seu pedículo vascular inferior; tunelização e fixação da musculatura entre a vagina e o canal anal. Realizada drenagem das duas feridas operatórias. Paciente evoluiu sem complicações, permanecendo internada por três dias e utilizando antibioticoterapia. Apresentou cicatrização completa com 48 dias de pós-operatório. Conclusão: A correção da Fístula reto-vaginal com retalho bulbocavernoso é uma opção de tratamento que pode evoluir sem complicações e com cicatrização completa.

**CONTATO AUTOR:** GABRIELA PORTO PINHEIRO MARQUES | gabip.p.marques@gmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102340 – HERNIOPLASTIA E ABDOMINOPLASTIA EM HÉRNIA INCISIONAL PÓS HISTERECTOMIA TOTAL ABERTA**

**AUTORES:** FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), LUDGERO RIBEIRO FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARAES PAIXAO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM JUNIOR (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAÍS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES BARBOSA FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**RESUMO:** RELATO DE CASO: M.R.B., sexo feminino, 75 anos, obesa, diabética e hipertensa. História pregressa de miomatose submucosa sangrante com evolução de tamanho e sintomas (anemia e metrorragia). Em 2018, foi então submetida à histerectomia total aberta via incisão de Pfannenstiel. Relatou pós operatório (PO) com discreta e constante dor na região da ferida operatória (FO). Após alta médica, houve aumento progressivo da dor e de abaulamento na cicatriz cirúrgica. Depois de 27 meses completos de PO, compareceu à consulta com Cirurgião Geral, que diagnosticou a doença como hérnia incisional. A paciente iniciou pré-operatório (exames laboratoriais, de imagem e risco cardiológico) para cirurgia de hernioplastia incisional. O Procedimento cirúrgico foi realizado por meio de incisão Pfannenstiel ampliada, com abertura e dissecação do saco herniário, liberação de alças aderidas e descolamento de generosa área de subcutâneo da aponeurose sadia. Realizou-se revisão da cavidade abdominal, aproximação das bordas de aponeurose saudáveis, fixação de telas inteiras de Polipropileno (15x15cm, o serviço não dispunha de telas maiores), finalizando com dermolipectomia e aposição de dois drenos de Sucção tipo PortoVac.

**DISCUSSÃO:** As grandes hérnias incisionais são afecções de difícil tratamento e, com alto potencial de complicações. Essas alterações determinam grave comprometimento respiratório e visceral. Pacientes idosos e com comorbidades estão mais suscetíveis a esse tipo de complicação. A utilização de telas para correção de hérnias ventrais resulta em uma redução significativa nos índices de recorrência.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As hérnias incisionais são complicação relativamente comuns, porém, requerem abordagem cirúrgica resolutiva devido ao seu moderado grau de complicação. Constatam-se assim, a importância dos cuidados técnicos na síntese de incisões cirúrgicas, do controle de infecções de FO, e das condições nutricionais do paciente.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

**102325 – CISTO DE COLÉDOCO GIGANTE COM LITÍASE INTRAHEPÁTICA: MANEJO LAPAROSCÓPICO**

**AUTORES:** João Emilio Lemos Pinheiro Filho (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Fernanda Cavalcanti Cabral Honorio (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Stefanie Sophie Buuck Marques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Esau Furini Ferreira Barros (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Alexandre Cruz Henriques (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Felipe Emanuel Fuhro (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Jaques Waisberg (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (Hospital de Clínicas de São Bernardo do Campo - São Bernardo do Campo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Cistos biliares consistem em dilatações únicas ou múltiplas da árvore biliar. Podem ser das bias intra-/extra-hepática ou ambas. Sua incidência é maior em países asiáticos (1:10000) e é mais comum em mulheres (4:1). Apesar de a maioria ser diagnosticada na primeira década de vida, pode também ser encontrada em adultos com risco aumentado de litíase, pancreatite e câncer. Por tal motivo, a ressecção cirúrgica é mandatória e apenas poucos artigos demonstram a abordagem minimamente invasiva destas lesões, geralmente em crianças.

Neste vídeo apresentamos abordagem laparoscópica de uma mulher de 31 anos que se apresenta com dor abdominal superior, icterícia, colúria e acolia por 2 semanas. Enzimas canaliculares e bilirrubina direta estavam elevadas, RNM demonstrava dilatação cística de árvore biliar intra e extra-hepática começando acima da sua porção pancreática associada com litíase severa. Realizada CPRE com passagem de 2 próteses plásticas com apenas discreta redução dos níveis séricos de bilirrubina. Proposta a ressecção laparoscópica do cisto de colédoco com varredura da litíase intra-hepática e hepaticojejunostomia em y-de-roux. A paciente foi colocada em posição supina com pernas abertas. O monitor foi colocado ao lado do ombro direito da paciente e o cirurgião operou entre as pernas. A disseção foi difícil devido ao tamanho do cisto, o endurecimento do mesmo (repleto de cálculos) e as aderências inflamatórias intensas às estruturas adjacentes. Após a liberação da artéria hepática e da veia porta, o colédoco foi seccionado com grampeador logo acima de sua porção pancreática, realizada varredura de cálculos e lavagem de sua porção distal com posterior fechamento. Realizada colecistectomia em bloco com o cisto e o ducto hepático comum foi seccionado. Ductos hepáticos secundários foram liberados e então confeccionada a hepaticojejunostomia em y-de-roux. A anastomose foi realizada manualmente com PDS 3-0 e alocado dreno. A anastomose entérica foi confeccionada com grampeador linear. Duração total da cirurgia foi de 260 minutos e o sangramento estimado de 50 ml. Pós-operatório evolui sem intercorrências e a paciente recebeu alta no Quinto pós-operatório. Tempo de acompanhamento de 1 ano, mantendo-se assintomática com apenas discreta elevação de enzimas canaliculares. Esse vídeo demonstra os diferentes passos necessários para a realização desta cirurgia.

**CONTATO AUTOR:** STEFANIE SOPHIE BUUCK MARQUES | stefanie14sophie@hotmail.com

## **Cirurgia - Miscelânea**

### **102431 – COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS**

**AUTORES:** Pedro Henrique Vivian Duarte (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Raquel Jaqueline Eder Ribeiro (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Leticia Manoel Debon (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Aline Wurzius (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Luiz Henrique Bastos Capaverde (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil), Mauricio Krug Seabra (Hospital São Lucas da PUCRS - Porto Alegre - Rio Grande do Sul - Brasil)

#### **RESUMO: INTRODUÇÃO**

Situs inversus é uma condição autossômica recessiva rara, caracterizada pela transposição de imagem em espelho das vísceras. A colecistectomia laparoscópica é uma técnica amplamente utilizada. No entanto, o situs inversus gera dificuldades no técnicas no procedimento.

#### **RELATO DE CASO**

Paciente feminina, 41 anos, com história de epigastralgia e dor em hipocôndrio esquerdo após alimentação gordurosa há 20 anos, com diagnóstico prévio de situs inversus totalis, sem comorbidades. Negava história de febre, icterícia, vômitos, alteração intestinal ou urinária e perda de peso. Ecografia abdominal evidenciou vesícula biliar à esquerda contendo cálculos. Ao exame físico observou-se desconforto à palpação no hipocôndrio esquerdo, sinal de Murphy negativo. No dia da cirurgia, os equipamentos, o cirurgião, o câmera, o primeiro auxiliar, o instrumentador e a posição dos trocartes foram todos ajustados como imagem espelho da posição convencional para colecistectomia laparoscópica. À inspeção da cavidade abdominal confirmou-se a presença de situs inversus, com a vesícula biliar à esquerda. A cirurgia iniciou com o cirurgião canhoto, com uma abordagem clássica espelhada. Devido à dificuldade técnica, o cirurgião destro, mais experiente, assumiu a cirurgia, tracionando o infundíbulo com a mão esquerda através do portal epigástrico e realizando uma dissecação posterior da vesícula com a mão direita através do portal hemiclavicular esquerdo finalizando a dissecação com a mão esquerda pela via anterior, identificando o ducto cístico e a artéria cística que foram dissecados até obtenção da visão crítica de segurança, sendo duplamente clipados e seccionados. A vesícula foi dissecada do leito hepático usando eletrocautério e retirada da cavidade abdominal pelo portal epigástrico. A cirurgia durou em torno de 75 minutos. A paciente apresentou evolução satisfatória com alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório. O laudo anatomopatológico revelou colelitíase associada a colecistite crônica.

#### **DISCUSSÃO**

A colecistectomia laparoscópica em pacientes com situs inversus pode ser desafiadora, principalmente devido à necessidade de aplicar a técnica com a imagem em espelho, a qual pode levar a problemas de orientação e dissecação durante a operação, uma vez que a maioria dos cirurgiões são destros. Para contornar esse problema, o desenvolvimento de habilidades videolaparoscópicas alternativas estão sendo propostas e investigadas.

**CONTATO AUTOR:** PEDRO HENRIQUE | pedrohenriquevivianduarte@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102372 – REPARO LAPAROSCÓPICO DE UMA FÍSTULA JEJUNO GÁSTRICA**

**AUTORES:** MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), ISABELLYTA PINHEIRO RUFINO NEIVA SANTOS MELO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), FILIPE AQUINO COSTA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), SAMARA CRISANTO DE SOUSA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil)

**RESUMO:** Homem, 38 anos, sabidamente portador de hipertensão arterial, atendido no consultório de cirurgia bariátrica com relato de ganho importante de peso (IMC 47,2) após um ano e meio da realização de bypass gástrico para tratamento de obesidade grave (IMC 55,1).

Realizou seriografia esofagogastroduodenal que demonstrou uma comunicação entre a alça jejunal e o estômago excluído.

Após exames pré-operatórios, paciente foi submetido a cirurgia bariátrica revisional, na qual, após realização de lise e aderências e identificação do local da fístula, procedeu-se secção do trajeto fistuloso utilizando carga roxa e reforço nas linhas de grampeamento.

#### **CONCLUSÃO**

A fístula entre jejuno da anastomose gastrojejunal e estômago excluído é uma condição muito rara e com baixa evidência na literatura. No entanto, a investigação já convencional para fístulas é efetiva para o seu diagnóstico e tratamento. Por isso, é importante a presença de mais estudos para o melhor entendimento dessa complicação.

**CONTATO AUTOR:** MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA | [drmarlonmoreno@hotmail.com](mailto:drmarlonmoreno@hotmail.com)



## Cirurgia - Obesidade

### 102253 – Hiato plastia e Bypass Gástrico para tratamento de paciente obesa com hérnia hiatal e esôfago de Barrett

**AUTORES:** José Donizeti Meira Júnior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Arthur Youssif Mota Arabi (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabio Israel Lima Castelo Branco Marques (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Denis Pajacki (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Aurelio Santo (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação do caso: Paciente de 37 anos, obesa desde a adolescência (peso máximo de 100 kg aos 27 anos de idade, peso atual de 94 kg e índice de massa corporal atual de 36,7 kg/m<sup>2</sup>), com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) associada a hérnia hiatal de 5 cm. Apresenta regurgitação e pirose há 7 anos, com pouca resposta ao uso de inibidores de bomba de prótons. À endoscopia digestiva alta foi observado esôfago de Barrett longo (EBL), com classificação de Praga C6M7, em esôfago distal, com metaplasia intestinal e ausência de displasia. Foi submetida a hiato plastia combinada com bypass gástrico com reconstrução em Y de Roux (BGRY) videolaparoscópico. A recuperação pós-operatória ocorreu sem intercorrências, e a paciente recebeu alta hospitalar no 3º dia após a cirurgia, em bom estado geral, aceitando dieta líquida fracionada.

**Discussão:** As hérnias hiatais são condições comuns em pacientes obesos. Acometem 20-50% destes pacientes, e podem ser associadas a sintomas de refluxo gastroesofágico. O reparo da hérnia de hiato de forma concomitante à cirurgia bariátrica é uma opção terapêutica válida, apesar de existirem poucos estudos na literatura que dizem a respeito do benefício dessa escolha. A paciente em questão apresentava sintomas clássicos de DRGE, além de EBL em esôfago distal. Nos pacientes obesos com DRGE associada a complicações, tais como o EBL, a gastrectomia vertical pode piorar os sintomas de refluxo ou agravar suas complicações. Nestes casos, a opção pelo BGRY é preferencial por possibilitar tratamento tanto da obesidade mórbida quanto da DRGE.

**Comentários Finais:** Obesidade e hérnia hiatal são condições frequentemente coexistentes, e ambas são associadas à DRGE. Nesses pacientes, a realização de BGRY associado à hiato plastia por videolaparoscopia é estratégia segura e eficaz para o tratamento de ambas as patologias.

**CONTATO AUTOR:** JOSÉ DONIZETI DE MEIRA JUNIOR | donizetimeirajr@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **102367 – Cirurgia Bariátrica Revisional: Sleeve para Mini-Gastric Bypass devido a reganho de peso**

**AUTORES:** José Donizeti Meira Júnior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Arthur Youssif Mota Arabi (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Aurelio Santo Filho (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel Riccioppo (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Denis Pajecki (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Aurelio Santo (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação do caso: Paciente de 26 anos, obesa desde a infância, com cardiopatia congênita, e antecedente de gastrectomia vertical aos 17 anos (na ocasião, pesava 100 kg, com índice de massa corpórea - IMC de 44,4). Apresentou reganho de peso importante (com peso máximo de 107 kg, IMC 47,55), sendo indicada cirurgia revisional. Devido a comunicação interventricular apresentada pela paciente, optou-se pela conversão da gastrectomia vertical para a técnica de One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB), também chamada de Mini-Gastric Bypass. A recuperação pós-operatória ocorreu de forma satisfatória, recebendo alta hospitalar no 3º dia após a cirurgia, com boa aceitação de dieta líquida fracionada

**Discussão:** A incidência de obesidade grave tem aumentado drasticamente na adolescência. Paralelamente a este aumento, temos observado casos de reganho de peso após o tratamento cirúrgico da obesidade grave em pacientes cada vez mais jovens. Nesse contexto, a técnica de OAGB tem sido apontada como estratégia para cirurgias revisionais, especialmente para casos em que se deseja um tempo cirúrgico mais curto, com um número reduzido de anastomoses, como nos casos em que há comorbidades graves. A técnica consiste na confecção de um pouch gástrico alongado, seguido de uma anastomose gastrojejunal única com alça aferente de 200cm. Os resultados relacionados à perda de peso são bastante semelhantes aos do bypass gástrico convencional - algumas referências apontam até mesmo para uma maior potência de indução de perda ponderal no OAGB.

**Comentários finais:** O OAGB é uma nova técnica proposta para o tratamento da obesidade grave, importante quando se deseja um tempo cirúrgico menor. Mais estudos são necessários para melhor compreensão desta técnica, especialmente no que se refere a resultados e complicações de longo prazo.

**CONTATO AUTOR:** JOSÉ DONIZETI DE MEIRA JUNIOR | donizetimeirajr@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104494 – Cirurgia Bariátrica Revisional Robótica: Conversão de Bypass Gástrico em Bipartição Intestinal**

**AUTORES:** CARLOS ALMEIDA OBREGON (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Vitória Ramos Jayme, André Fonseca Duarte, MARCO AURÉLIO SANTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** O ganho expressivo de peso pós cirurgia bariátrica é infrequente. Sua abordagem demanda investigação clínica e exames complementares - como forma de detectar possíveis complicações associadas ao procedimento cirúrgico. A depender dos achados da investigação, a cirurgia revisional pode ser indicada.

O caso trazido para apresentação é de uma paciente do sexo feminino, jovem, com antecedentes de superobesidade (IMC > 50 kg/m<sup>2</sup>). Anos após ser submetida à bypass gástrico, apresentou ganho expressivo de peso, alcançando valores similares aos do pré operatório. Após investigação e discussão do caso em reunião multidisciplinar, foi optado por realizar cirurgia revisional (conversão para bipartição intestinal assistida por robô).

A cirurgia teve duração estimada de 360 minutos, não apresentando intercorrências no pós operatório. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, apresentando perda ponderal satisfatória.

**CONTATO AUTOR:** CARLOS DE ALMEIDA OBREGON | obregon12\_13@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104535 – BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO EM PACIENTE SUPEROBESA**

**AUTORES:** Aluísio Stoll (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Andressa Menslin do Nascimento (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Evellyn Moura Peixoto (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Luisa Pisacane (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Marcela Carvalhaes Sandoval Janini (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Tatiane Oliveira Nogueira (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Victoria Souza Bogo (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil)

**RESUMO:** Paciente feminina, 28 anos, superobesa, 191kg, 1,65m e IMC de 77,1Kg/m<sup>2</sup>. Portadora de hipotireoidismo, esteatose hepática acentuada, esofagite erosiva distal leve, pangastrite enantematosa leve, síndrome dos ovários policísticos, compulsão alimentar e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

Com história de obesidade desde a infância, e repetidas tentativas de tratamento para perder peso, porém sem sucesso. Atualmente, faz uso de metformina, levotiroxina, lisdexanfetamina e está em tratamento multiprofissional com psicólogo, nutricionista e endocrinologista.

Foi submetida a bypass gástrico por cirurgia robótica. Procedimento ocorreu sem intercorrências e paciente teve alta com heparina sódica 80mg por 14 dias.

**CONTATO AUTOR:** EVELLYN DE MOURA PEIXOTO | mouradeve00@gmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104595 – Cirurgia Bariátrica Revisional Robótica: Reconfecção de Gastroenteroanastomose pós Bypass**

**AUTORES:** CARLOS ALMEIDA OBREGON (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARCO AURÉLIO SANTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ANDRÉ FONSECA DUARTE (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARCO AURÉLIO SANTO FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), VITÓRIA RAMOS JAYME (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Este vídeo demonstra o tratamento cirúrgico de uma paciente do sexo feminino em pós operatório tardio de bypass gástrico em Y de Roux para tratamento de obesidade mórbida. Ao longo de sua evolução, paciente vinha apresentando vômitos pós alimentares e intolerância a alimentos sólidos, evoluindo com perda ponderal acentuada.

Foi submetida a investigação com exames complementares. Em endoscopia, foi constatada estenose de gastroenteroanastomose, enquanto em estudo radiográfico foi demonstrado esvaziamento retardado do pouch gástrico.

Devido a estes achados, foi indicada reconfecção de anastomose gastroenteral por via robótica.

O procedimento teve duração aproximada de 180 minutos, não apresentando intercorrências durante o ato e durante o pós operatório precoce.

Atualmente paciente evolui com ganho ponderal, tendendo a eutrofia.

**CONTATO AUTOR:** CARLOS DE ALMEIDA OBREGON | obregon12\_13@hotmail.com

## **Cirurgia - Obesidade**

### **1104621 – Cirurgia Bariátrica Revisional: Conversão de Fundoplicatura em Bypass Gástrico para Recidiva da Doença do Refluxo em Obesidade**

**AUTORES:** CARLOS ALMEIDA OBREGON (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), VITORIA RAMOS JAYME (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARCO AURÉLIO SANTO FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ANDRÉ FONSECA DUARTE (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), IVAN CECCONELLO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARCO AURÉLIO SANTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** O caso apresentado é de uma paciente do sexo feminino, previamente submetida à hiatoplastia com fundoplicatura por videolaparoscopia, devido doença do refluxo gastroesofágico.

Inicialmente com sintomas controlados, evoluiu com recidiva de pirose e regurgitação intensas, após ganho ponderal expressivo. Após constatação de esofagite erosiva intensa (em endoscopia) e recidiva de hérnia hiatal (em exame radiográfico contrastado), foi indicada cirurgia revisional, com nova fundoplicatura e bypass gástrico em Y de Roux. O procedimento, realizado por via robótica, teve duração estimada de 280 minutos, sem intercorrências durante o ato. Paciente apresentou boa evolução, tendendo atualmente à perda ponderal e resolução dos sintomas de refluxo.

**CONTATO AUTOR:** CARLOS DE ALMEIDA OBREGON | obregon12\_13@hotmail.com

## **Cirurgia - Pâncreas**

### **101678 – Triangle Operation: Pancreatoduodenectomia com Excisão do Mesopâncreas por via robótica**

**AUTORES:** MARCEL AUTRAN MACHADO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO HORTENCES MATTOS (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MURILLO MACEDO LOBO FILHO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), FABIO FERRARI MAKDISSI (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: O espaço retropancreático entre a artéria mesentérica superior, o tronco celíaco e a veia porta é chamado de mesopâncreas. A excisão do mesopâncreas pode ajudar a reduzir a incidência de ressecção R1 após a pancreatoduodenectomia. A aparência típica após a conclusão desse procedimento é um triângulo, para o qual o procedimento é nomeado.

Métodos: Um homem de 55 anos de idade apresentou uma história de um mês de pancreatite aguda leve. A ressonância magnética revelou um tumor de 2,7 cm na cabeça e processo uncinado do pâncreas com leve dilatação da via biliar e dos ductos pancreáticos. Uma equipe multidisciplinar decidiu que o tratamento cirúrgico inicial era necessário. Entretanto, devido à localização posterior do tumor e à proximidade com a veia mesentérica superior, o paciente apresentava alto risco de ressecção R1, então a operação de Triangle Operation foi indicada. Uma abordagem robótica foi proposta, e o consentimento foi obtido.

Resultados: O tempo da operação foi de 370 minutos, e a perda de sangue estimada foi de 160 mL. A recuperação do paciente foi sem problemas, e ele teve alta no sexto dia de pós-operatório. Nenhuma fístula pancreática pós-operatória foi observada, e o dreno foi removido no 5º dia de pós-operatório. A patologia confirmou adenocarcinoma ductal com margens cirúrgicas livres e 6 linfonodos positivos dos 77 ressecados (T2N2). O paciente começou a quimioterapia adjuvante 18 dias após o procedimento.

Conclusões: Triangle Operation por via robótica é viável e segura para pacientes selecionados. A indicação para o uso dessa operação é a presença de um alto risco para ressecção R1. O vídeo fornecido pode ajudar os cirurgiões do aparelho digestivo a realizar esse procedimento complexo.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO | [dr@drmarcel.com.br](mailto:dr@drmarcel.com.br)

## **Cirurgia - Pâncreas**

### **1104230 – Ressecção Robótica e Reconstrução da Veia Mesentérica Superior sem Enxerto durante Pancreatoduodenectomia**

**AUTORES:** MARCEL AUTRAN MACHADO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO HORTENCES MATTOS (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), MURILLO MACEDO LOBO FILHO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FABIO FERRARI MAKDISSI (HOSPITAL NOVE DE JULHO - HOSPITAL NOVE DE JULHO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** A pancreatoduodenectomia é o procedimento de escolha para tumores ressecáveis localizados na cabeça do pâncreas. A invasão de grandes vasos é uma contra-indicação relativa para uma abordagem minimamente invasiva. Apresentamos um vídeo de uma ressecção robótica e reconstrução da veia mesentérica superior (VMS) sem o uso de enxerto durante a pancreatoduodenectomia com preservação do piloro.

Uma mulher de 56 anos de idade com uma semana de história de icterícia é encaminhada para tratamento. A tomografia computadorizada mostrou um tumor de 3 cm na cabeça do pâncreas em contato com o VMS. A equipe multidisciplinar decidiu por uma cirurgia inicial. Foi proposta uma abordagem robótica, e o consentimento foi obtido. A primeira abordagem da artéria mesentérica superior foi usada para liberar a cabeça do pâncreas de uma maneira que a peça cirúrgica inteira só ficou conectado pela invasão do tumor da veia mesentérica superior. Após a ressecção parcial da VMS, sua extensão impediu a sutura lateral e uma anastomose transversal (técnica de Clavien-Rudiger) foi necessária para minimizar o risco de estreitamento da VMS.

O tempo operatório foi de 430 minutos. O tempo de pinçamento foi de 30 minutos e a sutura da VMS levou 23 minutos. A perda de sangue estimada foi de 370 ml, sem transfusão. A patologia confirmou adenocarcinoma ductal T3N1 com margens livres. Recuperação foi sem intercorrências e teve alta no 7º dia de pós-operatório.

A ressecção robótica e reconstrução da veia mesentérica superior é segura e viável sem o uso de enxerto durante a pancreatoduodenectomia quando há invasão mas não encapsulamento do VMS. A técnica proposta pode ser alternativa viável nos casos em que a invasão requer uma ressecção extensa que impeça uma sutura lateral simples.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO | [dr@drmarcel.com.br](mailto:dr@drmarcel.com.br)



## **Cirurgia - Pâncreas**

### **1104231 – Técnica de Artery-first por via robótica durante pancreatoduodenectomia**

**AUTORES:** MARCEL AUTRAN MACHADO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO HORTENCES MATTOS (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), MURILLO MACEDO LOBO FILHO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FABIO FERRARI MAKDISSI (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** A ressecção cirúrgica com quimioterapia adjuvante ou neoadjuvante é a única modalidade curativa para o tratamento de pacientes com tumores pancreáticos e periampulmonares. Com o uso crescente de técnicas tumorais minimamente invasivas, a pancreatoduodenectomia laparoscópica e robótica (PD) tornou-se mais comum, mas as técnicas laparoscópicas de artery-first foram descritas em poucos estudos. O objetivo deste estudo é descrever nossas técnicas de artery-first por via robótica. Métodos. Foram compilados vídeos de vários PD robóticas para demonstrar a técnica de artery-first. Esta técnica consiste na dissecação retroperitoneal precoce da artéria mesentérica superior a partir da cabeça do pâncreas. Resultados. Um total de 73 pacientes foram submetidos à PD robótica em nosso centro entre março de 2018 e agosto de 2020. Destes, 24 pacientes foram submetidos à abordagem artery-first. A indicação para seu uso incluiu a proximidade do tumor à veia porta ou SMV em seis casos. Em três casos, foi necessária a ressecção parcial do eixo portomesentérico, e a abordagem artery-first permitiu a ressecção e reconstrução venosa segura. Em três outros casos, o tumor estava em estreito contato com a veia, mas podia ser ressecado com margens livres sem ressecção venosa. Nos 18 pacientes restantes, a abordagem foi sistematicamente utilizada independentemente da proximidade do tumor com o eixo portomesentérico. Conclusões. Técnica de artery-first é viável e segura via robótica durante a pancreatoduodenectomia. A abordagem poderia facilitar a PD robótica, e seu uso sistemático poderia proporcionar algumas vantagens importantes durante a fase de ressecção. Os vídeos também poderiam ajudar os cirurgiões do aparelho digestivo a realizar este complexo procedimento cirúrgico.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO | [dr@drmarcel.com.br](mailto:dr@drmarcel.com.br)

## Cirurgia - Pâncreas

### 1104448 – RELATO DE CASO: PUSHING THE LIMITS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE PÂNCREAS

**AUTORES:** Marina Guitton Rodrigues (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Batista Pereira (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leandro Miranda Trama (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ellen Vitória de Queiroz Munin (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Eduarda França Chaves (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Gomes Rodrigues (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nicole Faustino de Mello (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tércio Genzini (Hospital Leforte Liberdade - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente sexo masculino, M.A.L.B, 59 anos, encaminhado ao Pronto Atendimento com quadro de perda ponderal, icterícia, colúria e acolia fecal. Colangio-Ressonância evidenciou lesão infiltrativa mal delimitada na cabeça/colo pancreático medindo 3,6 cm com dilatação ductal e das vias biliares à montante. Marcador Tumoral CA19-9 de 71,2 U/ml. Em 13 out. 2020, foi realizada Derivação Biliodigestiva com biópsia pancreática. O anatomopatológico identificou Adenocarcinoma infiltrando em tecido pancreático com focos de padrão glandular/tubular e desmoplasia intensa. No dia 05 nov. 2020, paciente recebeu alta hospitalar e retornou em 11 jun. 2021, após ter recebido 12 sessões de FOLFIRINOX, com bom estado geral, negando dor, emagrecimento, dispneia ou sangramento. Marcador Tumoral CA19-9 de 29 U/ml. Estadiamento com tomografia de abdome total e tórax livre de linfonodomegalias ou sinais de lesões secundárias. Em 21 jun. 2021, realizou-se Gastroduodenopancreatectomia com ressecção portomesentérica e do tronco celíaco com reconstrução venosa portal e arterial usando enxerto vascular de doador ABO compatível e Pancreatojejunoanastomose em Y de Roux. Tempo cirúrgico de 16h; recebeu 2 concentrados de hemácias, 8 frascos de Albumina e 8L de cristalóide. Se manteve estável durante toda a cirurgia saindo com noradrenalina 0,07 mcg/kg/min e encaminhado à unidade de cuidados intensivos (UCI) ainda sob ventilação mecânica. Foi extubado no 2º dia pós operatório e no 3º teve alta da UCI. Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 12º dia de pós operatório, deambulando, com boa aceitação de dieta via oral e proposta de adjuvância ambulatorial. Sem ressecção cirúrgica radical (R0) as neoplasias pancreáticas evoluem com mau prognóstico, mas destaca-se o desafio técnico uma vez que na maior parte dos pacientes há invasão locorregional ou vascular [2]. A invasão das veias porta e mesentérica superior ocorre em quase 1/4 dos casos [3]. O acometimento arterial também ocorre com frequência e a ressecção ampla do tronco celíaco pode aumentar consideravelmente a ressecabilidade R0 do tumor, para 72,79% [7]. Assim, apesar das características borderline para ressecção cirúrgica, a neoadjuvância e a abordagem multidisciplinar do câncer de pâncreas localmente avançado permitiram a ressecção R0 no caso relatado. Mesmo com necessidade de reconstruções vasculares complexas e o longo tempo operatório o objetivo curativo pode ser atingido e o paciente seguiu com tratamento adjuvante.

**CONTATO AUTOR:** MARINA GUITTON RODRIGUES | [marina.guitton@hotmail.com](mailto:marina.guitton@hotmail.com)

**102213 – COLECTOMIA TOTAL DE URGÊNCIA EM PACIENTE IDOSO**

**AUTORES:** FELIPE ROCHA REIS (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), LUDGERO RIBEIRO FEITOSA FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), EVDA DUARTE FEITOZA DE SOUSA GUIMARÃES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), FRANCISCO FERNANDO DA SILVA AMORIM JÚNIOR (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), SARAH GABRIELLY GUIMARÃES PAIXÃO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), CARLOS ROCHA ALVES (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), THAÍS OLIVEIRA NUNES DA SILVA (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), JULIANA GUIMARÃES DE MACAU FURTADO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil), ORLANDO ALVES BARBOSA FILHO (HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - FLORIANO - Piauí - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação do caso: Paciente do sexo masculino, 82 anos de idade, dá entrada no serviço de urgência com queixa de constipação crônica associada à hérnia inguinal direita. Refere hipertensão e diabetes de difícil controle como comorbidade. Na história da doença atual, relata parada completa da eliminação de flatos e fezes há seis dias, nega vômitos. Na admissão apresenta-se em regular estado geral, desidratado(+/4+), hipocorado (+/4+), frequência cardíaca de 115 bpm., pressão arterial de 111x70 mmHg., frequência respiratória de 21irpm., acianótico, afebril, leve desorientação em tempo e espaço, ausculta pulmonar inocente. Ao exame físico abdominal, apresentava importante distensão, ruídos hidroaéreos ausentes, hipertimpanismo, dor difusa à palpação superficial e profunda com discreto sinal de peritonite em abdome inferior. Foi realizado hidratação, analgesia e medidas laxativas. Porém, não houve eliminação de flatos e fezes. Em seguida, realizou-se bioquímica e tomografia computadorizada, que evidenciou importante distensão dos cólons, com conteúdo fecal, porém, sem obstrução mecânica. O Paciente foi encaminhado para laparotomia exploradora. No procedimento, foi evidenciada importante dilatação de todo cólon, com isquemia do ceco e do sigmóide. Procedeu-se com colectomia total, sepultamento de sigmoide distal e confecção de ileostomia. No pós operatório imediato, seguiu intubado para UTI. Lá permaneceu por 07 dias. A ileostomia apresentou-se funcionando nas primeiras 48 horas de pós operatório, sendo então iniciada dieta via sonda nasoenteral; com 72 horas procedeu-se a extubação com sucesso. O paciente ainda permaneceu internado por 15 dias para tratamento de pneumonia nosocomial,tendo alta hospitalar em seguida. Discussão: A colectomia total consiste na ressecção de todo o cólon, desde a válvula ileo-cecal até uma localização variável entre o reto distal e porção do sigmóide. Trata-se de um procedimento bastante discutido na literatura, por causa de elevados índices de morbimortalidade, principalmente quando é em caráter de urgência e, ainda mais, em pacientes imunocomprometidos. Porém, quando bem indicada, os benefícios superam os riscos. Comentários finais: Discutir sobre as indicações de colectomia total de urgência é de extrema importância para minimizar os índices de mortalidade e amenizar as morbidades. Dessarte, esse relato colabora com a literatura médica evidenciando um caso de sucesso.

**CONTATO AUTOR:** FELIPE ROCHA REIS | feliperocha01@yahoo.com.br

## Cirurgia - Cólon

### 1104389 – Altemeier para o tratamento da procidência de reto: Passo a passo do procedimento

**AUTORES:** Pedro Averbach (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Ambar Pinto (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caroline de Freitas Cireza (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gabriela Miglioranza Gonçalves Luccas (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Issac José Felipe Corrêa Neto (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** Apresentação do Caso

Apresentamos aqui caso de paciente do sexo feminino de 72 anos com antecedente de insuficiência cardíaca congestiva de etiologia chagásica com fração de ejeção de 25%. Apresenta como queixa procidência retal e incontinência fecal há 13 anos que interfere com sua qualidade de vida.

Paciente apresentava cerca de duas a três evacuações diárias com fezes pastosas classificação 4 de Bristol. Foi aplicado a escala de Jorge-Wexner para mensuração do grau de incontinência com resultado de 17, configurando quadro grave de disfunção esfinteriana.

Ao exame físico a paciente apresentava procidência retal redutível de cerca de cinco centímetros e tônus esfinteriano basal reduzido ao toque.

A paciente foi então submetida a retossigmoidectomia pela técnica de Altemeier para a correção da procidência do reto. O Vídeo demonstrado apresenta o passo a passo do procedimento.

#### Discussão

A técnica de Altemeier é a técnica perineal de ressecção do reto e sigmóide para a correção do prolapso retal. Esta técnica é em geral indicada para aqueles pacientes idosos e com comorbidades que não tenham condições clínicas para correção por via abdominal.

Neste vídeo, dividimos didaticamente a técnica em 10 passos, sendo eles: 1- Exposição do reto prolapsado. 2- Demarcação com eletrocautério 2cm proximal à linha pectínea. 3- Abertura com eletrocautério da camada mucosa externa com exposição da submucosa. 4- Abertura da submucosa e da muscular com exposição do meso entre a alça interna e externa. 5- Abertura da reflexão peritoneal e acesso à cavidade peritoneal. Exteriorização do sigmóide e mesossigmoide. Ligadura escalonada do mesocólon e mesorreto. 7- Aproximação dos músculos elevadores do ânus. 8- Fechamento da reflexão peritoneal. 9- Realizado pontos cardinais para realização da anastomose coloanal. 10- Sutura do cólon abaixado e do ânus com pontos simples separados compreendendo espessura total das alças

#### Comentários Finais

A melhor técnica para a correção da procidência retal é alvo de debate. Historicamente os procedimentos por via perineal são reservados para aqueles pacientes que devido suas condições clínicas não estão aptos para procedimentos por via abdominal. Apresentamos neste vídeo um guia com o passo a passo da técnica de retossigmoidectomia por via perineal também chamada de Altemeier.

**CONTATO AUTOR:** PEDRO AVERBACH | [pedro.averbach@gmail.com](mailto:pedro.averbach@gmail.com)

## **Cirurgia - Cólon**

### **1104580 – Hemicolecomia direita videolaparoscópica no tratamento do cistoadenocarcinoma de apêndice cecal perfurado**

**AUTORES:** Hamilton Belo França Costa (UNIFACISA e UFCG - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Gabrielle Diniz França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lorena Raysse Macedo Barbosa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Anna Tereza Cavalcanti Diniz (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Hermann França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: O cistoadenocarcinoma é neoplasia rara do apêndice cecal, 1% de todas as neoplasias colorretais, segundo tipo mais comum de mucocele apendicular. Neoplasia bem diferenciada, de crescimento lento, não metastatizante. Geralmente descoberta de forma incidental em cirurgias pélvicas ou abdominais, ou no anatomopatológico do apêndice. Quadro clínico inespecífico, com dor abdominal, massa abdominal em quadrante inferior direito, obstrução intestinal ou sintomas que mimetizam apendicite. Identificado por tomografia computadorizada de abdome como massa cística de parede fina, bem encapsulada no quadrante inferior direito. A presença de nódulo na parede é sugestiva de cistoadenocarcinoma. A diferenciação entre cistoadenoma e cistoadenocarcinoma é de difícil, até mesmo no estudo anatomopatológico. O diagnóstico é confirmado no pós-operatório. A cirurgia é o método de tratamento recomendado. E apesar da técnica laparoscópica não ser contraindicada, é necessário que haja cuidado para evitar o rompimento e dispersão do conteúdo dentro da cavidade, que pode causar pseudomixoma peritoneal. A cirurgia de escolha deve ser à hemicolecomia direita. Tem um ótimo prognóstico, principalmente se a cirurgia for realizada de forma precoce e ampla.

Objetivo: Apresentar vídeo de uma hemicolecomia direita com ileotransverso anastomose por videolaparoscopia como tratamento de cistoadenocarcinoma perfurado de apêndice. R.L.G, masculino, 70 anos, bioquímico, 6 meses depois ser submetido a tratamento conservador de massa e abscesso apendicular na apendicite aguda complicada e perfurada, evoluiu com dor na fossa ilíaca direita e região lombar homolateral irradiada para o membro inferior e dor com extensão e rotação interna do quadril (“sinal psoas”). Tomografia computadorizada de abdome: abscesso de retroperitônio e de psoas recidivado. Ao abordarmos o abscesso por laparoscopia para sua drenagem constatamos perfuração de apêndice cecal e ceco, e presença de conteúdo mucoide sugestivo de cistoadenocarcinoma de apêndice. Depois da drenagem do abscesso optamos por realizar uma hemicolecomia direita com ileotransverso anastomose por videolaparoscopia. Pós-op sem intercorrências.

Conclusão: A hemicolecomia direita por videolaparoscopia é o tratamento indicado e de escolha para o cistoadenocarcinoma de apêndice perfurado mesmo na presença de abscesso retroperitoneal, oferece nítidos benefícios e se apresenta viável quando empregado por equipes experientes.

**CONTATO AUTOR:** HAMILTON BELO DE FRANCA COSTA | hamiltonbelo1@gmail.com

## **Cirurgia - Esôfago**

### **102399 – CARDIOMIOTOMIA LAPAROSCÓPICA COM USO DE ENERGIA MONOPOLAR**

**AUTORES:** MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), ISABELLYTA PINHEIRO RUFINO NEIVA SANTOS MELO (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), FILIPE AQUINO COSTA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil), SAMARA CRISANTO DE SOUZA (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - TERESINA - Piauí - Brasil)

**RESUMO:** Paciente, sexo feminino, 58 anos, proveniente do interior do estado do Piauí de uma endêmica para doença de Chagas com queixa de disfagia progressiva para alimentos sólidos e perde de peso, 8 kg, em um período de 2 anos. Procurou serviço de cirurgia, onde foi solicitado uma endoscopia digestiva alta que demonstrou um mega esôfago. A mesma foi submetida a uma seriografia esofagogastroduodenal que mostrou mega esôfago grau II, pela classificação de Rezende.

Após avaliação pré cirúrgica foi proposta uma cardiomiotomia laparoscópica com uso de energia monopolar com melhora da disfagia e alta hospitalar no primeiro dia do pós operatório

#### **Conclusão**

A realização da cardiomiotomia em pacientes portadores de acalasia do esôfago com uso de energia monopolar por laparoscopia é segura e apresenta um custo bem menor comparada com outras fontes de energia usadas em procedimentos minimamente invasivos.

**CONTATO AUTOR:** MARLON MORENO DA ROCHA CAMINHA DE PAULA | drmarlonmoreno@hotmail.com

## **Cirurgia - Esôfago**

### **1104289 – Esofagectomia minimamente invasiva para tratamento de GIST de esôfago: um caso raro**

**AUTORES:** Marcel Povlovitsch Seixas (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Francisco Carlos Bernal da Costa Seguro (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** Apresentação do Caso

Paciente feminina de 67 anos encaminhada ao serviço de cirurgia do aparelho digestivo com história de disfagia progressiva há 1 ano associada a dor torácica e perda ponderal de 10 kg. Endoscopia digestiva alta realizada durante investigação revelou lesão submucosa elevada na parede do esôfago de 32 a 35 cm da arcada dentária superior ocupando 40% da luz do órgão. Ecoendoscopia: origem da lesão na camada muscular própria. Punção por agulha fina: quadro citológico de proliferação fusocelular.

Proteína S100 negativo, Desmina negativo, CD34 positivo, C-KIT positivo, DOG 1 positivo confirmando tumor estromal gastrointestinal (GIST). Tomografia de estadiamento revelou lesão primária de 4 cm na região de transição entre o esôfago médio e distal sem sinais de lesões secundárias. Em vista desses achados foi optado pela realização de Esofagectomia subtotal toracoscópica com confecção de tubo gástrico e anastomose cervical. A paciente apresentou fístula na anastomose cervical tratada clinicamente com sucesso e recebeu alta no 14º dia após a cirurgia.

#### Discussão

Os tumores estromais gastrintestinais representam 1% dos tumores malignos do aparelho digestivo, ocorrendo com maior frequência no estômago e no intestino delgado, sendo a ressecção primária o tratamento padrão ouro. O esôfago é raramente acometido, sendo apenas 5% desses tumores localizados neste órgão. Por ter origem na camada muscular própria, o leiomioma esofágico é o principal diferencial de GIST e para o correto diagnóstico pode ser necessária a realização de painel imuno-histoquímico após punção por agulha fina. Alguns guidelines recomendam a enucleação endoscópica para lesões esofágicas menores que 2 cm em que seja possível a obtenção de ressecção R0 sendo necessário tratamento cirúrgico para lesões maiores como nesse caso.

#### Comentários Finais

Os raros casos de acometimento esofágico por GIST representam um desafio para cirurgião sendo fundamental o acompanhamento em centros especializados com alto volume em cirurgias de esôfago. Uma vez indicada esofagectomia, a via minimamente invasiva é sabidamente a melhor opção por resultar em menor morbidade e recuperação cirúrgica precoce.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL POVLOVITSCH SEIXAS | marcel.seixas@gmail.com

## **Cirurgia - Estômago**

### **101710 – Ressecção laparoscópica transgástrica de GIST gástrico em cárdia**

**AUTORES:** André Jaccoud de Oliveira (Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Nimer Ratib Medrei (Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Ester Mesquita Henriques da Silva (Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil), Bianca Barbosa Faria (Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**RESUMO:** Paciente LMPS, feminina, 38 anos, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares. História de disfagia para sólidos progressiva. Submetida a endoscopia digestiva alta com achado de lesão polipoide de aspecto submucoso em cárdia. À eco-endoscopia, lesão hipoecogênica sugestiva de leiomioma (e achado de colecistolitíase), confirmado por estudo anatomopatológico.

Foi optado por ressecção laparoscópica transgástrica da lesão a fim evitar gastrectomia; aproveitada intervenção para realização de colecistectomia.

Cirurgia procedida sem intercorrências. Recebeu dieta líquida no primeiro dia pós-operatório, recebendo alta no segundo dia. Retornou em consulta ambulatorial sem queixas dispépticas com resultado anatomopatológico demonstrando leiomioma, perfil imuno-histoquímico positivo para Actina músculo liso, Caldesmon e Dermina.

**CONTATO AUTOR:** ANDRE JACCOUD DE OLIVEIRA | andre.jaccoud@gmail.com



## **Cirurgia - Estômago**

### **101918 – Tratamento laparoscópico do volvo gástrico mesenteroaxial em uma paciente idosa**

**AUTORES:** Bruno Henrique Nunes Hirata (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Henrique Cunha Mateus (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Chiaramelli (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caio Nasser Mancini (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcos Henrique de Andrade Zanoni (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Moreto Betini (Hospital Samaritano - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Mulher, 82 anos de idade, hipertensa e hipotireoidea, chegou ao pronto socorro por apresentar vômitos em grande quantidade. Na admissão, foi passada um sonda nasogástrica com alívio dos sintomas. Submetida a tomografia de abdome que evidenciou grande hérnia hiatal e volvo gástrico mesenteroaxial. Paciente e familiares já sabiam da existência dessa hérnia (que era sintomática, apresentava azia e sensação de refluxo) mas optaram pela não correção cirúrgica devido ao risco operatório. Foi realizada endoscopia digestiva alta que confirmou o achado tomográfico e programado o procedimento operatório. Optou-se pela via laparoscópica: havia grande hérnia de hiato com grande parte do estômago na cavidade torácica; não mais existiam sinais nítidos de volvo. Foi feita a redução da víscera para o abdome, a sutura dos pilares diafragmáticos e confeccionada uma válvula antirrefluxo do tipo Nissen. Além disso, para evitar novas rotações do órgão, foi feita a fixação do estômago pela grande curvatura à parede abdominal através de uma gastrostomia. A paciente evoluiu de forma satisfatória, recebeu alta após estabilização clínica e aceitação de dieta oral sendo a gastrostomia retirada no 14o dia pós-operatório em ambiente ambulatorial.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO HENRIQUE NUNES HIRATA | [b.hirata@hotmail.com](mailto:b.hirata@hotmail.com)

## **Cirurgia - Estômago**

### **102171 – Gastrectomia total robótica com linfadenectomia D2 e ressecção multivisceral**

**AUTORES:** Felipe Alexandre Fernandes (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Amanda Juliani Arneiro (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos (USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erica Sakamoto (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente masculino, 81 anos, sem comorbidades, com antecedente cirúrgico de prostatectomia radical devido neoplasia prostática, procura atendimento médico devido a epigastralgia, perda de peso e episódios de melena. Ao exame físico paciente emagrecido com IMC 22,9. Realizou endoscopia externa com presença de úlcera profunda com bordas elevadas e fundo recoberto com fibrina e pontos necróticos em grande curvatura de corpo gástrico estendendo-se para pequena curvatura, antro proximal e incisura suspeito de neoplasia gástrica, Bormann 2. Realizado estadiamento com tomografia de tórax, abdome e pelve com presença de espessamento irregular do corpo e antro gástrico suspeito de neoplasia primária, com linfonodos subcentimétricos perigástricos indeterminados. Indicado tratamento cirúrgico com proposta curativa.

No intraoperatório observado neoplasia avançada com invasão hepática e do mesocólon e paciente foi submetido a gastrectomia total robótica com ressecção multivisceral.

Realizado gastrectomia total robótica, com linfadenectomia a D2 associado a ressecção hepática e ressecção parcial de mesocolon transverso devido invasão tumoral do fígado e mesocólon. Anatomopatológico compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado, tubular, com 13,5 cm em seu maior eixo. Margem de ressecção proximal e distal livres. Presença de metástase em 5 de 47 linfonodos ressecados.

Paciente apresentou boa evolução com início de dieta líquida fracionada no terceiro pós operatório e alta no oitavo pós operatório.

**CONTATO AUTOR:** AMANDA JULIANI ARNEIRO | amanda.arneiro93@gmail.com

## **Cirurgia - Estômago**

### **1104500 – Gastrectomia total com linfadenectomia a D2 em Y de Roux videolaparoscópica na linite plástica após neoadjuvância (Flot)**

**AUTORES:** Hamilton Belo França Costa (UNIFACISA e UFCG - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Gabrielle Diniz França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lorena Raysse Macedo Barbosa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Anna Tereza Cavalcanti Diniz (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Hermann França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: No momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes com câncer gástrico, são sintomáticos, apresentam doença avançada incurável e têm doença metastática principalmente na cavidade peritoneal, com envolvimento linfonodal. Em 5% dos cânceres gástricos primários, uma grande parte da parede gástrica ou todo o estômago é extensamente infiltrado pela neoplasia, e se encontra espessado e rígido, denominado linite plástica. Considerada por muitos uma contraindicação para uma ressecção potencialmente curativa, em pacientes selecionados submetidos à ressecção, a sobrevida em longo prazo é comparável aos ressecados sem linite plástica. Uma cirurgia extensa pode ser necessária para a excisão completa. Todos esses pacientes devem ser submetidos a alguma forma de terapia pré-operatória e laparoscopia diagnóstica antes da ressecção para identificar o subgrupo de pacientes que podem se beneficiar da ressecção. A sobrevida em longo prazo nesses pacientes é incomum.

Objetivo: Apresentar vídeo de gastrectomia total com linfadenectomia a D2 em Y de Roux videolaparoscópica em paciente 64 anos, sexo feminino, com linite plástica, que apresentava dor epigástrica, azia, odinofagia e emagrecimento de 20kg em 6 meses. Depois de exaustiva investigação endoscópica (estômago endurecido e pouco distensível a insuflação) e tomográfica (espessamento parietal regular e circunferencial do fundo e corpo gástrico) e suspeita de linite plástica foi submetida a laparoscopia diagnóstica com biopsias peritoneais (linite plástica com implantes peritoneais). Após neoadjuvância, seis ciclos de FLOT (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatina e docetaxel) a cada 15 dias, foi realizada a gastrectomia total com linfadenectomia a D2 em Y de Roux videolaparoscópica.

Conclusão: A neoadjuvância com FLOT no câncer gástrico avançado pode ser uma excelente estratégia quando associada a gastrectomia total a D2 com reconstrução em Y de Roux videolaparoscópica, e constitui uma opção segura e resolutiva para tratamento da linite plástica. É tecnicamente factível, efetiva e excelente opção cirúrgica.

**CONTATO AUTOR:** HAMILTON BELO DE FRANCA COSTA | hamiltonbelo1@gmail.com

## Cirurgia - Estômago

### **1104563 – Gastrectomia robótica D2 com verde de indocianina após Endoscopic Submucosal Dissection (ESD) para tratamento do câncer gástrico precoce.**

**AUTORES:** Danilo Mardegam Razente (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Andre Roncon Dias (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcus Fernando Kodama Pertille Ramos (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erica Sakamoto (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo José de Oliveira (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ulysses Ribeiro Junior (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Zilberstein (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, SP, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: o câncer gástrico apesar de estar diminuindo sua incidência, ainda é importante causa de óbito no mundo. Enquanto que no ocidente o câncer gástrico avançado ainda corresponde a maioria dos casos (80 a 90%), no oriente, em especial no Japão, metade dos casos são câncer gástrico precoce (invade até a submucosa), com potencial de ressecção endoscópica. A terapia endoscópica tem evoluído muito nos últimos anos, sendo ferramenta fundamental para tratamento multimodal da neoplasia gástrica. Além disso, o verde de indocianina mostra-se como outra ferramenta importante para auxílio do cirurgião no intraoperatório.

Apresentação do vídeo: apresentamos um caso de um paciente de 66 anos, sexo masculino, sem comorbidades relevantes, sem histórico de neoplasia na família. Realizou uma endoscopia digestiva alta (EDA) para investigação da queixa referida, com achado de lesão em antro médio/distal. Realizada biópsia com diagnóstico de adenocarcinoma bem diferenciado. O estadiamento evidenciou tumor cT1cN0cM0. Caso foi discutido em reunião multidisciplinar, juntamente com equipes de radiologia, endoscopia, oncologia clínica e cirurgia do aparelho digestivo, sendo optado por tratamento endoscópico, através de ESD (Endoscopic Submucosal Dissection). O anatomopatológico do ESD revelou tumor com acometimento da submucosa (T1b), não podendo descartar invasão mais profunda desta, além de invasão angiolinfática presente, configurando um escore e-Cura com risco intermediário para presença de linfonodo comprometido. Desta forma, o caso foi discutido novamente em reunião multidisciplinar, sendo optado por tratamento cirúrgico, por meio de gastrectomia robótica com uso do verde de indocianina intralesional para identificação da lesão e da drenagem linfática preferencial (linfonodo sentinela).

Conclusão: a endoscopia mostra-se como importante ferramenta para tratamento das neoplasias gástricas precoces. Quando a terapia endoscópica não é suficiente para assegurar ressecção total da lesão ou quando a lesão possui risco não desprezível de acometimento linfonodal, a cirurgia ainda é o tratamento padrão ouro para chegar-se ao tratamento curativo. A plataforma robótica, com o uso do verde de indocianina no intraoperatório mostra-se como ferramenta importante para localização da lesão e realização de uma linfadenectomia mais precisa.

**CONTATO AUTOR:** DANILLO MARDEGAM RAZENTE | dmrazente@gmail.com

## **Cirurgia - Fígado**

### **102217 – Hepatectomia II-III combinada com Gastrectomia Vertical para tratamento de adenomas hepáticos e obesidade por videolaparoscopia**

**AUTORES:** José Donizeti Meira Júnior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Nicida Garcia (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Arthur Youssif Mota Arabi (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vagner Birk Jeismann (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Anna Carolina Batista Dantas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabricio Ferreira Coelho (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marco Aurelio Santo (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Herman (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação de caso: Paciente de 50 anos, portadora de obesidade grau III (peso de 112 kg, índice de massa corporal de 45) associada a adenomas hepáticos (uma lesão em segmento II e duas lesões em segmento VIII, a maior com 5 cm). Durante o seguimento foi observado crescimento da lesão no segmento II, que assumiu 7,5 cm de tamanho. Optado pela realização de segmentectomia lateral esquerda videolaparoscópica associada a gastrectomia vertical no mesmo tempo cirúrgico. O procedimento ocorreu de forma satisfatória, e a paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, recebendo alta hospitalar no 3º dia após a cirurgia, em bom estado geral, aceitando dieta líquida fracionada.

**Discussão:** Os adenomas hepáticos possuem uma prevalência estimada de 0,5 a 1,5% da população, e as indicações cirúrgicas dependem do sexo do paciente e do tamanho do nódulo. Geralmente em pacientes do sexo masculino a ressecção é indicada, enquanto no sexo feminino indica-se a interrupção de uso de anticoncepcionais e a perda de peso, reservando-se a indicação cirúrgica para casos que persistem com mais de 5,0 cm após estas medidas iniciais, ou que aumentem de tamanho durante o seguimento. A perda de peso é eficaz na redução do tamanho dos adenomas, e há inclusive relatos de remissão total de adenoma hepático após cirurgia bariátrica. A paciente em questão apresentava múltiplos adenomas, e lesão com crescimento em segmento lateral esquerdo, além de obesidade. Optou-se pela associação de gastrectomia vertical à segmentectomia lateral esquerda para favorecer a perda ponderal, de modo a controlar os demais adenomas restantes. Notamos que a ressecção do segmento lateral esquerdo do fígado facilitou o procedimento bariátrico por aumentar o campo cirúrgico.

**Comentários finais:** A segmentectomia lateral esquerda videolaparoscópica e a gastrectomia vertical são procedimentos bem padronizados, e que podem ser associados com segurança para o tratamento de adenomas hepáticos em pacientes com obesidade mórbida.

**CONTATO AUTOR:** JOSÉ DONIZETI DE MEIRA JUNIOR | donizetimeirajr@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 102387 – UM DIAGNÓSTICO COMUM MAS UMA INDICAÇÃO RARA DE HEPATECTOMIA: HEMANGIOMA HEPÁTICO

**AUTORES:** Danilo Mardegam Razente (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vagner Birk Jeismann (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), George Felipe Bezerra Darce (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Silveira Junior (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), João Fernando Vecchi Santos (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Arthur Henrique de Almeida Oliveira (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gilton Marques Fonseca (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jaime Arthur Pirola Kruger (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fabricio Ferreira Coelho (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Herman (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** Introdução

O hemangioma hepático é a neoplasia mais comum do fígado. Estudos já demonstraram prevalência de cerca de 10% na população. Trata-se de neoplasia benigna de origem mesotelial cujo crescimento é incomum e o risco de ruptura, independentemente do tamanho, é anedótico. Não há risco de malignização e a grande maioria dos pacientes é assintomática. O tratamento cirúrgico permanece como a principal opção terapêutica nos raros casos sintomáticos.

#### Descrição do video

Apresentamos o caso de uma paciente de 37 anos, sexo feminino, sem comorbidades relevantes com queixa de aumento progressivo do volume abdominal há cerca de 6 anos, associado a dor e plenitude pós-prandial. Investigação com ultrassonografia e, posteriormente, tomografia computadorizada evidenciou volumoso hemangioma em fígado direito com cerca de 30cm de diâmetro. O tratamento conservador com sintomáticos e observação clínica foi instituído. A paciente permaneceu estável e com boa qualidade de vida por cerca de 2 anos quando então evoluiu com piora dos sintomas e prejuízo das atividades cotidianas, apesar do tamanho da lesão ter permanecido estável. Neste momento, o caso foi rediscutido em reunião multidisciplinar e após extensa discussão com a paciente, optou-se pela tratamento cirúrgico. O procedimento realizado foi uma hepatectomia direita ampliada através de ampla laparotomia (incisão de Makuuchi). A mobilização hepática completa só foi possível após a ligadura da artéria hepática direita e consequente redução importante das dimensões da lesão. O tempo cirúrgico foi de 308 minutos com um tempo total sob manobra de Pringle intermitente de 60 minutos. A perda sanguínea estimada foi de 500ml. Não foi necessária a transfusão de hemoderivados. A paciente não apresentou complicações pós-operatórias e recebeu alta hospitalar no 7º dias após o procedimento. O relatório anatomopatológico confirmou hemangioma hepático. No seguimento ambulatorial, a paciente apresenta-se bem clinicamente com resolução dos sintomas abdominais.

#### Conclusão

O hemangioma hepático é um diagnóstico comum na prática médica diária. Entretanto, apenas os raros pacientes sintomáticos é que devem ser considerados para qualquer tipo de tratamento. O papel da embolização arterial percutânea é ainda controverso e a ressecção hepática permanece como a primeira escolha de tratamento para esses pacientes.

**CONTATO AUTOR:** DANILO MARDEGAM RAZENTE | [dmarazente@gmail.com](mailto:dmarazente@gmail.com)

## **Cirurgia - Fígado**

### **102427 – Ressecção videolaparoscópica de hemangioma hepático volumoso em paciente sintomática**

**AUTORES:** Frederico Klann Victorino (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Giovanni Pereira Camacho Roque (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Gustavo Alvares Da Cunha (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Murilo Sbrussi (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Bianca Pasqualini (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Renata Ribeiro Kummer (Hospital Regional do Alto Vale - Rio Do Sul - Santa Catarina - Brasil), Amanda Nunes Tomé De Souza (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil), Bruno Hafemann Moser (Hospital Regional do Alto Vale - Rio do Sul - Santa Catarina - Brasil)

**RESUMO:** Paciente L.L.M, feminina, previamente hígida, 41 anos. Vem a consulta ambulatorial com queixa de dor em dorso, à direita, associada a dor em queimação em hipocôndrio direito. A paciente referia piora progressiva dos sintomas, com redução da resposta a analgésicos simples. Negava demais queixas, não apresentava demais sintomas uroginecológicos ou gastrointestinais. Exame abdominal mostrava abdome inocente, flácido, depressível, sem massa palpável. Foi solicitado tomografia de abdome para elucidação diagnóstica.

O laudo do exame complementar demonstrou volumosa lesão expansiva de segmento VI de lobo direito de fígado com componente exofítico significativo. De contornos lobulados, medindo cerca de 98x62x80mm (252cc), gerando moderada compressão e deslocamento de rim direito. Sugestivo para hemangioma gigante.

A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico eletivo. Optada por ressecção videolaparoscópica da lesão, que ocorreu sem intercorrências, com melhora sintomática pós procedimento.

**CONTATO AUTOR:** FREDERICO KLANN VICTORINO | fredklannvictorino@gmail.com

## **Cirurgia - Fígado**

### **102478 – Hepaticoplastia em paciente com síndrome de Mirizzi e litíase intra-hepática**

**AUTORES:** RAFAEL ANTONIAZZI ABAID (UNISC - Santa Cruz do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Diogo Scartazzini Tasca (UNISC - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil), Alexandre Lange Agra (UNISC - SANTA CRUZ DO SUL - Rio Grande do Sul - Brasil)

**RESUMO:** O video demonstra caso de paciente masculino de 59 anos, previamente hígido, com história de dor abdominal em hipocôndrio direito há 8 meses. Referia inapetência e emagrecimento de 23kg no período. Há algumas semanas apresentava icterícia, colúria e episódios de acolia.

Realizou colangioressonância que evidenciou vesícula biliar contraída, de paredes espessas e com microcálculos e barro biliar; destacando-se a presença de um cálculo de maiores dimensões medindo cerca de 2,2 cm, localizado no infundíbulo e comprimindo a via biliar extra-hepática (Síndrome de Mirizzi). Na confluência da via biliar extra-hepática, direita e esquerda, identificam-se alguns pequenos cálculos, o maior com cerca de 0,9 cm e projetado junto ao ramo esquerdo da via biliar. Colédoco de calibre normal.

Submeteu-se a videocolicistostomia com exploração das vias biliares. No transoperatório identificou-se intenso processo inflamatório associado a síndrome de Mirizzi tipo IV, com grande cálculo impactado na transição hepato-colédoco. Após o clearance das vias biliares por meio de coledocoscopia e extrator tipo dormia, procedeu-se a hepaticoplastia para reconstrução da árvore biliar. Permaneceu com dreno de Kher 14 durante 60 dias. Colangiorressonância de controle em 7 meses demonstrou árvore biliar de calibre normal, sem dilatações ou estenoses.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL ANTONIAZZI ABAID | [rafaelabaid@hotmail.com](mailto:rafaelabaid@hotmail.com)



## **Cirurgia - Fígado**

### **102490 – Videocolecistectomia com incisões reduzidas**

**AUTORES:** RAFAEL ANTONIAZZI ABAID (UNISC - Santa Cruz do Sul - Rio Grande do Sul - Brasil), Bruno Zilberstein (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente masculino, 36 anos, IMC=27, previamente hígido, com quadro de colelitíase sintomática há 2 meses. Ultrassonografia prévia evidenciava diversos microcálculos na vesícula biliar. Submeteu-se a videocolecistectomia com duas incisões.

A técnica utilizada envolve uma incisão na cicatriz umbilical, onde são utilizados 2 portais, um de 5mm e outro de 10mm. A segunda incisão é de 10mm e é feita no epigástrio, logo abaixo do apêndice xifóide. Um ponto com fio prolene 2-0 é utilizado para elevação da vesícula biliar. A sequência do procedimento é realizada da maneira tradicional.

O tempo cirúrgico foi de 22 minutos desde a introdução do primeiro portal, até a retirada da vesícula da cavidade abdominal. Não houve intercorrências. O paciente recebeu alta hospitalar em 22h. Foi reavaliado no 10º dia pós-operatório. Não houve complicações.

A técnica de colecistectomia laparoscópica com 2 incisões é segura e ergonômica, oferecendo bom resultado estético.

**CONTATO AUTOR:** RAFAEL ANTONIAZZI ABAID | rafaellabaid@hotmail.com

## **Cirurgia - Fígado**

### **1104228 – Abordagem Minimamente Invasiva para Metástases Hepáticas do Câncer Colorretal - Hepatectomia Esquerda por Videolaparoscopia**

**AUTORES:** CARLOS ALMEIDA OBREGON (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), JAIME ARTHUR PIROLA KRUGER (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), GEORGE FELIPE BEZERRA DARCE (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FABRÍCIO FERREIRA COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ULYSSES RIBEIRO JUNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO HERMAN (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SÉRGIO CARLOS NAHAS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Este vídeo demonstra e descreve a abordagem de uma paciente do sexo feminino de 53 anos, portadora de metástases hepáticas de adenocarcinoma de reto, previamente ressecado (ypT3 ypN0).

Após ser submetida a tratamento sistêmico pré-operatório, foi indicada ressecção das lesões em segmentos 2 e 4a por laparoscopia.

Devido proximidade de uma das lesões com a veia hepática média, foi proposta hepatectomia esquerda com ressecção da veia hepática média por laparoscopia.

Na cirurgia, foi utilizada ultrassonografia intraoperatória e realizada abordagem extrafascial e extraglissoniana do pedículo portal esquerdo.

O procedimento não teve intercorrências, tendo a paciente apresentado boa evolução no pós operatório.

O exame anatomopatológico demonstrou ressecção completa e adequada das lesões secundárias.

**CONTATO AUTOR:** CARLOS DE ALMEIDA OBREGON | obregon12\_13@hotmail.com

## Cirurgia - Fígado

### 1104229 – Hepatectomia Robótica Direita com Trombectomia da Veia Porta em paciente com Metástase Hepática Colorectal Recidivada

**AUTORES:** MARCEL AUTRAN MACHADO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO HORTENCES MATTOS (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), MURILLO MACEDO LOBO FILHO (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FABIO FERRARI MAKDISSI (HOSPITAL NOVE DE JULHO - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Hepatectomia é o tratamento padrão para metástases hepáticas colorretais. As metástases hepáticas colorretais são diferentes do carcinoma hepatocelular e raramente apresentam trombos tumorais na veia porta.

#### Métodos

Apresentamos um vídeo de uma hepatectomia robótica direita em uma mulher de 61 anos com metástase hepática colorretal e trombo tumoral macroscópicos na veia porta direita. A volumetria hepática mostrou um futuro remanescente hepático de 52,5%. Hepatectomia direita com trombectomia da veia porta foi indicada. Foi proposta uma abordagem robótica, e foi obtido o consentimento.

#### Resultados

A operação começou com a secção das adesões de laparotomias anteriores. Foi realizado ultra-som para localizar o tumor e para confirmar a invasão da veia porta. O hilo hepático foi cuidadosamente dissecado. A veia porta foi dissecada, e foi vista veia porta direita aumentada com um trombo tumoral protuberante. A veia porta esquerda e o tronco da veia portal foram então temporariamente pinçadas. A veia porta direita foi cuidadosamente seccionada com tesoura robótica tendo o cuidado de não deslocar o trombo. A veia porta foi então suturada com prolene 5-0. A futura linha de transecção foi marcada na área isquêmica. O fígado foi dividido usando pinças bipolares sob irrigação salina. O espécime cirúrgico foi removido por meio de uma incisão supra-púbica e a cavidade abdominal foi drenada. O tempo operatório total foi de 270 minutos, sem transfusão. A patologia confirmou o diagnóstico com margens cirúrgicas livres.

#### Conclusão

A hepatectomia robótica direita com trombectomia tumoral é viável e segura mesmo na presença de invasão da veia porta principal. Este vídeo pode ajudar os cirurgiões a realizar este procedimento complexo.

**CONTATO AUTOR:** MARCEL AUTRAN CESAR MACHADO | [dr@drmarcel.com.br](mailto:dr@drmarcel.com.br)

## **Cirurgia - Fígado**

### **1104557 – Segmentectomia hepática lateral esquerda videolaparoscópica com acesso intra-hepático ao pedículo Glissoniano dos segmentos 2 e 3.**

**AUTORES:** Hamilton Belo França CostaUNI (UNIFACISA e UFCG - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Gabrielle Diniz França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lorenna Raysse Macedo Barbosa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Anna Tereza Cavalcanti Diniz (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Hermann França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: As ressecções hepáticas tornaram-se o método de escolha para a ressecção de metástases hepáticas de origem colorretal e neuroendócrinas, graças ao melhor conhecimento da anatomia segmentar do fígado e ao desenvolvimento de técnicas, que reduzem o sangramento intraoperatório. Paralelamente ocorreu o desenvolvimento da técnica de ressecção hepática por videolaparoscopia que necessita de capacitação técnica em cirurgia laparoscópica avançada e em cirurgia hepática, e de instrumentos especiais como grampeador laparoscópico com cargas vasculares e energia ultrassônica ou bipolar avançada que permitiram a redução acentuada da morbidade e mortalidade operatórias com menor trauma, menor dor pós-operatória, preservação da parede abdominal, melhor efeito cosmético, menor sangramento, menor tempo de internação e retorno precoce ao trabalho. A segmentectomia lateral esquerda é realizada por acesso intra-hepático ao pedículo Glissoniano dos segmentos 2 e 3 que é seccionado com grampeador com carga vascular. O fígado é seccionado com pinça bipolar avançada ou bisturi harmônico e a veia hepática esquerda é dividida com grampeador. A peça é retirada por minilaparotomia de Pfannenstiel. A cavidade é revisada e drenada.

Objetivo: Apresentar um vídeo de uma segmentectomia hepática lateral esquerda videolaparoscópica (VL) com acesso intra-hepático ao pedículo Glissoniano dos segmentos 2 e 3 em paciente 66 anos, sexo masculino, no pós-operatório tardio de retossigmoidectomia abdominal com ileostomia de proteção, cistectomia parcial e ureterólise esquerda por VL para tratamento de neoplasia avançada de reto há 9 cm da borda anal com invasão da bexiga e ureter esquerdo. Permaneceu internado por 11 dias. Foi diagnosticado um nódulo hepático no segmento II. Fez 7 sessões de quimioterapia com Folfox e em seguida submeteu-se a segmentectomia hepática lateral esquerda VL e fechamento da ileostomia. Pós-operatório sem intercorrências.

Conclusão: A segmentectomia lateral esquerda laparoscópica (segmento 2 e 3) é factível, segura, sangramento intraoperatório mínimo e apresenta bons resultados imediatos, com recuperação rápida e retorno precoce às atividades profissionais, desde que realizado em centros especializados e por equipes com experiência em cirurgia hepática e laparoscopia avançada.

**CONTATO AUTOR:** HAMILTON BELO DE FRANCA COSTA | [hamiltonbelo1@gmail.com](mailto:hamiltonbelo1@gmail.com)

## **Cirurgia - Intestinos**

### **102270 – Correção de hérnia paraduodenal por videolaparoscopia**

**AUTORES:** BIANCA BARBOSA FARIA (ESCS - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), ANDRE JACCOUD DE OLIVEIRA (ESCS - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), NIMER RATIB MEDREI (ESCS - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), MARCOS GIOVANI PEREIRA (ESCS - BRASILIA - Distrito Federal - Brasil), Talyssa Junqueira Arantes (Escs - Brasília - Distrito Federal - Brasil)

**RESUMO:** Paciente, sexo feminino, 17 anos, sem comorbidades prévias relatadas, negando cirurgias prévias, deu entrada no serviço de Cirurgia Geral, com queixa de dor abdominal moderada iniciada há 08 dias, associada a vômito e distensão abdominal pós prandial. Não apresentava sintomatologia condizente com obstrução intestinal. Ao exame físico apresentava dor à palpação em mesogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou tomografia computadorizada de abdômen evidenciando estiramento dos vasos do mesocólon, com sinais de torção, na região do mesogastro / hipogastro à direita com hiperemia dos vasos correspondentes e densificação da gordura. Sem sinais de obstrução ao trânsito intestinal. Moderada quantidade de resíduo fecal nos cólons, sem fator obstrutivo mecânico. Foi submetida à laparoscopia no dia seguinte com achado de hérnia de paraduodenal, formada por alças de intestino delgado, emergindo pela Fossa de Waldeyer.

No ato operatório foi realizada correção da hérnia, não havia sinais de isquemia intestinal. Paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório, aceitando bem a dieta e sem intercorrências.

**CONTATO AUTOR:** BIANCA BARBOSA FARIA | biancabarbossa93.bbf@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104434 – REABORDAGEM POR ROBÓTICA EM HÉRNIA HIATAL RECIDIVADA**

**AUTORES:** Aluísio Stoll (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Carlos Eduardo Domene (Rede D'OR - São Paulo - São Paulo - Brasil), Flávio Daniel Saavedra Tomasich (Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - Paraná - Brasil), Evellyn Moura Peixoto (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Rebecca Barreto Hermann (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Tatiane Oliveira Nogueira (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil), Vitoria Souza Bogó (Universidade da Região de Joinville - Joinville - Santa Catarina - Brasil)

**RESUMO:** Paciente feminina, 73 anos, com história de sintomas gastroesofágicos e hérnia hiatal paraesofágica, foi submetida às cirurgias corretivas; funduplicatura no ano de 2000, com a utilização da técnica de Nissen, sendo necessária reoperação em 2005, com a mesma técnica operatória, foi evidenciado que haviam se desfeitos os pontos, restando apenas um ponto. Entretanto, a paciente retornou ao serviço de saúde, em 2019, com queixas de eructações frequentes, vômitos pós prandial, pirose e sensação de distensão gástrica pós alimentação. Foi realizado endoscopia digestiva alta, que identificou a presença de esofagite leve grau A, pólipos esofágicos, pangastrite leve e hérnia de hiato volumosa, sendo prescrito uso de esomeprazol magnésico e maleato de trimebutina acompanhado de restrição alimentar, com melhora dos sintomas. O estudo contrastado de esôfago-estômago-duodeno apontou a presença de hérnia paraesofageana de deslizamento com refluxo esofágico passivo moderado para acentuado, sendo sugerida para reoperação robótica. Realizada hiatorrafia com um ponto e fundoduplicadura pela técnica de Nissen sem intercorrências. Dois meses após a cirurgia, foi realizado RX contrastado para controle pós cirúrgico, evidenciando fundo gástrico encostado na região inferior do diafragma sem evidências de refluxo.

**CONTATO AUTOR:** EVELLYN DE MOURA PEIXOTO | mouradeve00@gmail.com

## **Cirurgia - Intestinos**

### **1104533 – Lise de bridas por videolaparoscopia na obstrução intestinal em obesa mórbida dermolipectomizada**

**AUTORES:** Hamilton Belo França Costa (UNIFACISA e UFCG - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Gabrielle Diniz França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Lorenna Raysse Macedo Barbosa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Anna Tereza Cavalcanti Diniz (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil), Hermann França Costa (UNIFACISA - Campina Grande - Paraíba - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: A abordagem por videolaparoscopia (VL) da obstrução do intestino delgado tem sido bastante limitada e alvo de numerosas críticas, mas a experiência com o método, têm permitido tratar cada vez mais pacientes obstruídos por VL em casos selecionados. Considerada por alguns uma contraindicação absoluta para a VL (risco de lesões entéricas iatrogênicas, dificuldade de localização do ponto de obstrução pela distensão intestinal e dificuldade de manusear alça intestinal frágeis e com distensão), está sendo cada vez mais empregada e alguns cirurgiões a consideram uma contraindicação relativa nas obstruções intestinais intermitentes ou recorrentes e contribui para precisar a localização, a causa, e o tipo de obstrução, além de estimar a viabilidade da alça intestinal.

Apesar de associada a menor permanência hospitalar e menor morbidade, a pouca motivação para utilização do método é devido ao risco de perfurações intestinais acidentais e impossibilidade de visualizar ou abordar com sucesso o ponto de obstrução. A introdução do primeiro trocarte sob visão ótica depois da instalação do pneumoperitoneo pelo acesso de Palmer acrescenta maior segurança. Da mesma forma, os avanços técnicos, tais como bisturi harmônico, acrescentam segurança e confiança ao uso do método VL.

Objetivo: Apresentar vídeo de lise de brida por VL em obesa mórbida, hipertensa, 90 anos, com volumosa hérnia umbilical encarcerada e antecedentes de histerectomia total, apendicectomia e dermolipectomia abdominal, internada com vômitos amarelados, dor no flanco e fossa ilíaca direita, distensão abdominal, parada de evacuação e de eliminação de gases. Tomografia abdominal mostrou distensão de delgado com níveis hidroaéreos. Após tentativa de tratamento clínico conservador, com sondagem nasogástrica, reposição hidroeletrólítica e hidratação venosa, houve melhora clínica por três dias. Voltou a apresentar vômitos fecaloides, dor e distensão abdominal após ingestão líquida. Reavaliamos com radiografia simples de abdome que mostrou níveis hidroaéreos e ausência de gás no reto configurando obstrução intestinal. Indicamos e realizamos uma videolaparoscopia com lise de brida por VL e herniorrafia umbilical.

Conclusão: O tratamento VL da obstrução intestinal oferece nítidos benefícios e se apresenta viável quando empregado por equipes experientes e em casos selecionados, com finalidades diagnósticas ou terapêuticas.

**CONTATO AUTOR:** HAMILTON BELO DE FRANCA COSTA | hamiltonbelo1@gmail.com

## Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

### 101891 – LITÍASE INTRA-HEPÁTICA COM ANATOMIA ALTERADA - UM TRATAMENTO ALTERNATIVO.

**AUTORES:** JULIA MAYUMI GREGORIO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), BRUNO COSTA MARTINS (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), EDSON IDE (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), SERGIO EIJI MATUGUMA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUCAS ZOUAIN FIGUEIREDO (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), LUCAS Giovinazzo Castanho Barros (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Leonardo de Souza Fonseca (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), CARLOS KIYOSHI FURUYA JUNIOR (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), RICARDO VITOR COHEN (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), PAULO SAKAI (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** CASO CLÍNICO Mulher, 48 anos, há 15 anos evoluiu com estenose cicatricial benigna após colecistectomia, tratada com derivação biliodigestiva (BD) em Y de Roux. Há 5 anos apresentava episódios de colangite de repetição tratados clinicamente com aumento da frequência há 1 ano. Fora de crise, assintomática, mantém enzimas canaliculares alteradas. Realizou colangioRM que identificou estenose na anastomose BD e imagens sugestivas de cálculos intra-hepáticos (IH). Optado por colangiografia transparieto-hepática (CTPH) que evidenciou dilatação IH à direita e imagem sugestiva de litíase impossibilitando a transposição do fio guia ou mobilização dos cálculos. Realizada então, drenagem biliar externa. Após 2 dias, submetida à abordagem híbrida (LECS) para acesso à anastomose BD. Introduzido endoscópio padrão através da alça e progressão até localização da anastomose que se apresentava estenosada, com drenagem independente dos ductos hepáticos. Procedida a dilatação balonada (8 mm), das anastomoses seguida de extração dos cálculos.

Colangiografia de controle com cálculos IH, não acessíveis ao balão extrator, optado por colangioscopia direta com aparelho slim, sob infusão de soro fisiológico. Efetuada fragmentação dos cálculos com pinça de biópsia, seguida de extração de todos os cálculos com aparelho padrão.

#### DISCUSSÃO

Litíase IH é desafiadora principalmente nos casos com anatomia alterada. Informações exatas sobre cirurgia realizada e exames como a colangioRM são fundamentais para o planejamento terapêutico.

São opções de tratamento CTPH, CPRE por enteroscopia (CPRE-ET), acesso ecoguiado ou cirurgia. A CTPH permite acesso menos invasivo com bons resultados para estenoses de anastomose BD. A CPRE-ET tem limitações como a falta de acessórios dedicados e dificuldade no acesso à derivação BD quando reconstruções com alças longas, já a cirurgia apresenta limitação no tratamento de LIH. EcoEDA fica restrita aos casos de neoplasia (drenagem hepatogástrica) e permite a passagem de próteses transanastomóticas, porém com elevado custo. SpyGlass é um recurso utilizado tanto na abordagem por CPTH como na cirurgia híbrida. Optamos pela utilização do endoscópio slim, que possui um canal de acessório mais calibroso.

#### CONCLUSÃO

Abordagem de litíase IH com anatomia alterada deve ser realizada em centros especializados que dispõem de equipes multidisciplinares assim como arsenal avançado para obter os melhores resultados.

**CONTATO AUTOR:** JULIA MAYUMI GREGORIO | juliaendoscopia@gmail.com



## **Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada**

### **102403 – Colangioscopia direta e litotripsia em paciente com estenose benigna da via biliar**

**AUTORES:** Victor Lira de Oliveira (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Tomazo Antônio Prince Franzini (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifânio Silvino do Monte Júnior (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fernando Lopes Ponte Neto (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pastor Joaquin Ortiz Mendieta (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Horneaux de Moura (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, sem comorbidades e com antecedente cirúrgico de hepatectomia direita há 10 anos para doação de fígado em transplante hepático intervivos. Evoluiu após esse procedimento com fístula biliar que, após resolução, culminou posteriormente com estenose da via biliar.

A partir desse evento, apresentou episódios recorrentes de icterícia flutuante e dor abdominal secundárias a coledocolitíase. Foi submetida a sucessivas CPREs com extração de cálculos e aposição de próteses biliares plásticas com resolução temporária dos sintomas e posteriores recrudescências.

Diante de novo quadro similar e da refratariedade terapêutica dos métodos de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica convencionais, foi optado por realização de CPRE com colangioscopia direta e litotripsia. Foi submetida a tal procedimento, havendo fragmentação bem sucedida dos cálculos e extração parcial dos mesmos com aposição de próteses biliares plásticas retas.

Recebeu alta com 24h pós procedimento e cinco dias após o procedimento, apresentou febre, calafrios e icterícia associada a aumento de bilirrubinas com resolução espontânea após dois dias. Apesar da melhora, foi iniciada antibioticoterapia e paciente foi reinternada para realização de novo procedimento de CPRE. Nesse procedimento, foi realizada retirada das próteses retas, dilatação balonada da área estenótica, extração de fragmentos residuais de cálculos com auxílio de basket e balão extrator. Por fim, foram aposicionadas três próteses biliares tipo duplo pigtail e paciente recebeu alta com 24h, permanecendo assintomática após 30 dias de follow up.

**CONTATO AUTOR:** VICTOR LIRA DE OLIVEIRA | victorlira.oliveira@gmail.com

## Endoscopia - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

### 1104323 – Opções terapêuticas no manejo endoscópico da pancreatite crônica

**AUTORES:** Bruno Salomão Hirsch (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renato Baracat (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Eiji Matuguma (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Victor Aniz Gomes de Oliveira (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Bond Boghossian (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** Apresentação do Caso:

Paciente masculino, 67 anos, com história de pancreatite crônica alcoólica, com episódios prévios de agudização e internação hospitalar, procura atendimento por dor epigástrica crônica. Antecedentes de etilismo e tabagismo em abstenção, DPOC e diabetes. Tomografia de abdome evidenciou dilatação de ducto pancreático principal (DPP), atrofia do parênquima pancreático e calcificação intraductal obstrutiva junto à cabeça pancreática, compatível com pancreatite crônica. Encaminhado para tratamento no Serviço de Endoscopia, quando foi inicialmente submetido à CPRE, que detectou cálculo medindo 8,4 mm no DPP. Realizada esfínterectomia pancreática e posteriormente realizada litotripsia extracorpórea com ondas de choque (LECO), que ocorreu em uma única sessão, sem intercorrências. Após 7 dias, uma nova CPRE demonstrou litotripsia efetiva com fragmentação do cálculo intraductal, e duas estenoses no DPP. Foi possível remover os microcálculos e dilatar as estenoses.

O paciente evoluiu com náuseas e dor abdominal de leve intensidade nas 48 horas pós procedimento, controlados com sintomáticos. No seguimento de 2 meses, evoluiu assintomático e sem novos episódios de agudização da pancreatite.

Discussão: A dor na pancreatite crônica é multifatorial. Sua fisiopatologia envolve: dilatação ductal, aumento da pressão ductal, inflamação crônica parenquimatosa e dor neuropática. O tratamento da dor crônica é desafiador, e a abordagem multidisciplinar geralmente é necessária. No tratamento endoscópico na pancreatite crônica incluem: esfínterectomia pancreática, dilatação de estenoses ductais, fragmentação e extração de cálculos ductais, colocação de próteses pancreáticas, drenagem de pseudocisto, bloqueio de plexo celíaco, e derivação gastropancreática ecoguiada. A LECO é a terapia de primeira escolha nos pacientes com pancreatite crônica com cálculos intraductais obstrutivos maiores que 5 mm, localizados em cabeça/corpo pancreático. Estenoses segmentares podem ser tratadas com dilatação balonada e colocação de próteses.

Comentários Finais: A LECO é amplamente disponível devido ao seu uso no tratamento de nefrolitíase, porém é subutilizada no tratamento de pancreatite crônica no Brasil. É fundamental selecionar corretamente os pacientes que podem se beneficiar do tratamento endoscópico para atingir os melhores resultados. No caso reportado, o paciente apresentou melhora clínica significativa, resultando em melhor qualidade de vida.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO SALOMAO HIRSCH | brunosalomah@hotmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 101849 – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA MUCOSA UNDERWATER PARA RECORRÊNCIA APÓS RESSECÇÃO PRÉVIA DE PÓLIPO COLORRETAL (COM VÍDEO)

**AUTORES:** Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mauro Mendes Picolo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Júlia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo de Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), LILA GRAZIELLA BICALHO LOPES (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), RENZO FEITOZA RUIZ (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), CLARISSA SANTOS SOUZA (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Renan Ribeiro Ribeiro (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** •Caso clínico:

Mulher, 73 anos, com história de ressecção de lesão de crescimento lateral(LST) de ceco de 25mm, pela técnica de mucosectomia em piecemeal(PEMR) há 2 anos, vem para realização de colonoscopia ambulatorial. Ao exame, foi identificada junto ao óstio apendicular, cicatriz decorrente de ressecção endoscópica prévia, sobre a qual havia lesão plano-elevada de 16mm, indicando recidiva local. Efetuada ressecção da lesão em monobloco pela técnica de mucosectomia underwater(UEMR). O AP foi de adenoma túbulo-viloso com displasia de baixo grau. Até o momento não há colonoscopia de controle.

#### •Discussão:

Grandes lesões colorretais podem ser removidas endoscopicamente se o risco de câncer invasivo for baixo e se o seu tamanho e localização favorecerem a ressecção com baixo risco de complicações. As lesões devem ser idealmente removidas em bloco pela técnica de mucosectomia(EMR) ou através da dissecação endoscópica da submucosa(ESD). Apesar da ESD apresentar maiores taxas de ressecção em bloco e menores taxas de recorrência, a EMR/PEMR permanecem sendo as modalidades mais populares para o tratamento das LSTs colorretais, especialmente no ocidente, onde a experiência em ESD não está amplamente disponível. No entanto, a PEMR está associada a um risco de recorrência de até 50%, provavelmente devido a áreas microscópicas de tumor residual nas margens da peça ressecada.

O tratamento da recorrência após PEMR é tecnicamente desafiador. A fibrose que se desenvolve no local da ressecção, prejudica a elevação da lesão por injeção submucosa(SM), dificultando a ressecção por EMR. ESD também é difícil de realizar neste cenário, uma vez que a fibrose da SM torna difícil separar a lesão do músculo subjacente, levando a aumento nos riscos de fragmentação da amostra e de perfuração.

UEMR é uma técnica nova para ressecção de lesões colorretais, que dispensa a necessidade de injeção SM. A técnica consiste na eliminação do ar do cólon e substituição por água ou solução salina estéril. As dobras da mucosa e da SM tendem a se separar da muscular própria por um efeito de fluatibilidade, facilitando a apreensão da lesão pela alça de polipectomia. UEMR parece oferecer benefícios significativos em comparação com a EMR convencional dessas lesões difíceis, com altas taxas de ressecção em bloco e menores taxas de recorrência.

#### •Considerações Finais:

UEMR pode ser uma técnica útil e viável para o tratamento da recorrência após ressecção endoscópica prévia de pólipos colorretais.

**CONTATO AUTOR:** FELLIPE CICUTO FERREIRA ROCHA | [cicutomed@gmail.com](mailto:cicutomed@gmail.com)

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102012 – Pólipo Serrilhado Pediculado em Cólon Transverso - Relato de caso

**AUTORES:** Angelo So Taa Kum (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pastor Joaquín Ortiz Mendieta (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Caroline Flaksbaum Moll (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Fernanda Shinin Merchán (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Josselyn Mariana Vera Intriago (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), IGOR MENDONCA PROENÇA (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Mauricio Kazuyoshi Minata (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Pereira Funari (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Hospital das Clínicas FMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

#### **RESUMO:** Relato de Caso

Paciente encaminhada para realização de polipectomia de pólipo em cólon transverso encontrado em exame de Colonoscopia de Rastreo. Encontrado:

- pólipo pediculado, com porção cefálica de superfície nodular, irregular, avermelhada, medindo cerca de 25 mm, com pedículo largo, de aproximadamente 1 cm, localizado em cólon transverso. Classificação de Paris: 0-1p.

Proposta terapêutica realizada com hemostasia profilática com loop endoscópico, seguida de ressecção com alça diatérmica. Todo o procedimento foi sem intercorrências. Peça encaminhada para avaliação da Patologia.

Apesar do achado endoscópico sugerir um pólipo adenomatoso, o resultado anatomopatológico foi: LESÃO SÉSSIL SERRILHADA COM DISPLASIA DE BAIXO GRAU.

#### Discussão

A descrição de lesão séssil é meramente histopatológica apesar do desencontro com o achado endoscópico pediculado. Sabe-se que pólipos serrilhados sésseis são comumente encontrados em cólon proximal e os serrilhados tradicionais, em cólon distal. Estes sendo associados ao maior risco de desenvolvimento de Câncer Colorretal (CCR). Em revisão na literatura, pólipos serrilhados pediculados são raros e ainda mais incomum serem encontrados em cólon transverso.

**CONTATO AUTOR:** ANGELO SO TAA KUM | [angelo.kum@alumni.usp.br](mailto:angelo.kum@alumni.usp.br)

## Endoscopia - Colonoscopia

### 102167 – Endoscopic treatment of rectovesical fistula after colorectal anastomosis: tube-in-tube endoscopic vacuum therapy (TT-EVT) method.

**AUTORES:** Caio Almeida Perez (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Mochate Flor (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), John Alexander Lata Guacho (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Marina Tucci G B Ferreira (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Marcelo Simas Lima (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fauze Maluf-Filho (Instituto do Cancer do Estado de São Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** A 56-year-old male patient underwent rectosigmoidectomy, partial cystectomy and derivative colostomy for locally advanced distal rectal adenocarcinoma, persistent after chemoradiation. On the 25th postoperative day, he presented clinical worsening and increased abdominal drain output, and was submitted to tomography with intravesical contrast infusion, which showed rectovesical fistula, communicating with surgical drain.

Rectoscopy showed a semicircumferential leak of colorectal anastomosis. Endoscopic exploration of pelvic cavity allowed removal of clots and necrosis, also cleansing with hydrogen peroxide 3% was done. As the surgical drain was in place, a tube-in-tube endoscopic vacuum therapy (TT-EVT), in intracavitary position, was performed: a guidewire was inserted through the pelvic drain and captured with grasper, then it was used to introduce a 14Fr Levine tube into surgical drain. Continuous aspiration with 125 mmHg negative pressure started. The pump was disconnected daily, so tubes could be used to irrigate cavity (1).

After 10 days, new rectoscopy showed significant reduction of leakage and pelvic cavity, with granulation tissue formation. Full thickness endoscopic clip was deployed, achieving complete closure of colorectal anastomotic fistula. The decision was to maintain intracavitary TT-EVT, draining the urinary fistula.

Ten days later, a third rectoscopy showed sustained closure of the anastomotic fistula. An ultra-slim endoscope (4.9mm) was inserted through the drain path, which was thin and long, mimicking a remaining "cystostomy". Negative pressure was turned off and a penrose drain was left near the vesical wall.

Twenty-five days later a new tomography with intravesical contrast infusion showed well-positioned clip, without extravasation of contrast. Pelvic drain was removed and patient was discharged. Control rectoscopy confirmed defect closure and allowed reconstructive surgery.

In conclusion, tube-in-tube endoscopic vacuum therapy can be done through previously placed surgical drains, into intracavitary position. It is an effective, easy to build and low cost treatment option even when facing complex digestive fistulas.

#### References:

1) Lima M, Lima G, Pennacchi C, Scomparin R, De Paulo G, Martins B, et al. A simple way to deliver vacuum therapy: The tube-in-tube endoluminal vacuum therapy modification. *Endoscopy*. 2021;53(8):E317.

**CONTATO AUTOR:** CAIO ALMEIDA PEREZ | caioperez90@gmail.com

## Endoscopia - Colonoscopia

### 1104337 – Adenoma séssil serrilhado sobre lipoma submucoso: uma associação rara

**AUTORES:** Marcio Roberto Facanali Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Adriana Vaz Safatle-Ribeiro (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Isabella Nicácio de Freitas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Afonso Henrique Silva Sousa Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Carlos Nahas (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Lipomas são tumores não epiteliais incomuns no cólon, mais prevalentes em idosos, e a sobreposição com lesões epiteliais é um achado raro na literatura. Este vídeo exhibe uma colonoscopia de alta definição (Fujifilm Eluxeo 7000) com auxílio de inteligência artificial (Fujifilm CAD EYE), para rastreamento de câncer colorretal em uma paciente feminina, de 60 anos, com teste imunoquímico fecal positivo (64 ng/ml). No cólon ascendente, observou-se uma lesão planoelevada, tipo 0-IIa de Paris, medindo aproximadamente 7 mm no seu maior eixo, identificado simultaneamente pela inteligência artificial, que classificou a lesão como hiperplásica. À magnificação, notou-se padrão de abertura de criptas do tipo II-O, descrito por Kimura, sugestivo de lesão séssil serrilhada. Após elevação da lesão com solução salina a 0,9% e retirada em monobloco com alça diatérmica, observou-se tecido adiposo no leito da ressecção. Num primeiro momento, pensou-se numa possível perfuração, mas, à revisão cuidadosa do leito, tal hipótese foi descartada. O exame histopatológico da peça demonstrou lipoma submucoso associado à lesão séssil serrilhada. Conclusão: Este vídeo demonstra um caso raro de associação de adenoma séssil serrilhado sobre um lipoma de cólon. Endoscópios de alta definição com auxílio de inteligência artificial podem aprimorar o diagnóstico de lesões durante o rastreamento do câncer colorretal.

**CONTATO AUTOR:** MARCIO ROBERTO FACANALI JUNIOR | [mrfacanalli@hotmail.com](mailto:mrfacanalli@hotmail.com)

## **Endoscopia - Ecoendoscopia**

### **102011 – Derivação coledocogástrica e gastroenteroanastomose ecoguiada em obstrução biliar e gastroduodenal maligna**

**AUTORES:** Matheus Candido Hemerly (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Bond Boghossian (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Silva de Paula Rocha (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Dalton Marques Chaves (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo de Oliveira Luz (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente de 74 anos, diagnosticado com neoplasia em cabeça de pâncreas, que se manifestou clinicamente com icterícia colestática e obstrução duodenal, além de sintomas como astenia e perda ponderal.

Após avaliação, decidida por terapia endoscópica visando dar uma melhor qualidade de vida ao paciente, através de realização de uma drenagem de vias biliares ecoguiada para correção da colestase, e da confecção de uma gastroenteroanastomose, também ecoguiada, para resolução do quadro obstrutivo intestinal.

Após realização de ambos os procedimentos, paciente apresentou progressivamente uma queda do nível de bilirrubinas e uma aceitação a dieta oral sólida.

**CONTATO AUTOR:** MATHEUS HEMERLY | [hemerly1@hotmail.com](mailto:hemerly1@hotmail.com)

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 102050 – Tratamento de colangite e melena em paciente com tumor estenosante de papila duodenal paliativo

**AUTORES:** PEDRO HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Gustavo de Oliveira Luz (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Marcos Eduardo Lera dos Santos (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Sérgio Eiji Matuguma (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte junior (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), MARIA VITORIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Gabriel Mayo Oliveira de Souza (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente feminina, 81 anos, com diagnóstico prévio de tumor de papila duodenal, em tratamento paliativo para sintomas com CPRE e próteses plásticas para drenagem biliar. Comparece a serviço externo com quadro de colangite e melena, em grave estado geral, necessitando de intubação e drogas vasoativas. Realizado tentativa de CPRE externa com presença de estenose duodenal tumoral impedindo progressão de duodenoscópio. Encaminhado para avaliação em serviço especializado de endoscopia terapêutica. Paciente chega em nosso serviço em grave estado geral, com elevação de bilirrubinas total (15,4mg/dL) e direta (14,2mg/dL) e leucocitose (33760/mm<sup>3</sup>). Após avaliação endoscópica inicial, optado por drenagem de via biliar para bulbo duodenal com stent tipo LAMS de 8x6mm guiado por ecoendoscopia com imediata drenagem de conteúdo biliar. Devido a quadro associado de melena e estenose duodenal, foi optado, também por uso de stent autoexpansível 120x20mm totalmente descoberto. Paciente evolui com melhora laboratorial, queda de bilirrubinas total e direta (5,65 e 4,83mg/dL, respectivamente) e da leucocitose (14520/mm<sup>3</sup>), com redução de drogas vasoativas e extubação. Em avaliação em D5, paciente tem LAMS coledocoduodenal funcionante e SEMS duodenal pérvio, sem sinais de sangramento ativo. Apesar de tratamento endoscópico com sucesso técnico e clínico, paciente evoluiu a óbito em D7 devido a complicações da sepse

**CONTATO AUTOR:** PEDRO HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS | phbvr93@hotmail.com



## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 102273 – Drenagem Biliar Hepatogastrica Ecoguiada em Paciente com Gastrectomia com Reconstrução em Y-de-Roux.

**AUTORES:** Alexandre Moraes Besetti (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antonio Afonso Miranda Neto (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Victor Aniz Gomes de Oliveira (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendona Proença (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Marcos Eduardo Lera dos Santos (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Pereira Funari (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mauricio Kazuyoshi Minata (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Horneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente feminina de 67 anos, apresentava história prévia de abdome agudo obstrutivo em 2017 por adenocarcinoma gástrico, sendo submetida a laparotomia exploradora e gastroenteroanastomose cirúrgica. Posteriormente, recebeu quimioterapia neoadjuvante, sendo realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y-de-Roux, em 2018. À época o estadiamento foi definido como T4N0M0.

Paciente apresenta em 2021 quadro de síndrome colestática, sendo evidenciada recidiva por lesão periampular e metástases hepáticas. Sem possibilidade de acesso por CPRE, proposta drenagem hepatogástrica ecoguiada, sendo procedimento realizado sem intecorrências com colocação de stent biliar metálico totalmente recoberto.

**CONTATO AUTOR:** ALEXANDRE MORAES BESTETTI | bestetti.alexandre@gmail.com

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 101960 – Endoscopic ultrasonography-guided double-balloon-occluded gastrojejunostomy bypass (EPASS) for malignant gastric outlet obstruction

**AUTORES:** Marcelo Mochate Flor (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Caio Almeida Perez (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Marina Baldavira Tucci (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), John Alexander Lata (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Bruno Costa Martins (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Gustavo Andrade de Paulo (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Luciano Lenz Tolentino (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil), Fauze Maluf Filho (ICESP / HCFMUSP - SP - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Female patient, 58 years-old, being followed-up for ulcerative colitis. The patient evolved with the presence of a pancreatic nodule on follow-up tomography. Undergoing endoscopic ultrasound with puncture and diagnosis of pancreatic head adenocarcinoma.

She evolved with jaundice and acute cholangitis, being submitted to biliary drainage by ERCP.

One month later, the disease progressed with duodenal invasion and obstructive symptoms. Endoscopic palliation of obstructive symptoms was opted with endoscopic ultrasonography-guided double-balloon-occluded gastrojejunostomy bypass (EPASS).

Patient presented good resolution of obstructive symptoms during follow-up, referred for continuation of chemotherapy.

Surgical gastrojejunostomy (GJ), which has been the standard palliative treatment for malignant gastric outlet obstruction (MGOO), is associated with good functional outcome and the long-term relief of symptoms. Endoscopic placement of a metal stent for MGOO treatment has been gaining popularity as an alternative to surgical GJ because of its high technical success rates and less invasiveness.

In conclusion, we established the feasibility of an EUS-GJ technique using a unique double-balloon tube and a novel electrocautery tipped stent delivery system equipped with a LAMS.

**CONTATO AUTOR:** MARCELO MOCHATE FLOR | mmochate@gmail.com

**1104280 – ENDOSCOPIC ULTRASOUND: A TOOL TO STAGE EARLY TUMORS IN THE RIGHT COLON**

**AUTORES:** Guilherme Henrique Peixoto de Oliveira (HCFMUSP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Eiji Matuguma (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Vitor Massaro Takamatsu Sagae (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Lateral spreading tumors (LST) are precursors of colorectal cancer (CRC), the risk of metastasis depends on endoscopic and histological characteristics. The most frequently raised clinical question is whether the patient has an endoscopically resectable lesion or needs surgical intervention, been the LST morphology the main characteristic that determines this approach.

We present a case of a 61-year-old female who presented to our institution to perform a colonoscopy due to an abdominal computed tomography showing thickening of the cecum. Colonoscopy showed a granular nodular-mixed LST with approximately 5 cm in the cecum. The lesion had a predominant JNET 2B and Kudo IV pattern with some areas showing JNET 3, Kudo Vn pattern raising the concern of massive submucosal invasion. Our institution has extensive expertise in performing endoscopic submucosal dissection (ESD) and this could be an excellent therapeutic approach. Due to concern of depth invasion, we performed an endoscopic ultrasound (EUS) of the region. Using a front-view radial echoendoscope, with the aid of an overtube to facilitate the passage through the sigmoid, the cecum was easily reached. The endosonography analysis showed no signs of submucosal invasion. But due to the KUDO and JNET patterns in some areas, the patient was referred to surgical resection. A right hemicolectomy was performed. The histopathological assessment was consistent with an adenocarcinoma "in situ" restrict to the mucosa.

This case shows that EUS in the right colon is feasible and can bring important information to benefit patients. The use of EUS in rectal lesions is well known, but further advances in the study of the colon with this tool are necessary.

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME HENRIQUE PEIXOTO DE OLIVEIRA | [dr.guilhermehpoliveira@gmail.com](mailto:dr.guilhermehpoliveira@gmail.com)

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 1104290 – Acesso gástrico endoscópico temporário (GATE) para tratamento de coledocolitíase pós bypass gástrico em Y de Roux: relato de caso

**AUTORES:** Marcos Eduardo Lera Dos Santos (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno Salomão Hirsch (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), José Jukemura (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux De Moura (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Mulher, 34 anos, com história de bypass gástrico em Y de Roux há 4 anos e colecistectomia videolaparoscópica há 3 anos, interna com quadro de coledocolitíase sintomática. Indicado tratamento com CPRE através de acesso gástrico endoscópico temporário (GATE). O procedimento foi realizado em dois tempos. Na primeira etapa, o estômago excluído foi localizado com o ecoendoscópio, seguido por punção com agulha 19G. Após confirmação radioscópica da posição intragástrica, realizada passagem do fio guia teflonado, seguida pela introdução e liberação do stent de aposição luminal (LAMS) com sistema de entrega com cautério.

A segunda etapa do procedimento foi realizada em 7 dias. Após confirmação do posicionamento adequado do stent, realizada passagem do duodenoscópio para o estômago excluído, permitindo acesso ao duodeno e via biliar. A CPRE foi realizada com sucesso, sendo realizada papilotomia endoscópica e remoção dos cálculos. Imediatamente após, a LAMS foi removida e um stent duplo pigtail foi colocado para manter o pertuito caso fosse necessária a reabordagem precoce. O procedimento ocorreu sem intercorrências, e a paciente teve alta em 2 dias.

A paciente retornou para revisão endoscópica em 2 semanas. O stent plástico havia migrado, e a fístula gastrogástrica se encontrava praticamente fechada.

**Discussão:** CPRE em pacientes submetidos à bypass gástrico em Y de Roux é um procedimento desafiador. O acesso à via biliar através da enteroscopia é trabalhoso e frequentemente não-resolutivo. A CPRE assistida por videolaparoscopia é mais invasiva, e entre as desvantagens, necessita a mobilização de maior equipe médica.

A CPRE através de GATE foi inicialmente descrita em 2014 como uma alternativa ao acesso à via biliar. Ao contrário da CPRE assistida por enteroscopia, com o GATE é possível acessar a papila duodenal maior de forma mais anatômica e habitual ao endoscopista, o que facilita a canulação da via biliar e realização de terapêutica. A literatura mostra que o GATE+CPRE possui altas taxas de sucesso clínico e eventos adversos raros. Acreditamos que esta é a melhor estratégia para acesso à via biliar pós bypass gástrico em Y de Roux, especialmente em pacientes pós colecistectomia que podem evitar nova cirurgia.

**Comentários Finais:** Descrevemos pela primeira vez no Brasil um caso de tratamento endoscópico de coledocolitíase em paciente com gastroplastia em Y de Roux através de GATE. Este é um procedimento seguro e eficaz que cada vez mais será utilizado neste cenário.

**CONTATO AUTOR:** BRUNO SALOMAO HIRSCH | brunosalomah@hotmail.com

## Endoscopia - Ecoendoscopia

### 1104318 – Drenagem biliar ecoguiada primária em tumor de confluência biliopancreática - relato de caso

**AUTORES:** PEDRO HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), JOAO GUILHERME RIBEIRO JORDÃO SASSO (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), DIOGO TURIANI HOURNEAUX DE MOURA (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), RODRIGO SILVA DE PAULA ROCHA (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO VICTOR ANIZ GOMES DE OLIVEIRA (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PASTOR JOAQUÍN ORTIZ MENDIETA (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARIA VITÓRIA CURY VIEIRA SCATIMBURGO (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), Alexandre Moraes Bestetti (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Cândido Hemerly (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - sao paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente, sexo feminino, de 83 anos, hipertensa e tabagista, iniciou quadro colestático progressivo há 3 meses, associado a perda ponderal de 15kg e inapetência nos últimos 6 meses. Encaminhada ao serviço de endoscopia para ecoendoscopia seguido de CPRE por hipótese diagnóstica de coledocolitíase.

À primeira avaliação, por ecoendoscopia, nota-se presença de lesão hipoecóica, de ecotextura heterogênea, medindo cerca de 16,2x16,3mm. Apresenta contornos irregulares e limites bem definidos, não havendo reforço ao doppler.

Características da lesão sugerem lesão vegetante tumoral primária de via biliar distal. Essa lesão gera uma dilatação a montante até 18 mm e estende até a confluência bilio pancreática. Ausência de sinais ecoendoscópicos de acometimento de vasos mesentéricos e confluência esplenomesentérica.

Optado por punção citológica com agulha 22G

Pâncreas e wirsung preservados, assim como vesícula biliar

Hilo hepático com imagens hipoecóicas e ovaladas sugestivas de linfonodomegalias hilares de até 15mm

Optado por realização de drenagem ecoguiada coledocoduodenal com sucesso: punção com agulha 19G, seguido de dilatação com balão hidrostático até 6mm, e após, realizado liberação de prótese autoexpansível de 10x80mm totalmente recoberta, com imediato refluxo biliar. Optado por redução do tamanho da prótese com eletrocoagulação com plasma de argônio.

Seguimento de paciente: alta em segundo dia pós procedimento e evolução para normalização clínica da bilirrubina em D9 pós procedimento.

**CONTATO AUTOR:** PEDRO HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS | phbvr93@hotmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **101702 – Estenose esofágica complexa e refratária - Triancinolona como terapia adjuvante.**

**AUTORES:** Alexandre Moraes Bestetti (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Fernanda Shinin Merchan (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Bond Boghossian (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Horneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP. - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente masculino, 53 anos, com diagnóstico de HIV e imunossupressão severa prévia, retorna para avaliação endoscópica e nova dilatação esofágica por estenose secundária a esofagite por candidíase e Citomegalovírus. Já em programa de dilatação há dois anos, em avaliação cirúrgica, mantinha sintomatologia inalterada e não conseguia progressão no calibre da dilatação com sondas termoplásticas.

Ao procedimento, estenose esofágica intransponível aos 32 cm da arcada dentária superior. É realizada passagem de fio-guia teflonado seguida de dilatação com sondas de 7 a 11mm, mantendo-se segmento estenótico intransponível ao gastroscópio convencional de 9,8mm. É feita avaliação de segmento estenótico com radioscopia e certificado posicionamento adequado de fio guia e dilatação pela sonda.

Definida refratariedade ao tratamento endoscópico e paciente já encaminhado para serviço de cirurgia, propõe-se associação de Triancinolona (10mg em cada quadrante de área lacerada) à dilatação.

Após 4 sessões com novo esquema, paciente apresenta importante melhora sintomática, com progressão da dieta para sólidos, aumento do calibre do segmento estenótico e não recorrência dos sintomas entre os procedimentos.

**CONTATO AUTOR:** ALEXANDRE MORAES BESTETTI | bestetti.alexandre@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101705 – Tratamento endoscópico à vácuo de fístula e prótese esofágica após cirurgia bariátrica

**AUTORES:** ERIKA YUKI YVAMOTO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), DIOGO TURIANI HOURNEAUX DE MOURA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), GABRIEL MAYO VIEIRA DE SOUZA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), VICTOR LIRA DE OLIVERA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), JOÃO GUILHERME RIBEIRO JORDAO SASSO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), PEDRO HENRIQUE BORASCHI VIEIRA RIBAS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MATHEUS CANDIDO HEMERLY (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), EPIFANIO SILVINO DE MONTE JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), IGOR MENDONCA PROENCA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), EDUARDO GUIMARÃES HOURNEAUX DE MOURA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** A terapia com vácuo endoscópico é uma opção para tratamento de fístulas pós-operatórias. Este caso relata o manejo da fístula esofagojejunal e o tratamento da estenose da anastomose.

Paciente feminina, 50 anos, apresentou deiscência na linha de grampeamento de sleeve gástrico (26/01/21), sendo corrigida com gastrectomia total e esplenectomia após 4 dias. No pós-operatório paciente apresentou sepse devido peritonite generalizada, sendo diagnosticada deiscência de anastomose esofagojejunal.

Após 10 dias, com a estabilização clínica, a paciente realizou endoscopia evidenciando deiscência de 75% da anastomose. Após aspiração de 800ml de secreção purulenta na cavidade peritoneal e lavagem, foi optado realizar terapia endoscópica à vácuo confeccionada com sonda nasogástrica durante 2 meses, com troca de sondas semanais.

Após esse período foi modificada a técnica de drenagem e durante 1 mês foi associado duplo pigtail, um livre na cavidade peritoneal, outro intraluminal, com o objetivo de acelerar o processo de aproximação da deiscência esofagojejunal e diminuir a cavidade peritoneal.

Paciente evoluiu com estenose cicatricial de esôfago distal, ao nível da anastomose esôfago jejunal, que impedia a passagem do aparelho convencional de 9,8mm de diâmetro. Foram necessárias 5 sessões de dilatação semanais com aumento progressivo do calibre das sondas termoplásticas, evoluindo até 14 mm.

Após melhora da estenose, para evitar reestenose da anastomose, realizou-se a passagem de prótese metálica autoexpansível totalmente recoberta fixada com sutura endoscópica, associada a 4 sessões semanais de injeção de corticoide na área da estenose.

Completando 7 semanas da prótese esofágica, realizada secção do fio de sutura com plasma de argônio, seguida de retirada da mesma, sem dificuldades. Observou-se a manutenção de pequeno recesso no local onde inicialmente havia a exposição da cavidade peritoneal. Realizado estudo contrastado, evidenciando-se recesso sem extravazamento de meio de contraste.

Após 6 meses de múltiplas abordagens endoscópicas, paciente apresenta-se assintomática, com boa aceitação da dieta oral, com perda de cerca de 30 Kg, pesando atualmente 70 Kg. Este caso relatado é importante para demonstrar o manejo endoscópico como ótima opção no tratamento de fístula pós-bariátrica e de estenose de anastomose, por ser um método pouco invasivo, que evita a abordagem cirúrgica em um abdome com aderências de cirurgias prévias e em uma paciente com grave estado geral em sepse.

**CONTATO AUTOR:** ERIKA YUKI YVAMOTO | erika.yvamoto@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 101930 – Acessório para aplicação da Mitomicina C no tratamento de estenoses esofágicas refratárias

**AUTORES:** Thais Gagno Grillo (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Erica Mariah Correa Rodrigues Giriboni (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Bruna Aliotto Nalin Tedesco (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Ana Luiza Rodakowski de Onofre (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Renata Buraschi Antunes (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Paulo Cezar Haddad de Amorim (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Giovana Tuccille Comes (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil), Erika Veruska Paiva Ortolan (Unesp/Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Mitomicina C (MMC) é um antibiótico derivado do *Streptomyces caespitosus*, usado como agente antineoplásico e antiproliferativo, atuando na inibição da síntese proteica e proliferação de fibroblastos. Devido a sua ação impedindo a proliferação de fibroblasto, tem sido usado como opção terapêutica nos casos de estenoses esofágicas refratárias às dilatações, porém, com uso off label. Apesar de seus benefícios, sua aplicação tópica traz preocupações, pois ainda não se sabe a longo prazo os efeitos dessa droga sobre os tecidos sem lesão. Em nosso serviço utilizamos a MMC na concentração de 0,1mg/ml (1 ml de mitomicina C + 3ml de água destilada) com aplicação tópica em local de estenose esofágica durante 3 minutos, após a dilatação convencional com balão ou vela de Savary. Não há consenso na literatura quanto ao número de aplicações e dose recomendada, variando de 1 a 12 aplicações e 0,1mg/ml a 1mg/ml respectivamente.

Métodos para aplicação tópica de MMC têm sido descritos, como o uso do esofagoscópio rígido, overtube, cap de ligadura elástica e cateter balão de politetrafluoretileno.

Considerando que a esofagoscopia rígida não está amplamente disponível em muitos serviços de endoscopia, desenvolvemos método de aplicação tópica da MMC, com o objetivo de evitar seu contato com tecidos sãos no trajeto até a área estenótica.

Conclusão: Apresentamos acessório de baixo custo, fácil confecção, para aplicação da MMC topicamente em estenoses esofágicas refratárias.

**CONTATO AUTOR:** THAIS GAGNO GRILLO | [thaisgagno@gmail.com](mailto:thaisgagno@gmail.com)



## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102100 – Tratamento de fístula hipofaríngea aguda com vácuo endoluminal endoscópico, relato de caso

**AUTORES:** João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (FMUSP - Castelo - São Paulo - Brasil), Mariana Neri (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Henrique Boraschi Vieira Ribas (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Victor Lira de Oliveira (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Angelo So Taa Kum (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Bond Boghossian (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Braga Ribeiro (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifânio Silvino do Monte Junior (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Silva de Paula Rocha (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneux de Moura (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneux de Moura (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação do Caso: Masculino, 42 anos, com história de encefalopatia crônica não progressiva se apresenta no pronto socorro de um hospital terciário com queixa de disfagia progressiva após ingestão de corpo estranho (CE) há 24 horas. Realizada tomografia computadorizada (TC) que identificou CE com dimensões de 3,2 x 1,1 cm e enfisema subcutâneo em topografia de hipofaringe. Optado por remoção endoscópica após intubação orotraqueal (IOT) assistida por broncoscopia. Durante IOT o paciente apresentou parada cardiorrespiratória por 1 minuto e 30 segundos. Na realização do procedimento endoscópico evidenciou-se CE em seio piriforme direito, removido com pinça de CE somado a laringoscopia oportuna. Evidencia-se perfuração à revisão. Optou-se por utilização de vácuo endoscópico endoluminal (VEE). Posicionou-se o VEE, e foi passada sonda nasoentérica para nutrição. Foi realizado tratamento conservador com antibioticoterapia e corticoterapia por cinco dias. A TC no terceiro dia de internação hospital revelou coleção laminar, associado a realce periférico ao contraste, centrada no espaço mucosofaríngeo à direita, volume estimado em 3,5 mL, estendendo-se de C2 a C5. Superiormente a coleção estende-se pelo espaço parafaríngeo à direita, e inferiormente apresenta pequena extensão ao espaço de Danger. Sem sinais de extensão para mediastino. No quinto dia o paciente foi extubado, removido o VEE, e realizada progressão da dieta via oral. O paciente recebeu alta no décimo oitavo dia de internação e segue em acompanhamento no ambulatório de disfagia, sem queixas relacionadas ao evento.

**Discussão:** A utilização do VEE é consagrada mundialmente para tratamento das fístulas do trato gastrointestinal, inicialmente difundida para reto, e atualmente mais utilizada para o esôfago, no qual a taxa de cura pode variar de 67 a 100%. São poucos os estudos para a região da hipofaringe, contudo, o sucesso obtido na região esofágica pode justificar a indicação dessa terapêutica na região mais proximal em casos selecionados de fístula aguda em que é necessária IOT por tempo prolongado.

**Comentários Finais:** O principal desafio do VEE na região da hipofaringe está relacionado ao paciente necessitar estar sob IOT, contudo, em alguns casos, em que é necessária IOT por um período maior os pacientes podem se beneficiar do VEE. Ainda são necessários estudos robustos sobre vácuo nessa topografia para chegarmos a conclusões mais factíveis.

**CONTATO AUTOR:** JOAO GUILHERME RIBEIRO JORDAO SASSO | [sasso.joaoguilherme@gmail.com](mailto:sasso.joaoguilherme@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102115 – Espessamento de parede gástrica, como chegar ao diagnóstico, relato de caso

**AUTORES:** João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erika Yuki Yvamoto (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Matheus Cândido Hemerly (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Pedro Victor Aniz Gomes de Oliveira (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Pereira Funari (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mauricio Kazuyoshi Minata (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Ryoka Baba (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneux de Moura (FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação de caso: Mulher, 39 anos, sem comorbidades, com queixa de exacerbação de dor abdominal difusa progressiva, e diarreia, iniciadas a cerca de um mês com emagrecimento não quantificado. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, dor a palpação de abdome, piparote positivo. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou espessamento da parede de transição esofagagástrica e corpo gástrico, além de ascite. Na endoscopia digestiva alta (EDA), observou-se em câmara gástrica redução difusa da distensibilidade, e espessamento de pregas gástricas que acometem circunferencialmente o órgão em corpo poupando antro médio e distal, optado por biópsias com pinça. Realizada ecoendoscopia prontamente disponível, a qual constatou fusão anárquica das camadas com espessamento da parede gástrica (PG) maior que 04 mm, endurecida à elastografia sugestiva de neoplasia. O resultado do anatomopatológico foi ausência de neoplasia. A paciente foi reconvocada para EDA com biópsias por mais duas vezes no sexto e nono dia de internação hospitalar. Na terceira vez, observou-se ulceração e vasos anômalos em parede posterior do corpo proximal, foram realizadas biópsias sob biópsia com coleta de 11 fragmentos. O resultado do anatomopatológico foi de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em anel de sinete invasivo ulcerado. A paciente realizou laparoscopia com evidências de disseminação metastática. Realizado tratamento quimioterápico com esquema mFLOX C1D1.

Discussão:

Na ecoendoscopia o espessamento da PG ocorre quando a mesma supera 04 mm. A fusão anárquica da PG, como no caso em questão, é altamente sugestiva de neoplasia maligna, em contraste com doença de Ménétrier que preserva as camadas da PG. Para realização de biópsias efetivas, deve-se buscar regiões de descontinuidade da mucosa, e caso a mucosa esteja íntegra, é possível que as biópsias venham negativas para neoplasia em 30% dos casos, isso devido ao fato da neoplasia difusa ser subepitelial. Quando a mucosa está íntegra, devemos lançar mão de técnicas como biópsia sob biópsia em busca de tecido mais profundo, ou mesmo punção ecoguiada.

Comentários Finais:

Nas neoplasias malignas é imprescindível atenção para o diagnóstico o mais precoce possível. Diante da alta probabilidade de malignidade, deve-se individualizar as estratégias efetivas e manter íntimo contato com patologista e equipe assistente, para caso haja negatividade seja feita reconvocação imediata do paciente.

**CONTATO AUTOR:** JOAO GUILHERME RIBEIRO JORDAO SASSO | [sasso.joaoguilherme@gmail.com](mailto:sasso.joaoguilherme@gmail.com)

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102257 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO - NECROSE DA PAREDE ESOFÁGICA ANTERIOR EM SUA PORÇÃO MEDIASTINAL APÓS FUNDOPLICATURA.**

**AUTORES:** LUCAS SOARES MADEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), NEWTON TEXEIRA DOS SANTOS (NORTE D'OR E CAXIAS D'OR - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), FERNANDO PERES DA SILVA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil)

**RESUMO:** Relato de caso: paciente do sexo feminino, de 77 anos, evolui no quarto dia pós operatório de funduplicatura sem hiatoplastia, com queda do estado geral e dor torácica subesternal. Tomografia de tórax evidenciando volumoso pneumomediastino e endoscopia digestiva com necrose de toda a parede esofágica anterior em sua porção mediastinal. Optado por interposição de prótese parcialmente recoberta de 12cm, que foi removida após 4 semanas, com auxílio de plasma de argônio na necrose tecidual da mucosa aderida (fluxo de 1,5 litros com potência de 50 WATTS), retirada pela copa inferior, evertendo a prótese sem intercorrências. Logo após, foi observado pequeno escape de contraste para o tórax e optado por tratamento complementar com vácuo, utilizado sonda nasoentérica triplo lúmen para alimentação enteral, com vácuo ligado na porção gástrica, com pressão de 120mmHg, fluxo contínuo e moderada intensidade (sistema trocado cinco vezes, com intervalo de aproximadamente entre cada um deles). Após o tratamento com vácuo, não houve novo extravasamento de contraste, paciente seguiu de alta hospitalar, com dieta líquida-pastosa, sem novas intercorrências. Discussão: a primeira descrição da funduplicatura, foi feita por Rudolph Nissen em 1956, desde então, esse procedimento sofreu variações e modificações, que aperfeiçoaram a sua técnica, tornando-se umas das principais cirurgias do aparelho digestivo. Somente 4,1% desses pacientes sofrem com complicações agudas, sendo as mais comuns: infecções (1,1%), hemorragia (0,9%) e perfuração esofágica (0,9%). Conclusão: no passado, o tratamento das perfurações do trato gastrointestinal após complicações operatórias, eram praticamente todas tratadas com cirurgias, no entanto, cada vez mais, técnicas endoscópicas menos invasivas estão se desenvolvendo, como a interposição de próteses e a terapia de vácuo endoluminal, está última em uma fase mais inicial de desenvolvimento, porém com resultados iniciais promissores

**CONTATO AUTOR:** LUCAS SOARES MADEIRA | [lucasmadeira54@gmail.com](mailto:lucasmadeira54@gmail.com)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102269 – TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICAÇÃO CRÔNICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

**AUTORES:** Mailson Cruz Melo (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Newton Teixeira Santos (Hospital Norte D'or - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Fernando Peres Silva (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Lucas Soares Madeira (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Tamires Soares Hoffmann (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Leandro Teixeira Basto (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Renato Abrantes Luna (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), Caio Vinícius Vasconcelos (Hospital Federal dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil)

**RESUMO:** APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente de 67 anos, hipertensa, resistente à insulina, portadora de hiperuricemia, obesidade grau III, submetida a cirurgia bariátrica em 2019 (sleeve gastrectomy). Em seu pós-operatório imediato, há relato de diagnóstico de fístula gástrica, com revisão laparoscópica de emergência para lavagem da cavidade, uso de cola biológica e colocação de prótese em região gástrica, via endoscopia. Paciente necessitou de cuidados intensivos, entretanto se reabilitou, retirando prótese supracitada após 5 meses. Um ano e dois meses depois, é admitida em nosso hospital com febre há 1 mês, dor em ombro esquerdo e hipocôndrio esquerdo de forte intensidade, náuseas, vômitos e inapetência. Após avaliação multidisciplinar, foi diagnosticada fístula gástrica crônica pós sleeve. Iniciada antibioticoterapia de amplo espectro e instalado dreno percutâneo guiado por tomografia computadorizada, em volumosa coleção periesplênica de 5,2 x 3,8 cm. Em 12 de março de 2021, um dia após a referida drenagem, realizou-se a abordagem endoscópica, observando no corpo gástrico proximal, a presença de orifício ovalar de 7 mm de diâmetro, drenando líquido de coloração brancacenta. A cerca de 3 cm distalmente ao orifício fistuloso, identifica-se área de redução concêntrica da luz do órgão, podendo corresponder a topografia de ancoragem prévia da borda distal de prótese autoexpansível utilizada previamente. Executada septotomia do orifício fistuloso com pré-corte, seguida da colocação de dreno pig tail de 7 Fr, sob controle fluoroscópico, com drenagem de secreção purulenta observada de maneira imediata. Procedida então dilatação da área de redução da luz gástrica, através de balão de dilatação de 30 mm, com correção de desvio de eixo, sem intercorrências. O dreno percutâneo foi retirado no seu oitavo dia, seguido por alta hospitalar.

**DISCUSSÃO:** A Complicação como descrita, constitui um desafio multidisciplinar. O tratamento de eleição endoscópico intervencionista ainda é pouco utilizado em nosso meio, mas é altamente eficaz, evitando-se cirurgias de maior morbidez. O caso descrito constitui um exemplo bem sucedido de terapia endoscópica.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** Paciente segue em acompanhamento ambulatorial multidisciplinar, apresentando evolução clínica favorável, com dieta oral e bom aporte nutricional, além de redução da coleção, estimada em 2,7 x 1,3 cm pela última tomografia de 24 de junho de 2021. O vídeo enviado demonstra o procedimento e seu seguimento endoscópico.

**CONTATO AUTOR:** MAILSON DA CRUZ MELO | mailsonmelo@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102363 – Uso de spray hemostático como ponte para terapia definitiva em HDA

**AUTORES:** Fábio Catache Mancini (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caroline Flaksbaum Moll (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Silva de Paula Rocha (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Angelo So Taa Kum (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Josselyn Mariana Vera Intriago (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Maria Fernanda Shinin Merchan (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente de 63 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto socorro da cirurgia geral em 17/01/2021 por quadro de melena há 1 semana. A paciente tinha antecedente de infarto agudo do miocárdio com angioplastia de coronária em 2020 e fazia uso de AAS e clopidogrel.

À entrada, paciente se apresentava estável hemodinamicamente e com Hb de 5,6 mg/dL. Recebeu 2 concentrados de hemácias, apresentando Hb de controle de 7,4 mg/dL.

No dia 18/01/2021, realizada endoscopia digestiva alta para avaliação, sendo observada úlcera em parede posterior do antro com coto vascular visível e sangramento ativo (Forrest IA). Realizada terapia hemostática combinada com colocação de hemoclipes e injeção de solução de adrenalina a 1:10000. Mesmo após a terapia, manteve sangramento ativo e pulsátil. Sendo assim, optou-se por aplicação de spray hemostático, com bom controle do sangramento.

Devido ao caráter temporário do spray hemostático, paciente foi encaminhada à radiologia intervencionista para realização de arteriografia. O exame não revelou sangramento ativo, no entanto optou-se por embolização empírica de ramo da artéria gastroduodenal guiada por hemoclipe. Realizada embolização com 3 molas, com sucesso.

Paciente apresentou boa evolução após os procedimentos, mantendo estabilização de valores hematimétricos, recebendo alta com Hb de 7,5 mg/dL.

Realizou nova endoscopia digestiva alta em 02/02/2021 para biópsia de úlcera, a qual revelou gastrite crônica leve, sem sinais de neoplasia e a pesquisa de H. pylori resultou negativa.

Portanto, podemos observar a importância do spray hemostático como terapia de ponte para conter o sangramento até a realização de procedimento definitivo. Além disso, o hemoclipe colocado pela endoscopia também serve como tática para auxiliar a equipe da radiologia intervencionista a localizar o ponto de sangramento e realizar embolização.

**CONTATO AUTOR:** FABIO CATACHE MANCINI | fcamancini@gmail.com

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102135 – Z-POEM – TRATAMENTO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER POR MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL (COM VÍDEO)

**AUTORES:** Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno da Costa Martins (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo de Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Junior (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sonia Nadia Fylyk (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Eiji Matuguma (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Sakai (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente de 75 anos, sexo feminino, ativa. Apresenta disfagia alta e engasgos frequentes há 2 anos.

Realizada endoscopia digestiva alta durante investigação com impossibilidade de passagem do cricofaríngeo.

Realizado videodeglutograma que evidenciou divertículo faringoesofágico medindo 3,5 x 2,7 x 1,5 cm e vício de rotação gástrica (volvo gástrico). Submetida a tratamento por miotomia endoscópica peroral com resolução do quadro - Vídeo do procedimento e descrição da técnica.

Miotomia endoscópica peroral - (Z-POEM) é uma nova técnica endoscópica flexível para o tratamento de Divertículo de Zenker (ZD) sendo considerada o equivalente endoscópico da miotomia cirúrgica. O Z-POEM depende do tunelamento submucoso para expor e dissecar completamente o septo.

Uma bolha mucosa é criada 1 a 2 cm proximal ao septo do DZ. Realiza-se incisão de 1 cm, servindo de entrada do túnel. As fibras submucosas são dissecadas e o endoscópio entra no espaço submucoso. Um túnel submucoso é criado até que o septo diverticular espesso seja identificado. A septotomia pode então ser realizada usando microknives ESD. Sob visão endoscópica direta, as fibras musculares do septo são completamente dissecadas até a parte inferior do divertículo. Posteriormente, uma extensão distal de 1 cm da miotomia no lado esofágico é realizada para garantir a dissecação septal completa. Finalmente, a incisão da mucosa é fechada com cliques padrão. Um estudo incluiu 75 pacientes (73,3 ± 1,2 anos, feminino n = 33) com um tamanho médio de DZ de 31,3 ± 1,6 mm (10 a 89 mm). A taxa geral de sucesso técnico foi de 97,3%. Houve falhas técnicas devido à incapacidade de localizar o septo e na criação do túnel. Os eventos adversos ocorreram em 6,7 por cento (5/75) dos casos: 1 sangramento (leve) administrado de forma conservadora e 4 perfurações (1 grave, 3 moderadas). O tempo médio do procedimento foi de 52,4 ± 2,9 min e o tempo médio de internação foi de 1,8 ± 0,2 dias. O sucesso clínico foi alcançado em 92% (69/75) dos pacientes.

Faltam dados comparando a eficácia do POEM com outras abordagens, e a experiência na técnica não está amplamente disponível. O POEM pode ser uma técnica promissora por permitir a secção completa do septo, graças ao tunelamento submucoso.

Este vídeo tem como objetivo demonstrar a técnica de Z-POEM.

**CONTATO AUTOR:** LUCAS GIOVINAZZO CASTANHO BARROS | lucasgiovi@hotmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102275 – ESD de lesão gastroduodenal em retrovisão no bulbo.**

**AUTORES:** Leonardo Marinho (Hospital Universitário Walter Cantídeo - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fred Olavo Aragão Andrade Carneiro (Hospital Universitário Walter Cantídeo - Fortaleza - Ceará - Brasil), Miguel Ângelo Nobre e Souza (Hospital Universitário Walter Cantídeo - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcellus Henrique Loiola Ponte de Souza (Hospital Universitário Walter Cantídeo - Fortaleza - Ceará - Brasil), Tarciso Daniel Santos Rocha (Hospital Universitário Walter Cantídeo - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**RESUMO:** Introdução: o presente vídeo trata-se de uma Dissecção Endoscópica da Submucosa (ESD) de lesão gastroduodenal realizada em retrovisão no bulbo duodenal. Histórico: paciente 85 anos com queixa de dor epigástrica intermitente há dois anos, iniciada em janeiro de 2020. Realizou endoscopias digestivas altas (EDAs) ainda no ano de 2020, sendo tratada e retrata para *H. pylori*, ainda sem relato de lesão à época. Com persistência dos sintomas, realizou nova EDA em março de 2021. Nessa endoscopia, entre outros achados, evidenciou-se uma área elevada irregular em antro com diagnóstico histológico de adenoma tubular com displasia de baixo grau. Foi direcionada ao Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário Walter Cantídeo, da Universidade Federal do Ceará, para avaliação de possibilidade de ressecção endoscópica. Após endoscopia digestiva alta (EDA) com cromoscopia que evidenciou tratar-se de lesão gástrica superficial, sem sinais de invasão submucosa, foi indicado o ESD. Procedimento: havia dúvida sobre o acometimento transpilórico, bem como do bulbo duodenal. Optamos por iniciar a avaliação da ressecabilidade através da retrovisão em bulbo. A lesão, de fato, se estendida para além dos limites do piloro, adentrando pela face inferior do bulbo; multilobulada, ocupando cerca de 25% da circunferência do bulbo. Procedida a cromoscopia e tática da dissecção, esta foi iniciada pelo bulbo. Após o tempo de dissecção bulbar foi iniciada a dissecção de submucosa do antro, em visão frontal. A lesão se estendia por cerca de 75% da circunferência do antro. Obtivemos uma ressecção em bloco, em fragmento único. Resultados: o anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou critérios curativos: adenoma tubular com focos de displasia de alto grau, margens livres, ausência de neoplasia invasiva, bem como de invasão angiolinfática. Evolução: paciente retornou após dois meses para EDA de reavaliação. Nesta, nota-se úlcera gástrica ativa residual. Píloro pérvio, sem sinais de estenose. Paciente evolui clinicamente bem, com boa aceitação da dieta e sem queixas álgicas.

**CONTATO AUTOR:** LEONARDO MARINHO | [dr.leonardomarinho@outlook.com.br](mailto:dr.leonardomarinho@outlook.com.br)

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 102446 – Transoral Incisionless Fundoplication (TIF) em paciente com doença do refluxo gastroesofágico após POEM

**AUTORES:** Victor Lira de Oliveira (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Antônio Afonso de Miranda Neto (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Pereira Funari (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Mateus Bond Boghossian (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erika Yuki Yvamoto (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (HC-FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente do sexo feminino, 47 anos, portadora de megaesôfago grau III secundário a acalásia idiopática, com diagnóstico corroborado por exame radiológico contrastado e confirmado por exame de manometria esofágica. Quanto à sintomatologia, pontuava 7 no escore de Eckardt, sendo submetida à dilatação balonada do cárdia com remissão parcial dos sintomas por um ano e posterior recidiva.

Optado, então, por realização de miotomia endoscópica peroral (POEM), com procedimento sem intercorrências. Entretanto, após seis meses, paciente passou a evoluir com sintomas de pirose e regurgitação, necessitando de uso contínuo de IBP em doses crescentes. Realizou EDA que evidenciou esofagite erosiva distal grau B de Los Angeles. Realizou exame de pmetria esofágica para confirmação diagnóstica que evidenciou um índice de DeMeester 19,6 (VR < 14,7) e um tempo total de exposição ácida de 4,6%.

Concluiu-se, portanto, como refluxo gastroesofágico ácido distal patológico e foi proposto como tratamento para paciente a realização do TIF (transoral incisionless fundoplication). O procedimento foi bem sucedido e a paciente recebeu alta hospitalar com 24h. No seguimento do primeiro mês, a mesma referia melhora dos sintomas e foi descontinuado o uso de IBP.

**CONTATO AUTOR:** VICTOR LIRA DE OLIVEIRA | victorlira.oliveira@gmail.com



## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **102458 – Mucosectomia multibanda para neoplasia em pacientes com Esôfago de Barrett**

**AUTORES:** JOSSELYN MARIANA VERA INTRIAGO (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MATEUS BOND BOGHOSSIAN (HOSPITAL DAS CLINICAS - SP - São Paulo - Brasil), SERGIO MARQUES BARBOSA (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), FREDDY XAVIER HINOSTROZA DUEÑAS, CAROLINE FLAKSBAUM MOLL (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), MARIA FERNANDA SHININ MERCHAN (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), ANGELO SO TAA KUM (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), KENDI YAMAZAKI (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil), EDUARDO GUIMARÃES HOURNEAUX DE MOURA (HOSPITAL DAS CLINICAS - SAO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentamos um caso de um masculino de 34 anos com doença de refluxo gastroesofágico de longa duração, refratária a inibidores da bomba de prótons, sem obesidade ou outras doenças. Foi realizada uma endoscopia diagnóstica, sendo identificadas em esôfago áreas de displasia de baixo grau á luz branca e confirmadas á cromoscopia com ácido acético a 2,5 %. A terapêutica abordada a continuação deu como resultado uma remoção completa da lesão com margens livres.

**CONTATO AUTOR:** JOSSELYN MARIANA VERA INTRIAGO | [jossyjojo@hotmail.com](mailto:jossyjojo@hotmail.com)

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104316 – Ressecção Endoscópica de Lesão Gástrica Precoce**

**AUTORES:** Everton José Moreira Rodrigues (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Mylena Pessoa Capistrano (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Leonardo Marinho (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Fred Olavo Aragão Andrade Carneiro (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Heltia Duarte de Sena Pinto (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Marcellus Henrique Loiola Ponte de Souza (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil), Miguel Ângelo Nobre e Souza (Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza - Ceará - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, realizou endoscopia digestiva alta para controle de erradicação de *H. pylori*. O exame evidenciou uma lesão superficial deprimida (Classificação de Paris 0-IIc) na transição do corpo para o antro, medindo cerca de 8mm, cujo histopatológico revelou adenoma tubular com displasia de baixo grau. Foi realizada dissecação endoscópica da submucosa (ESD), com histopatológico confirmando ressecção completa de adenoma tubular séssil com displasia de baixo grau. Discussão: Ressecção endoscópica é recomendada para tratamento de lesões neoplásicas gástricas superficiais que possuem um risco muito baixo de metástase linfonodal. As duas modalidades disponíveis são ressecção endoscópica da mucosa (EMR) e dissecação endoscópica da submucosa (ESD), sendo esta última, quando disponível, a técnica de eleição, uma vez que permite a ressecção da lesão em bloco, obedecendo os critérios oncológicos. Adenomas gástricos que se apresentam como lesões deprimidas devem ser ressecados endoscopicamente, pois, na maioria dos casos, trata-se de carcinoma. Comentários finais: As lesões precoces do câncer gástrico apresentam diversas alterações endoscópicas, como irregularidades e alterações de tonalidade da mucosa. A importância de se detectar precocemente esse câncer reside, sobretudo, no prognóstico, com alta chance de cura e taxas de sobrevida que superam 90% em 5 anos.

**CONTATO AUTOR:** EVERTON JOSE MOREIRA RODRIGUES | everjmr@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104556 – Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) com fechamento da incisão de mucosa por sutura endoscópica**

**AUTORES:** Victor Lira de Oliveira (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Eduardo Turiani Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Thiago Ferreira de Souza (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Diogo Turiani Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Igor Mendonça Proença (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Antonio Afonso de Miranda Neto (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Guilherme Henrique Peixoto de Oliveira (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), João Guilherme Ribeiro Jordão Sasso (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente masculino, 38 anos, com queixa de disfagia progressiva para sólidos há dois anos, evoluindo para líquidos há seis meses. Nesse período houve perda de peso de cerca de 12kg, tornando-se necessária a passagem de sonda nasoenteral para nutrição. No escore sintomatológico de Eckardt, o paciente obteve pontuação 10 (3 disfagia + 3 regurgitação + 1 dor + 3 perda de peso).

Prosseguiu investigação com realização de exame contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED) que demonstrou aumento do calibre esofágico para 5cm associado a importante retardo no tempo de esvaziamento esofágico, compatível com acalásia. Realizou manometria esofágica de alta resolução que demonstrou aperistalse do corpo esofágico e panpressurização esofágica em 60% das deglutições, sugerindo acalásia tipo II. Por fim, foi submetido a uma endoscopia digestiva alta com realização de cromoscopia óptica e com corante (Lugol 2,5%) que não evidenciou áreas suspeitas. A sorologia para doença de Chagas foi negativa e determinou-se o diagnóstico de acalásia idiopática, a partir do qual se optou pelo tratamento com miotomia endoscópica peroral (POEM).

O procedimento ocorreu sem intercorrências e decidiu-se por realizar o fechamento da incisão mucosa longitudinal com dispositivo de sutura endoscópica. No 1º DPO, o paciente realizou novo EED que visualizou bom escoamento do contraste para o estômago e não visualizou vazamentos. Após isso, ele começou a receber dieta líquida via oral, recebendo alta hospitalar com essa dieta por 7 dias, seguida de dieta pastosa por mais 7 dias e progressão para dieta branda em seguida com boa aceitação e resolução dos sintomas disfágicos.

**CONTATO AUTOR:** VICTOR LIRA DE OLIVEIRA | victorlira.oliveira@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104590 – Linfoma de células T cutâneo com envolvimento gastrointestinal fatal**

**AUTORES:** Maria Fernanda Shinin Merchan (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elisa Baba (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Silva de Paula Rocha (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo G. Houmeaux de Moura (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Alexandre Moraes Bestetii (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Angelo So Taa Kum (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Josselyn Vera Intriago (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caroline Flaskbaum Moll (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Erika Yuki Yvamoto (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Igor Mendoza Proença (Setor de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente de 61 anos, sexo feminino, deu entrada na enfermaria da clínica medica em 21/05/2021 por Diagnóstico de Infecção do trato urinário e Insuficiência Renal Aguda.

A paciente tinha antecedentes de Hipertensão arterial, Diabete mellitus tipo 2, insuficiência venosa crônica de membros inferiores.

Em seguimento no ambulatório da dermatologia desde 2019, por apresentar inúmeras placas eritematosas, descamativas em todo o corpo, Alopecia frontal, perdeu seguimento em 2020, devido à pandemia da Covid – 19. As lesões cutâneas progrediram gerando nódulo grande em fossa poplítea, tumoração ulcerada em vulva e linfonofomegalias. Hipótese diagnósticas após de biópsias de lesões cutâneas durante as investigações eram Psoríase, fungo, dermatite eczematosa e micose fungoide, sem um diagnóstico definitivo.

Durante a internação apresentou quadro de melena sem descompensação hemodinâmica. No dia 24/05/2021 realizada endoscopia digestiva alta para avaliação, sendo observada extensa lesão ulceroinfiltrativa no antro em contiguidade com o bulbo duodenal, sem sinais de sangramento ativo. Realizadas biópsias de estômago e duodeno. A análise histológica deste tecido revelou Linfoma de células T intestinal. Os estudos imunohistoquímicos caracterizaram os linfócitos infiltrados CD3, CD4, CD8, ki-67. Juntamente com as biópsias de estômago foram analisadas biópsias da vulva que apresentou aspecto histológico semelhante com análise imunohistoquímica ki-67 em 90% das células da derme.

Aos 9 dias de internação evoluiu com choque Hipovolêmico devido a Hemorragia Digestiva alta e foi para Óbito.

Portanto, podemos concluir que se trata de Linfoma de células T cutâneo com envolvimento gastrointestinal, encontrando-se raros relatos na Literatura. Em estágios iniciais, o Linfoma de células T cutâneo poderia ser diferenciado de condições inflamatórias cutâneas, porque às vezes essa doença pode seguir seu curso indolente e silencioso por muitos anos. Nos estágios avançados são comprometidos linfonodos e outros órgãos. Complicações dentro do trato gastrointestinal raramente são descritas na literatura. Além disso, o envolvimento do GI pode ser primário ou difundido a partir de doenças cutâneas.

**CONTATO AUTOR:** MARIA EUGENIA MERCHAN CAMPOVERDE FERNANDA JULIO ROBERTO SHININ LASSO | maria.fernanda236@hc.fm.usp.br

## Endoscopia - Endoscopia digestiva alta

### 1104591 – Tratamento de fístula bariátrica crônica complicada por tratamento endoscópico prévio

**AUTORES:** TAMIRES SOARES HOFFMANN (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), NEWTON TEIXEIRA (HOSPITAL NORT'DOR - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil), LUCAS SOARES MADEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil), MAILSON DA CRUZ MELO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - RIO DE JANEIRO - Rio de Janeiro - Brasil)

#### **RESUMO:** Relato de caso

Paciente 38 anos, sexo feminino, 10 meses pós cirurgia bariátrica - sleeve gástrico, chega ao serviço para tratamento de fístula gástrica após falha em primeira tentativa de tratamento endoscópico com prótese esofagiana. Segundo informações colhidas, paciente evoluiu no pós-operatório com quadro de febre e dor em ombro esquerdo, os exames evidenciavam sinais infecciosos e, na tomografia de abdome, era observada presença de pneumoperitônio. Foi realizada colocação de prótese esofagiana, parcialmente recoberta. Após retirada da prótese, paciente mantinha queixa de dor e parâmetros infecciosos elevados, neste momento a mesma é encaminhada ao serviço. Em nova EDA foi possível avaliar área de fibrose (estenose) devido prótese previamente colocada e a manutenção da fístula.

Foi optado pela colocação de pigtail e dilatação da área estenosada. Paciente cursa com boa resposta imediata, sem queixas de dor e melhora dos parâmetros infecciosos. No entanto, 21 dias depois do procedimento, apresenta novo episódio de dor, quando então, é diagnosticada com infecção por Covid-19. Nova tomografia abdominal evidencia drenagem de contraste oral para cólon esquerdo, realizada colonoscopia que visualiza nova fístula aguda, criada pelo dispositivo. Foi aventada a possibilidade do fato ocorrido estar associado ao status inflamatório decorrente da infecção viral.

Retirado pigtail e interposto dreno nasobiliar intracavitário acoplado à sistema de vácuo à 150mmHg, em fluxo contínuo, em média intensidade, durante 60 dias. Apesar de não ter conseguido fechar por completo o orifício fistuloso, foi possível bloquear o fluxo e, para oclusão total foi utilizado um 'over the scope clip'.

#### Discussão

Com o aumento expressivo da utilização da cirurgia bariátrica faz-se necessário o estudo também de suas complicações. Fístulas, estenoses, sangramento e refluxo gastroesofágico são as complicações mais prevalentes observadas.

A fístula pós-operatória representa uma grave complicação, de difícil diagnóstico e seu tratamento é complexo. O tratamento endoscópico representa uma opção ao tratamento operatório, tendo como base a utilização da prótese autoexpansível, devemos, no entanto, estar preparados para suas falhas e possíveis complicações.

**CONTATO AUTOR:** TAMIRES SOARES HOFFMANN | tamiresshoffmann@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva alta**

### **1104596 – ESD Gástrica em Paciente Cirrótico.**

**AUTORES:** Alexandre Moraes Bestetti (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Nelson Tomio Miyajima (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Epifanio Silvino do Monte Junior (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Horneaux de Moura (Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Departamento de Gastroenterologia do HC da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente feminina, 83 anos, com diagnóstico de cirrose descompensada (child B), é encaminhada para avaliação de varizes esofágicas.

Em endoscopia índice nota-se presença de varizes esofágicas de grande calibre e, em estômago, área de mucosa irregular localizando-se em pequena curvatura de antro. Realizadas biópsias, é confirmado o diagnóstico de câncer gástrico precoce (AP com adenoma tubular com displasia de alto grau).

Em decisão conjunta com equipe clínica e endoscópica, optado por erradicação de varizes e posterior ESD para tratamento de neoplasia. Procedimento de ligaduras realizado com sucesso e alcançada erradicação de varizes.

Dissecção endoscópica de submucosa é então realizada, sendo procedimento realizado após demarcação da lesão e elevação de submucosa com solução salina. Coagrasper é usada para cauterização de vasos, sendo o procedimento concluído com sucesso, sem ocorrência de perfuração ou sangramento ativo ao término da ESD.

Peça cirúrgica demonstra margens livres e lesão restrita à mucosa. Em EDA de controle não há sinais de recidiva ou foco de neoplasia remanescente.

Tal procedimento realizado em paciente idosa e com comorbidade importante demonstra a eficácia e segurança da dissecção endoscópica de submucosa no tratamento do câncer gástrico precoce, promovendo manutenção da qualidade de vida e rápida recuperação.

**CONTATO AUTOR:** ALEXANDRE MORAES BESTETTI | bestetti.alexandre@gmail.com

## **Endoscopia - Endoscopia digestiva pediátrica**

**1104395 – Tratamento endoscópico da estenose de esôfago na epidermólise bolhosa, um relato de caso Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte Autores: Livia, Paulo Fernanda, Edivan e Fernanda**

**AUTORES:** LIVIA QUINTANILHA SANTOS (HOSPITAL FELICIO ROCHO - BELO HORIZONTE - Minas Gerais - Brasil)

**RESUMO:** A.C.R.A., 5 anos e 7 meses e V.R.A., 9 anos e 8 meses, irmãs, portadoras de Epidermólise Bolhosa (EB), forma grave. Evoluindo com disfagia para sólidos e líquidos, com comprometimento nutricional importante. O TGI é o local extracutâneo mais acometido na EB, sendo a estenose esofágica uma complicação rara, mas frequentemente grave. Ao contrário das estenoses rotineiramente encontradas por endoscopistas pediátricos, as estenoses em pacientes com EB estão mais comumente localizadas no esôfago proximal, são geralmente curtas e envolvem apenas a mucosa e a muscular da mucosa. Podem ser múltiplas, embora estenoses únicas sejam a norma.

Foram realizadas endoscopias das pacientes supracitadas que evidenciou estenoses esofágicas com diâmetro de 4 e 6mm, respectivamente. As pacientes foram submetidas a dilatação do esôfago, com sondas de Savary-Gilliard de 9mm (vídeo), com desnudamento da mucosa após o trauma induzido pelo procedimento. Em virtude da gravidade das estenoses, foram utilizados aparelho ultrafino de endoscopia e broncoscópio.

Embora a recidiva da estenose seja frequente, as paciente foram reavaliadas 30 dias após a dilatação, com resolução completa da disfagia e orientação de nova dilatação apenas em caso de recidiva dos sintomas.

**CONTATO AUTOR:** LIVIA QUINTANILHA | [liquintanilhasantos@gmail.com](mailto:liquintanilhasantos@gmail.com)

## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104284 – Ressecção de Tumor Neuroendócrino duodenal com auxílio de banda elástica.

**AUTORES:** Guilherme Henrique Peixoto de Oliveira (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Victor Lira de Oliveira (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Bruno da Costa Martins (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Spencer Cheng (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Oliveira Luz (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Caio Almeida Perez (ICESP - São Paulo - São Paulo - Brasil), Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura (HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Paciente masculino, 22 anos, portador da síndrome genética de Kabuki, apresentou aumento progressivo do volume abdominal há 7 meses associado a empachamento pós prandial, o que motivou a procura de atendimento médico. Realizou uma tomografia de abdômen com contraste que evidenciou uma massa abdominal retroperitoneal centrada no espaço pararrenal anterior e goteira parietocólica direita medindo 25cm em seu maior eixo e com volume estimado em 4500cm<sup>3</sup>. A biópsia percutânea guiada por tomografia dessa massa resultou em neoplasia mesenquimal fusocelular do tipo tumor desmoide. Iniciando então o acompanhamento oncológico e tratamento com Celecoxibe e Tamoxifeno.

Nesse contexto, foi solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou uma lesão elevada em bulbo duodenal compatível com tumor neuroendócrino (TNE) bem diferenciado (Ki-67 menor que 2%) positiva para cromogranina A e sinaptofisina, após análise histopatológica e imunohistoquímica. Devido a localização da neoplasia retroperitoneal havia uma distorção anatômica que dificultava o posicionamento ideal do endoscópio na região do bulbo duodenal. Optou-se então pela ressecção da lesão com auxílio de ligadura elástica. Após injeção submucosa com voluven 6% e índigo carmin foi realizada apreensão da lesão com banda elástica que facilitou a ressecção com alça diatérmica. Posteriormente foi efetuada hemostasia profilática do leito de ressecção com cliques metálicos. Não houveram intercorrências. O paciente recebeu alta após procedimento e não apresentou complicações tardias. A análise anatomopatológica da peça novamente foi compatível com TNE bem diferenciado (G1) com margens livres, sem invasão angiolinfática ou perineural (pT1).

**CONTATO AUTOR:** GUILHERME HENRIQUE PEIXOTO DE OLIVEIRA | dr.guilhermehpoliveira@gmail.com



## Endoscopia - Intestino delgado

### 1104386 – CÁPSULA ENDOSCÓPICA E SANGRAMENTO DO INTESTINO MÉDIO

**AUTORES:** FERNANDA DA SILVA MILIORINI (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), CAROLINA CORTEZZI RIBEIRO DO NASCIMENTO (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), NAYLA NAYARA DE SOUZA (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), JOÃO PAULO FAIS (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), LETICIA MARIA SCHIMITT MOREIRA RIBEIRO DO NASCIMENTO (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), EDUARDO MENDES ALVES PEREIRA JUNIOR (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil), FERNANDO JOSE SAVOIA DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTA RITA - Maringá - Paraná - Brasil)

**RESUMO:** S.S. feminino, 83 anos, histórico de HAS, DM2 e artrose com dor lombar crônica e uso de analgésicos e AINES diariamente há 15 anos. Refere episódios recorrentes de melena há 5 anos, com piora há 2 anos, necessitando frequentemente de reposição de ferro e transfusões. Realizou até então 3 EDA e colonos, apenas evidenciando doença diverticular, sem foco de sangramento ativo. Pela cápsula endoscópica, visualizada pequena angiectasia puntiforme em jejuno proximal, (Tipo I de Yano) sem sinais de sangramento recente. Em jejuno proximal/médio presença de cicatrizes lineares e erosões recobertas por fibrina, além de múltiplas úlceras ativas de formato circunferencial, algumas subestenotantes. Jejunum distal e íleo não analisados devido a impactação da cápsula. Em vigilância radioscópica, foi observada progressão e eliminação espontânea da cápsula após 60 dias. Tendo como prováveis diagnósticos a síndrome do diafragma intestinal secundária ao uso de AINES ou a doença inflamatória intestinal. **DISCUSSÃO:** Caracterizado pelo sangramento proveniente do trato digestivo situado entre a papila duodenal até o íleo terminal, o sangramento do intestino médio causa até 5% das hemorragias digestivas. Com o surgimento da cápsula endoscópica em 2001, houve a possibilidade do estudo minimamente invasivo do intestino delgado e suas patologias, beneficiando especialmente pacientes com suspeita de sangramento do intestino delgado. É um exame difundido nos dias atuais e com maior acessibilidade, devendo ser considerado para pacientes em investigação de: sangramento obscuro gastrointestinal, Doença de Crohn, Doença Celíaca, hemorragia digestiva aguda, dor abdominal (não elucidados via EDA e colonoscopia). A preparação para o exame se trata de jejum de 12h, sendo o uso de laxativos opcional. O uso de suplementos de ferro deve ser interrompido 3 dias antes do exame. Após 2h a administração da cápsula, a ingestão de líquidos está liberada, e após 4h, de sólidos. As complicações mais comuns são aspiração e retenção da cápsula (eliminação após 2 semanas). O risco de retenção é aumentado nos casos de Doença de Crohn estabelecida, TGI irradiado, TGI com ressecção, estenose intestinal, uso crônico de AINES. **COMENTÁRIOS FINAIS:** Há uma discussão recente sobre o uso da cápsula como opção de abordagem inicial, evitando procedimentos invasivos e reduzindo períodos de internação. Tal aplicação tem grande valia em pacientes debilitados, além dos pacientes classicamente considerados.

**CONTATO AUTOR:** CAROLINA CORTEZZI RIBEIRO DO NASCIMENTO | carolinacrn@hotmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 102488 – EMPREGABILIDADE E MANEJO ENDOSCOPICO NA EXTRACAO DE CORPOS ESTRANHOS NO TRATO DIGESTIVO: APRESENTACAO DE CASOS

**AUTORES:** LUIZ FELIPE PARMA CAPUTO (HOSPITAL MONTE SINAI - JUIZ DE FORA - Minas Gerais - Brasil), MARINA DE OLIVEIRA VERISSIMO (UFLA - LAVRAS - Minas Gerais - Brasil), LUIZ GUILHERME PARMA CAPUTO (HOSPITAL SANTA ISABEL - UBA - Minas Gerais - Brasil), LUCAS PARMA CAPUTO (HOSPITAL SANTA ISABEL - UBA - Minas Gerais - Brasil), LUIZ FERNANDO CAPUTO (HOSPITAL SANTA ISABEL - UBA - Minas Gerais - Brasil), MARCOS AUGUSTO DE CARVALHO (HOSPITAL SANTA ISABEL - UBA - Minas Gerais - Brasil)

#### RESUMO: APRESENTACAO DOS CASOS

##### CASO 1

Feminino, 48 anos Obesidade e HAS Há 4 horas, inicio de disfagia e odinofagia com relato de impactacao alta após ingestao de alimento com palito de dente. ENDOSCOPIA: identificacao de um palito de dente impactado na parede posterior da hipofaringe, realizada sua extracao sob auxilio de alca oval, sem intercorrências.

##### CASO 2 Feminino, 77 anos,

Obesidade e HAS Há 3 meses, anemia, alteracao de habito intestinal (afilamento das fezes) e sangue oculto nas fezes positivo. COLONOSCOPIA: presenca de sangue antes de iniciar o exame. Identificacao de um osso de frango impactado em suas duas extremidades, associado a processo inflamatorio cronico local com sangramento ativo. Realizada a mobilizacao com pinca seguido de sua extracao com alca oval, sem intercorrências. DISCUSSAO:

A impactacao de CE no trato gratro intestinal e uma rotina em endoscopia, onde o manejo pre endoscopia e o timing para a realizacao do exame sao extremamente importantes na abordagem. Aproximadamente 20% dos casos precisaram ser submetidos a um exame endoscopico para tratamento, podendo chegar ate 73% em casos de ingestao intencional. Impactacao, perfuracao e obstrucao são possíveis complicacoes e os locais mais incompetidos são as regioes de estreitamentos do TGI (hipofaringe, esfínteres esofagianos e gastrico, valvula ileocecal e trasicao retossigmoideana).

As provas de imagens como radiografia e tomografia, apesar de não ser uma pratica obrigatoria, auxiliam com informacoes sobre o objeto como: formato, numero, tamanho, localizacao e presenca de ar fora de viceras. O Tempo ideal para a realizacao da endoscopia (“timing”) depende da presenca de sinais de gravidade relacionados a via aerea, possibilidade de perfuracao, impactacao completa e a localizacao co objeto.

Atualmente o endoscopio flexivel e o aparelho mais usado, porem o endoscopio rigido tem suas vantagens em objetos impactacoes acima do cricofaringeo. Alguns dispositivos para prensao como pinca dente de rato, pinca jacare, sextas, redes, pinças de biopsia, alcas, probes magneticos, overtubes e caps são muito uteis na remocao destes. O tipo de acessorio deve ser escolhido de acordo com o tipo de objeto a ser removido, localizacao e preferencia do endoscopista.

#### CONCLUSÃO

A endoscopica alta e baixa e uma pratica segura, com aplicabilidade diagnostica e terapeutica com alta taxa de sucesso na extracao de corpos estranhos no trato gastro intestinal e com poucas complicacoes.

**CONTATO AUTOR:** LUIZ FELIPE PARMA CAPUTO | Ifpcaputo@hotmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 102145 – Ressecção Endoscópica de Adenoma de Papila Duodenal Maior

**AUTORES:** Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Salvalus - São Paulo - São Paulo - Brasil), Gustavo Oliveira Luz (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Salvalus - São Paulo - São Paulo - Brasil), Sergio Eiji Matuguma (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Salvalus - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Salvalus - São Paulo - São Paulo - Brasil), Carlos Kiyoshi Furuya Júnior (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil), Edson Ide (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Salvalus - São Paulo - São Paulo - Brasil), Paulo Sakai (Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação: Mulher, 63 anos, assintomática, em seguimento oncológico há 4 anos por câncer de pulmão, realizou PET-CT com captação acentuada na segunda porção duodenal. Submetida à CPRE que evidenciou papila maior com lesão vegetante, lobulada, bem delimitada, não ulcerada, de 4cm que foi biopsiada. Em seguida, realizada fistulotomia suprapapilar e dilatação balonada até 12mm com boa drenagem da bile. A biópsia revelou adenoma com displasia de baixo grau. À ecoendoscopia, identificado espessamento hipoecóico, heterogêneo, de contornos regulares, limites imprecisos, que acomete mucosa profunda e atinge até a submucosa, sem acometimento da muscular própria. Notou-se também, dilatação de ducto pancreático e colédoco, sem infiltração dos mesmos. A lesão foi ressecada em 3 fragmentos com alça diatérmica. A hemostasia foi feita com 2 cliques metálicos. Por fim, colocada prótese pancreática. A paciente permaneceu internada para observação e controle hematimétrico. Após jejum de 24h, introduzida dieta líquida por 2 dias. Com boa evolução, recebeu alta no 3º dia de internação. Após 3 semanas, retirada a prótese pancreática e o leito da ressecção não apresentava lesões. O resultado anatomopatológico concluiu que era um adenoma com displasia de baixo grau e as margens cirúrgicas eram livres.

**Discussão:** Os adenomas de papila duodenal maior podem ser esporádicos ou associados a síndromes. Devido seu potencial maligno geralmente se opta pela excisão. Tradicionalmente, o tratamento é cirúrgico, porém, com morbimortalidade considerável. Nesse cenário, a abordagem endoscópica tornou-se uma alternativa. A avaliação inicial da lesão requer duodenoscopia com biópsias. Há uma preferência de que lesões com displasia de alto grau sejam removidas e que a papilectomia seja realizada apenas em pacientes sem evidência de câncer invasivo. A avaliação com ecoendoscopia permite o estadiamento local. A CPRE deve ser realizada para avaliar acometimento dos ductos biliar e pancreático. Preferencialmente deve ser retirada em monobloco com eletrocauterização. A ressecção fragmentada pode ser feita em lesões >2cm ou quando há lesão residual. O stent pancreático reduz o risco de pancreatite e de estenose ductal. As taxas de sucesso variam entre 42-92%, com recorrência de até 33%. As principais complicações são pancreatite, perfuração e sangramento.

**Comentário:** A papilectomia endoscópica é uma alternativa terapêutica no tratamento de lesões ampulares, desde que bem indicadas passíveis de vigilância para detectar recorrência.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA SAMY TANAKA KOTINDA | [anapaulakotinda@gmail.com](mailto:anapaulakotinda@gmail.com)

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104470 – Drenagem ecoguiada de necrose pancreática delimitada do pâncreas com prótese metálica de aposição luminal

**AUTORES:** Ana Paula Samy Tanaka Kotinda (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Leonardo Souza Fonseca (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Julia Mayumi Gregório (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Fellipe Cicuto Ferreira Rocha (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Giovinazzo Castanho Barros (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Lucas Zouain Figueiredo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Felipe Soares Oliveira Rodrigues Fiuza (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Breno Bandeira de Mello (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Daniel Fortes (Hospital Guilherme Álvaro - Santos - São Paulo - São Paulo - Brasil), Elson Vidal Martins Junior (Universidade Metropolitana de Santos - São Paulo - São Paulo - Brasil), Jarbas Faraco Maldonado Loureiro (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Giulio Fabio Rossini (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil), Rodrigo Rezende Zago (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) - São Paulo - São Paulo - Brasil)

**RESUMO:** Apresentação: Homem, 40 anos, procurou atendimento por dor e distensão abdominal iniciadas há 15 dias. Apresentava como único antecedente, internação há 2 meses por pancreatite idiopática. Durante investigação, foi submetido à ressonância nuclear magnética que revelou extensa coleção peripancreática compatível com walled-off necrosis (WON). Então, foi encaminhada para terapêutica endoscópica. A coleção que causava abaulamento da parede posterior do corpo gástrico foi drenada com prótese metálica de aposição luminal (LAMS) 10mmX15mm, sem intercorrências. No 5º PO, o paciente evoluiu com febre, dor e distensão abdominal, por conseguinte, decidida abordagem para necrosectomia endoscópica. Houve melhora parcial da dor, porém persistência da febre, de modo que se decidiu por nova necrosectomia. No 9º PO, mantinha alguns picos febris isolados sem outros sintomas associados, assim, indicada nova reabordagem com satisfatória remoção de tecido necrótico. No 13º dia, já assintomático, submetido à avaliação endoscópica para remoção da prótese metálica e colocação de prótese tipo duplo pigtail, recebendo alta hospitalar. Durante o seguimento, realizou uma tomografia de controle que demonstrou importante redução da coleção. Atualmente o paciente segue sem queixas, em programação de remoção do stent.

Discussão: Aproximadamente 20% dos pacientes com pancreatite aguda desenvolverão necrose, com infecção secundária em 30% destes. A walled-off necrosis (WON) é a coleção necrótica encapsulada que geralmente ocorre após 4 semanas do quadro agudo. A avaliação radiológica é útil para distinguir pseudocistos de WON e descartar neoplasias e pseudoaneurismas. As indicações de drenagem da WON são para os sintomáticos (dor refratária, anorexia e perda de peso) e infectados. A drenagem transmural é obtida pela criação de uma comunicação entre o cisto e a parede gástrica ou duodenal, seguida de dilatação do trajeto e colocação de stent (pigtail ou próteses metálicas). As próteses tipo LAMS têm a vantagem de levar a uma drenagem mais rápida, menor risco de obstrução e possibilidade de entrar na coleção para necrosectomia. Uma tomografia pode ser realizada cerca de 4 a 6 semanas após a drenagem para avaliar a resolução da coleção. Os stents podem então ser removidos após resolução radiológica.

Comentário: O tratamento endoscópico da WON está ganhando espaço, porém exige mais experiência do endoscopista e múltiplas sessões de desbridamento podem ser necessárias até sua resolução.

**CONTATO AUTOR:** ANA PAULA SAMY TANAKA KOTINDA | anapaulakotinda@gmail.com

## Endoscopia - Miscelânea

### 1104471 – ABORDAGEM ENDOSCÓPICA EM UM CASO DE INSULINOMA PANCREÁTICO.

**AUTORES:** Anna Cecília Santana do Amaral (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Elaine Jéssica Laranjeira Lima (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Felipe Alves Retes (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Luís Fernando Carneiro Vilaboim (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo de Medeiros Chaves França (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Marcelo Dias Sanches (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Thaís Rocha de Sena (HC - UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil), Vitor Nunes Arantes (HC-UFMG - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil)

**RESUMO:** RELATO DO CASO: F.A.C, 20 anos, masculino, hígido com história de hipoglicemias há um ano. Submetido a duodenopancreatectomia cefálica há seis meses, devido suspeita de insulinoma, porém exame anatomopatológico (AP) da peça cirúrgica não identificou lesão. Exames anteriores sugeriam insulinoma, entretanto DOTA PET-TC sem achados. Paciente manteve hipoglicemias diárias e sintomáticas após procedimento, quando foi encaminhado para serviço atual. Submetido a Ecoendoscopia (ECOEDA) com punção que identificou no corpo do pâncreas, lesão sólida, hipoecogênica, de 13x17 mm. Ressonância magnética (RM) confirmou o achado. O paciente foi submetido a nodulectomia pancreática com AP compatível com neoplasia endócrina bem diferenciada - Insulinoma. No pós-operatório imediato, já sem episódios de hipoglicemia, dosagem de amilase do dreno aumentada sugeriu fístula pancreática, além de RM com área de descontinuidade do parênquima pancreático com coleção associada. Realizada CPRE que evidenciou extravasamento de contraste ao nível da transição corpo/cauda pancreáticos, sendo posicionada uma prótese plástica pancreática. O paciente recebeu alta com dreno abdominal, que foi retirado em sete dias. Retornou ao serviço de endoscopia para tração de prótese após 4 semanas. **DISCUSSÃO:** O insulinoma é um dos principais tumores neuroendócrinos pancreáticos, responsável por liberação de insulina e sintomas relacionados ao excesso deste hormônio, como: cefaleia, letargia, tonteira, diplopia e amnésia. A liberação de catecolaminas causa tremores, sudorese e palpitações. O diagnóstico pode ser realizado pela presença de hipoglicemia após 72h de jejum, dosagem de insulina, pró-insulina e peptídeo C, além de testes de provocação com gluconato de cálcio. A identificação do tumor pode ocorrer por exames de imagem ou por testes invasivos como ECOEDA, Ultrassom intraoperatório ou estimulação seletiva arterial. São localizados igualmente na cabeça, corpo e cauda do pâncreas. A enucleação da lesão é o tratamento de escolha. **COMENTÁRIOS:** A abordagem sugerida quando a lesão não é encontrada é a pancreatectomia corpo-caudal, pois 2/3 dos tumores são encontrados nessa topografia. Neste caso, o auxílio endoscópico foi imprescindível. Após estudo com ECOEDA, método minimamente invasivo e com altas taxas de acurácia, o nódulo pôde ser encontrado e enucleado com preservação do parênquima pancreático, enquanto a CPRE foi essencial no tratamento da fístula pancreática, garantindo evolução favorável ao caso.

**CONTATO AUTOR:** ANNA CECÍLIA SANTANA DO AMARAL | cicaamaral@hotmail.com