

TEMÁRIO: Endoscopia

ARGON PLASMA COAGULATION FOR FAILED ROUX-AND-Y GASTRIC BYPASS (RYGB). A BRAZILIAN LARGE SERIES

Introduction: The weight regained has been a described growing problem in patients after bariatric surgery. This weight regained is multifactorial and associated with dilation of Gastrojejunostomy (GJ). For the patients with significant weight regain some revisional procedures had be attempted and more recently endoscopic revisional procedures had being described. Aims & Methods: To evaluate the safety and effectiveness of argon plasma coagulation (APC) decreasing the diameter of the gastroenteric anastomosis in patients who have undergone RYGB for morbid obesity and regained weight associated to dilation of the GJ. From Jan-2014 to May-2016 340 RYGB subjects with weight regain a dilated anastomosis (>18mm) and at least 2 years from procedure were submitted APC application. Interval between an APC session was 60 days with a maximum of 03 applications. APC set was at 2-3L/m with 65-85W. GJ diameter target was 8-12mm estimated with pre-measured grasper. At first APC session, pre-op weight and BMI, post-op weight nadir, actual weight and BMI and estimated diameter of GJ were the variables collected. Complications during treatment were also collected. Data were analyzed with descriptive statistics, student's t test and Spearman correlation. Results: Of the 340 patients, 84.6% were women and 15.4% were men. Average time between bariatric surgery and the first APC was 91.21 months (± 39.23) and average weight regained in this interval was 19,88kg ($\pm 9,13$). The mean diameter of the anastomosis was 22.96mm ($\pm 5,22$) and the average number of APC sessions were 1.61 times ($\pm 0,49$). The average reduction of anastomotic diameter was 14.13mm ($\pm 6,84$) and the final average diameter was 11,84mm ($\pm 3,72$). The average weight loss between the first and last APC was 12,48kg ($\pm 7,18$) and the average decrease of BMI was 4,21kg/m² ($\pm 2,62$). 84 patients (24,7%) did not achieve the target GJ diameter and 02 patient (0,6%) did not lose weight even with the desired GJ diameter. From the 88 subjects (25,89%) followed up to 12 months, the weight regain was less than 20% of the weight loss . Of the 340 patients APC, 46 (13,5%) required dilatation balloon due to symptomatic stenosis at least once. No further complications were reported. Conclusion: Argon Plasma Coagulation (APC) has been shown to be an effective and safe endoscopic technique for the reduction of gastro enteric anastomosis in patients undergoing bariatric surgery who have regained weight with dilation of the anastomosis.

AUTORES: Bruno Queiroz Sander; Giorgio A.P. Baretta; Manoel Galvao Neto; Ricardo J. Fittipaldi-Fernandez; João Antônio Schemberk; Eduardo N. Usuy Jr; Marina Queiroz Sander; Jimi I.B. Scarparo;

INSTITUIÇÃO: CLINICA SANDER

TEMÁRIO: Endoscopia

**TUMOR MEDIASTINAL PRIMÁRIO DE CÉLULAS GERMINATIVAS COM INVASÃO DO ESÔFAGO:
RELATO DE CASO EM CRIANÇA COM 12 ANOS DE IDADE**

INTRODUÇÃO: O tumor mediastinal primário de células germinativas é raro, com freqüência dominante em pacientes jovens do gênero masculino. **DESCRIÇÃO DO CASO:** RJOS, 12 anos, masculino, 15 dias após "engasgo" com carne, evoluiu com disfagia progressiva, inclusive para líquidos. À admissão: desnutrido, sialorréia e sibilância leve, hemodinamicamente estável. Suspeitado impactação alimentar. Endoscopia digestiva alta (EDA): lesão em terço médio do esôfago com oclusão total do lume. Tomografia de tórax: massa em mediastino posterior com obstrução esofageana e compressão traqueal. Histologia de biópsias endoscópicas da lesão esofageana: neoplasia maligna indiferenciada de pequenas células. Rastreamento de metástase: negativo. Internado no CTI após biópsia devido compressão traqueal pelo tumor, submetido à gastrostomia e iniciado quimioterapia (Qt). Apresentou neutropenia febril com choque séptico, mas boa resposta ao tratamento clínico. Evoluiu com melhora progressiva da disfagia. Após primeiro ciclo de Qt: tomografia de tórax: redução importante do tumor mediastinal. EDA: lesão esofageana plana, amarelada, em terço médio, ocupando um terço da circunferência, sem comprometimento do lume. Após terceiro ciclo de Qt: bom estado geral, ganho ponderal (4,4 Kg), dieta oral livre, vômitos apenas pela Qt. EDA: lesão esofageana cicatricial, plana, sem outras alterações. Tomografia de tórax: redução importante da lesão mediastinal, podendo corresponder a resquício tumoral ou lesão cicatricial. **DISCUSSÃO:** O tumor de células germinativas primário do mediastino é raro, com freqüência dominante em jovens do gênero masculino. Manifesta-se assintomático ou com sintomas inespecíficos, geralmente respiratórios, levando ao atraso no diagnóstico e tratamento. A extensão da lesão e resposta inicial ao tratamento são fatores prognósticos. O caso descrito foi em idade um pouco mais precoce, mas conforme a literatura, de evolução insidiosa e com excelente resposta à terapia. **CONCLUSÃO:** Entre os diagnósticos diferenciais em história de impactação alimentar ou disfagia, estão os tumores de mediastino que devem ter seu tratamento precoce para melhor prognóstico.

AUTORES:

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II FHEMIG E SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

ADENOMA SERRILHADO DUODENAL: UMA LESÃO EXCLUSIVA DE PACIENTES COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR?

Introdução: Os adenomas do intestino delgado são lesões pouco frequentes, ocorrem em 0,04 a 0,12% da população geral, sendo 80% dessas lesões em região periampular. São divididos histologicamente em tubulares, tubulo-vilosos, vilosos e, recentemente, serrilhados. O tipo serrilhado é o mais raro no trato digestivo superior, com 35 casos descritos em duodeno, a maioria deles em pacientes portadores de polipose adenomatosa familiar, com 28,6% apresentando comportamento agressivo. **Objetivo:** descrever o caso de uma paciente com adenoma serrilhado de papila duodenal submetida a ressecção endoscópica. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, com dores recorrentes em hipocôndrio direito, sem comorbidades. Foi submetida a endoscopia digestiva alta em outro serviço, sendo evidenciada lesão séssil de 2,5 cm em papila duodenal com diagnóstico de adenoma de papila. Exames laboratoriais e ultrassonografia sem alterações. Em duodenoscopia, presença de lesão vegetante, com mucosa granular, esbranquiçada, de 2,5 cm. Realizada papilectomia endoscópica, com injeção de solução fisiológica 0,9% na base da lesão e ressecção em bloco com alça diatérmica, sem intercorrências. Realizada esfínterectomia biliar e passagem de prótese pancreática. O anatomopatológico mostrou tratar-se de um adenoma serrilhado de papila duodenal, com focos de neoplasia intraepitelial e displasia de alto grau (categoria 4 da classificação de Viena), com margens de ressecção livres. Paciente evoluiu bem, com alta um dia após o procedimento, e amilase normal. Mantém acompanhamento ambulatorial, sem queixas. **Conclusão:** Os adenomas serrilhados são lesões agressivas e raras em trato gastrointestinal superior, devendo ser ressecadas devido ao alto risco de evolução para carcinoma invasivo.

AUTORES: Bárbara Rubira Correa; Thais Raquel da Silva; José Antônio Possatto Ferrer; Ciro Garcia Montes; José Olympio Meirelles dos Santos; Rita Barbosa de Carvalho; Carla Luiza de Souza Aluizio; Gabriela Domingues Andrade Ribeiro;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

CÁLCULOS GRANDES NA CPRE ▯ CASUÍSTICA DO HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016.

Introdução: Mais de 90% de todos os cálculos do colédoco são extraídos endoscopicamente utilizando as técnicas convencionais. Cálculos grandes são aqueles maiores que 12-15mm. São associados a taxas maiores de falha e complicações, além de serem mais desafiadores, levando o endoscopista a lançar mão de técnicas e dispositivos no intuito de obter maior abertura da papila ou menor tamanho do cálculo. Frequentemente é necessário o uso de litotripsia mecânica e eventualmente o uso de próteses para garantir a drenagem das vias biliares. Quando não é possível o tratamento endoscópico os pacientes são encaminhados ao cirurgião.

Objetivo e Métodos: Avaliar o perfil dos pacientes que se submeteram a CPRE com achado de cálculo grande no primeiro semestre de 2016 no Hospital Geral César Cals, os resultados relacionados ao procedimento e suas complicações. O estudo foi realizado através de levantamento retrospectivo dos registros de exames realizados no período.

Resultados: Nos últimos 6 meses realizamos um total de 216 CPREs por diversos motivos, sendo encontrado cálculos maiores que 12mm em 46 deles (21,3%). O critério adotado para a definição de cálculo grande foi o do autor Peter B. Cotton no livro ERCP: the Fundamentals, 2nd Ed. A maioria dos pacientes eram do sexo feminino (60%), com idade média de 62,9 anos. Em cerca de 60,9% foi possível extrair o cálculo, sendo que em 82,1% deles numa única sessão. O tamanho médio dos cálculos foi de 20,2 mm. O uso de litotripsia mecânica e de dilatação da papila com balão variou de acordo com a disponibilidade dos acessórios e da experiência do endoscopista, sendo um total de 15 pacientes com dilatação da papila, com apenas 40% de sucesso e outros 11 pacientes que realizaram litotripsia mecânica, com taxa de extração de cerca de 45%. A taxa de complicação total foi de 10,8%, a maior parte por sangramento autolimitado (8,7%). Apenas 1 caso de pancreatite (2,2%) e nenhum caso de perfuração ou óbito relatados. As causas para o insucesso foram cálculos gigantes, impossíveis de serem apreendidos pelo basket litotripsor, desproporção coledociana e síndrome de Mirizzi, entre outras, sendo encaminhados ao serviço de cirurgia geral do hospital.

Discussão e Conclusão: Cálculos biliares grandes no colédoco ainda impõem grande desafio ao endoscopista. Com as melhorias das condições no sistema público e a aquisição de terapias de litotripsia mais eficazes poderemos melhorar a resolução através da endoscopia.

AUTORES: SAMUEL MAGALHAES GURGEL; RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; FRANCISCO PAULO PONTE PRADO JUNIOR; DANIEL DE PAULA PESSOA; DANIEL PINHEIRO VIANA; ANANDA NOGUEIRA LOIOLA; JOAO PEDRO CARLOS DE OLIVEIRA; ADALBERTO PAULO HOLANDA DE SOUZA;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

DRENAGEM DA VIA BILIAR EM PACIENTE COM COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA

Introdução: A Colangite Esclerosante Primária (CEP) é uma doença hepática colestática crônica com acometimento das vias biliares intra e extra-hepáticas, de etiologia pouco elucidada, apesar de evidências de componentes genéticos e autoimunes. A CEP possui ainda forte correlação com as doenças inflamatórias intestinais, sendo a Retocolite Ulcerativa (RCU) a mais comum. As complicações estão relacionadas ao processo de fibrose multifocal dos ductos biliares, intercalando áreas de estenose com segmentos normais ou dilatados, podendo progredir para cirrose e colangiocarcinoma. O diagnóstico é feito por meio da Colangiorressonância Magnética (CRNM). O paciente pode permanecer assintomático por muitos anos e a evolução com síndrome colestática, colangite bacteriana e coledocolitíase são indicadores de progressão da doença. A drenagem da via biliar, pela Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) ou pela Colangiografia Percutânea Transhepática (CPT), o uso de ácido Ursodesoxicólico (AUDC) e antibióticoprofilaxia podem contribuir para aumento da sobrevida. O tratamento definitivo é o transplante hepático, indicado para os casos de insuficiência hepática, mas também para os quadros de colangite bacteriana recorrente.

Relato de caso: paciente mulher, 34 anos de idade, diagnosticada há nove anos com RCU, em remissão, e CEP sem sintomatologia prévia. Apresentou durante o puerpério, com evolução de dois meses, quadro de prurido intenso, icterícia, acolia e colúria, sem sinais de processo infeccioso, sendo encaminhada para internação hospitalar. Realizou CRNM, identificando-se acentuada dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, além de segmento longo de estenose acentuada em terço médio do colédoco. Com objetivo de drenagem da via biliar foi submetida à CPER, porém sem sucesso devido a não progressão do fio guia, apesar de cateterização da papila. Encaminhada para CPT, com proposta inicial de drenagem interna com prótese biliar, que foi inviabilizada devido à estenose acentuada do colédoco, sendo então realizada a drenagem externa. A paciente cursou com episódios recorrentes de colangite bacteriana, mesmo com antibióticoterapia e troca periódica do dreno biliar, adquirindo assim critérios para o transplante hepático. Conclusão: trata-se de um caso de CEP de curso clássico, porém de rápida progressão a partir da sintomatologia inicial, com má resposta à terapêutica estabelecida, drenagem biliar, sendo então encaminhada para o tratamento definitivo

AUTORES: Laura Miranda Kilimnik; Ana Paula Bernardes de Faria; Israel Alves Rabello; Edivaldo Fraga Moreira; Paulo Fernando Souto Bittencourt; Patrícia Coelho Fraga Moreira; Luiz Ronaldo Albert; Marcelo Reis Sanches;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FELICIO ROXO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

DRENAGEM INTERNA/EXTERNA TRANSPARIETOHEPÁTICA DA VIA BILIAR GUIADA POR RADIOSCOPIA E COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NO TRATAMENTO DE LESÃO DE VIA BILIAR BISMUTH IV/STRASBERG E3: RELATO DE CASO

Introdução: Apesar dos avanços tecnológicos auxiliarem no manejo das estenoses benignas da via biliar, o tratamento dessas afecções permanece desafiador. Frequentemente são secundárias a lesões iatrogênicas, em pacientes jovens e o tratamento inadequado pode resultar em complicações ameaçadoras à vida. Objetivo e método: descrever a importância da abordagem multidisciplinar no tratamento das lesões complexas da via biliar através de relato de caso. O caso: paciente, feminino, 15 anos, admitida em um hospital geral no dia 12/08/15 com quadro de colangite no 42º dia pós-operatório de colecistectomia convencional complicada com relato de bilioma, necessidade de duas novas reabordagens e refia lateral da via biliar no hospital de origem. Colangioproressonância evidenciava dilatação de vias biliares intrahepáticas até o nível da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo onde se detectava afilamento abrupto dessas vias, não sendo caracterizado o ducto hepático comum. Ducto biliar comum (trajeto biliar distal ao suposto sítio de inserção do cístico) com calibre normal. Discussão: Foi considerada abordagem cirúrgica inicialmente, no entanto a paciente não apresentava condições clínicas e condição local adequadas para a anastomose na ocasião, portanto, foi optado por drenagem externa das vias biliares e tratamento clínico da colangite evoluindo com melhora dos sintomas. Optou-se, a seguir, por abordagem conjunta entre radiologia e endoscopia para tentativa de drenagem interna/externa de via biliar. A via biliar distal foi canulada por via endoscópica com colangiografia que evidenciou calibre normal do hepatocolédoco com interrupção abrupta do meio de contraste aproximadamente a 2cm da papila duodenal. Colangiografia por via percutânea mostrou via biliar intrahepática levemente dilatada com interrupção do meio de contraste ao nível da confluência dos hepáticos. Estenose com área de extensão de aproximadamente 3cm. Fio guia foi introduzido por via percutânea e direcionado através da área de estenose em direção ao guia endoscópico. Realizada transposição de área de estenose e introdução de dreno interno/externo transparietohepático com sucesso. Paciente manteve-se estável e recebeu alta no 2º dia pós-operatório com drenagem externa fechada. Conclusão: este tratamento permitiu a completa restauração da condição clínica da paciente e, então, a programação de cirurgia definitiva com segurança. Realizada hepaticojunoanastomose no dia 02/05/16 sem intercorrências.

AUTORES: Felipe Camargo Lopes; Jose de Alencar Gonçalves de Macedo; Carlos Alberto Freitas Dias; Paulo Ramos Botelho Antunes; Andre Luiz Ferrari Petrilli; Daniel Assumpção Miguel; Leandro Augusto de Barros Silva; Fabiano Franco Monteiro Prado;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

FATORES ASSOCIADOS A COMPLICAÇÕES PÓS-COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPRE) EM UM SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DE MONTES CLAROS-MG

INTRODUÇÃO: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) representa importante método de exploração diagnóstica e terapêutica das vias biliares (Rangel, 2000). É o procedimento invasivo no qual o endoscopista injeta contraste radiopaco pela papila duodenal, sob exame radioscópico e avalia a anatomia das vias biliares e dos canais pancreáticos. As possibilidades terapêuticas deste procedimento incluem desde a remoção de cálculos, realização de biópsias até a drenagem biliar paliativa com próteses plásticas ou metálicas expansíveis (Ferreira, 2013). **OBJETIVO:** Relacionar os principais fatores de risco com as complicações mais frequentes no serviço. **MÉTODOS:** Pesquisa quantitativa descritiva por meio de levantamento de dados de prontuários de pacientes submetidos à CPRE em um Serviço de Endoscopia de Montes Claros, entre os anos de 2013 a 2016 tendo como objeto de estudo as complicações pós-CPRE. **RESULTADOS:** Foram avaliados 146 pacientes submetidos à CPRE, sendo 85 (59%) do sexo feminino e 61 (41%) do sexo masculino, com idade variando de 11 à 97anos. Dentre eles, 127 (87%) não apresentaram complicações pós-CPRE, dos outros 13% com complicações, a mais prevalente foi a pancreatite (6%). Dentre as variáveis estudadas, a idade mostrou-se com significância estatística ($p = 0.05$) sendo que com o aumento da idade as complicações diminuíam. Os pacientes submetidos à pancreatografia apresentaram mais complicações que os que não foram submetidos ao mesmo procedimento ($p = 0,017$). A tentativa de canulação quando comparada com a frequência de complicações também foi maior nos pacientes com maior número de tentativas ($p = 0,02$). A realização de pré-corte não apresentou diferença em relação às complicações pós-CPRE ($p = 0,25$). **CONCLUSÃO:** Idade baixa, realização de pancreatografia e maior número de tentativas de canulação estão relacionados com aumento das complicações pós CPRE neste serviço de endoscopia de Montes Claros.

AUTORES: ITALO FILIPE CARDOSO AMORIM; ANTONIO SERGIO BARCALA JORGE; PEDRO GILBERTO RODRIGUES;

INSTITUIÇÃO: UNIMONTES

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

FREQÜÊNCIA DE COMPLICAÇÕES APÓS COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA NUM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAHIA

Introdução: A Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é considerado um procedimento seguro para diagnóstico e tratamento de doenças obstrutivas das vias biliares e pancreáticas. É relatado na literatura, ocorrência de complicações em cerca de 5 a 40% dos casos, a depender da complexidade do procedimento e das comorbidades do paciente. As complicações podem ser, a curto prazo, associadas a sedação e/ou diretamente relacionadas ao procedimento, como hemorragia, infecções, perfurações. Dentre elas, a principal e mais temida é a pancreatite, seguida de hemorragia e colangite. O diagnóstico pode ser feito por análise clínica, laboratorial e radiológica pós-CPRE. **Objetivo:** Avaliar a frequência de complicações pós-CPRE em um hospital de referência da Bahia. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo envolvendo pacientes submetidos a CPRE num hospital de referência na Bahia, entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2015. **Resultados:** Foram incluídos na análise 152 pacientes admitidos para realização de CPRE, 122 homens e com média de idade de 55, 16 anos. Dentre os achados encontrados durante o procedimento, as mais frequentes foram dilatação da via biliar, coledocolitíase e colelitíase. Dentre as complicações observadas, a dor abdominal pós procedimento foi a mais frequente, presente em 22,6% dos pacientes, seguido de náuseas e/ou vômitos em 8% e pico febril em 6,6%. A pancreatite pós-CPRE ocorreu em 5,3% dos indivíduos, sendo a principal indicação do procedimento neste grupo a coledocolitíase (75%). Ainda entre os pacientes que evoluíram com pancreatite, 12% tinham dilatação em via biliar e 12,5% icterícia antes do procedimento. **Conclusão:** A CPRE é um procedimento realizado com relativa margem de segurança, sendo a dor abdominal é a complicação mais frequente. A pancreatite pós- CPRE ocorreu em frequência concordante com a literatura nesta amostra, sendo coledocolitíase o principal diagnóstico relacionado a esse desfecho.

AUTORES: Thiago Lima Ferreira; Mayara Cintia de Jesus Silva; Paola Nascimento Marques; Lourianne Nascimento Cavalcante; Tharlay Vieira Carvalho; Marcia Santos da Silva;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETRÓGRADA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA BAHIA

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada (CPRE) é amplamente utilizada para fins terapêuticos em doenças da árvore pancreatobiliar, e como método diagnóstico, porém em menor frequência. Associadas à CPRE pode haver complicações que dependem de fatores relacionados ao procedimento e/ou ao paciente. Em vista disso, o conhecimento do perfil dos pacientes que são submetidos ao exame é importante para avaliar predisposição às complicações e identificar o grupo em que essa técnica está sendo empregada com mais frequência. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes submetidos à CPRE em um hospital de referência da Bahia. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo envolvendo pacientes submetidos à CPRE e internados no Centro de Hemorragia Digestiva (CDH) em um hospital de referência da Bahia, no período entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2015. **Resultado:** Foram avaliados 152 pacientes. A idade média obtida foi 55,16 anos ($\pm 18,53$) e 80,26% eram do sexo feminino. Entre os indivíduos incluídos, 69,74% haviam sido diagnosticados com coledocolitíase, 14,47% com colelitíase e 9,21% com síndrome colestásica. Do total de pacientes, 26,97% eram colecistectomizados. O tempo médio de internamento foi 2,06 dias, aumentando para 2,85 no grupo de pacientes que apresentaram alguma complicação pós CPRE. Dentre as complicações observadas, 22,6% dos pacientes apresentaram dor abdominal, 8% náuseas e vômitos, 6,6% pico febril e subfebril e 5,3% pancreatite pós CPRE, desses 100% eram mulheres e com idade média de 51,87 anos. A dilatação da via biliar foi descrita em 70% dos pacientes, desses 67% possuíam dilatação extra-hepática e 26% intra e extra-hepática. A remoção dos cálculos com a CPRE foi completa em 71% dos pacientes e incompleta em 10%. E houve implantação de prótese de via biliar em 30,7% dos pacientes. **Conclusão:** Dentre os pacientes submetidos à CPRE nesta amostra, observou-se maior proporção de pacientes do sexo feminino, na sexta década de vida, com diagnóstico de coledocolitíase e com dilatação de via biliar, destacando-se a extra-hepática.

AUTORES: Thiago Lima Ferreira; Paola Nascimento Marques; Lourianne Nascimento Cavalcante; Tharlay Vieira Carvalho; Mayara Cintia de Jesus Silva;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

PERFIL ENDOSCÓPICO DE CPRE EM PACIENTES COM COLEDocolITÍASE EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUS

INTRODUÇÃO: O tratamento da coledocolitíase pode ser realizado por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) pré-operatória seguida de colecistectomia ou por colecistectomia com exploração das vias biliares. No entanto, em diversas situações, a CPRE pode ser o procedimento de escolha para resolução da coledocolitíase e suas complicações. **OBJETIVO:** Traçar o perfil dos pacientes com coledocolitíase submetidos à CPRE no Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo a partir da análise de 167 prontuários de pacientes com coledocolitíase submetidos à CPRE no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. As características avaliadas foram: idade, sexo, sucesso do procedimento (papilotomia, fistulotomia, passagem de Basket, retirada de cálculos, boa drenagem da via biliar após procedimento), dilatação da via biliar, colangite e complicações (impactação da cesta de Basket e perfuração). **RESULTADOS:** No período, foram realizadas 333 CPRE, sendo 167 (50%) para pacientes com diagnóstico de coledocolitíase. Destes, 109 (65%) eram do sexo feminino e 58 (35%) do sexo masculino. A média de idade foi de 53 anos [14 - 95 anos]. Verificou-se dilatação das vias biliares em 129 (77%), papila intradiverticular em 10 (6%) e colangite em 5 (3%). O procedimento endoscópico foi bem sucedido em 162 (97%) pacientes. Realizou-se papilotomia em 157 (94%), fistulotomia em 4 (2,4%) e passagem do basket em 158 (94%) casos, com boa drenagem biliar após o procedimento em 96% dos casos. Procedeu-se a retirada de cálculos em 128 (76,6%) casos e em 1 (0,6%) não foi possível a sua retirada. As complicações identificadas, durante o exame, foram perfuração em um paciente (0,6%) e impactação da cesta basket em outro (0,6%). **CONCLUSÃO:** Obteve-se alta taxa de sucesso e baixa taxa de complicações para o tratamento endoscópico da coledocolitíase. Observou-se predominância do sexo feminino com grande variedade da idade e uma alta taxa de pacientes com dilatação das vias biliares.

AUTORES: Fernando Tadeu Vannuci Coimbra; Erisvaldo Ferreira Cavalcante Júnior; Daniel Ribeiro Dantas Landim; Luiz Gustavo de Quadros; Augusto Gandolfi; Idilberto Jose Zotarelli Filho;

INSTITUIÇÃO: UFAL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

REMOÇÃO DE CLIPE METÁLICO EM VIA BILIAR POR CPRE

INTRODUÇÃO: A colecistectomia laparoscópica é o padrão-ouro para o tratamento da colelitíase sintomática. Neste procedimento são utilizados os cliques metálicos, considerados, em geral, seguros. A obstrução das vias biliares (VVBB) decorrentes da migração de clipe cirúrgico para o interior colédoco é um acontecimento raro, com aproximadamente 100 casos reportados na literatura. A migração dos cliques metálicos pode ocorrer em qualquer período do pós-operatório, sendo mais frequente, cerca de dois anos após a realização do procedimento. A CPRE pode ser utilizada para o manejo terapêutico dessa complicação.

OBJETIVO: Apresentar o caso de uma paciente com obstrução das vias biliares decorrente da migração de clipe metálico para o interior do colédoco, associado a coledocolitíase, resolvida por CPRE. **RELATO DO CASO:** FPS, 47 anos, feminino, admitida com história de icterícia, colúria, acolia fecal e dor epigástrica há 5 dias. Relatou colecistectomia laparoscópica há 16 anos. Na admissão apresentava icterícia com predomínio de bilirrubina direta. TAC de abdomen evidenciou dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Colédoco medindo cerca de 1cm, o qual apresenta na projeção de sua porção terminal, próximo à papila, material hiperatenuante, causando redução abrupta da luz, não sendo possível precisar sua localização intra ou extraluminal. Optado por realizar CPRE para desobstrução de vias biliares. A Colangiografia mostrou hepatocolédoco dilatado medindo 1,5cm no seu maior diâmetro com falha de enchimento na sua porção distal. Após papilotomia foi realizada varredura da via biliar sendo observada saída de lama biliar, um cálculo amarelado medindo cerca de 5mm e um clipe metálico com cerca de 8mm. Paciente evoluiu com melhora da dor abdominal e icterícia, recebendo alta hospitalar no 2ºDPO da CPRE. **CONCLUSÃO:** A CPRE se mostrou uma opção viável para retirada de clipe metálico das VVBB.

AUTORES: Marcos Paulo Gomes de Mattos; Gustavo José Carneiro Leão Filho; Thiago Guimarães Vilaça; José Luiz Figueiredo; Julyanne Luize de Lima Rios Castro; Maria Angélica Soares Gomes; Alice Abath; Duilio Cabral da Costa Neto; Márcia Rolim de Almendra Freitas; Gio

INSTITUIÇÃO: IMIP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

TÉCNICA MISTA PARA REMOÇÃO DE CÁLCULOS DA VIA BILIAR PRINCIPAL POR COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA

INTRODUÇÃO: A associação de dilatação da papila de Vater com balão com esfínterectomia (ETE) tem sido usada para remoção de cálculos de grandes dimensões da via biliar principal (VBP). **OBJETIVOS:** A apresentação da casuística do hospital analisado durante dez meses, em que procedeu a ETE seguida de dilatação papilar com balão para remoção de cálculos da VBP. Pretendeu-se avaliar a eficácia na remoção dos cálculos, a necessidade de litotripsia mecânica e a ocorrência de complicações. **MÉTODOS:** Entre Março de 2015 e Dezembro de 2015 foi realizada dilatação papilar precedida de ETE em 19 pacientes. Os pacientes incluídos apresentavam no colangiograma por Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE) cálculos na VBP com dimensão superior ou igual a 10mm. **RESULTADOS:** Dos 19 doentes, 9 (48%) eram do sexo feminino . A média de idade foi de 65 anos e 70 % dos doentes apresentavam dois ou mais cálculos. O tamanho médio dos cálculos foi de 14mm. Quatro pacientes apresentavam litíase residual de colédoco com ETE prévia. Apenas um dos pacientes não foi possível a remoção do cálculo. Não houve necessidade de litotripsia mecânica. Não se registraram complicações. **CONCLUSÃO:** A associação dos dois métodos mostrou-se eficaz na remoção de cálculos de grandes dimensões da VBP.

AUTORES: Cassiano Minussi Colpo; Douglas Rafael Beling; João Otávio Colpo Paz; Juliano Nunes Chibiaque de Lima; Glademir José Librelotto Rubin;

INSTITUIÇÃO: IMED

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

TRATAMENTO DE SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO I ATRAVÉS DE RENDEZVOUS

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Mirizzi (SM) decorre da compressão do ducto hepático comum ou do colédoco pela impactação de cálculos no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula. Não há consenso sobre o manejo, sendo a CPRE associada à colecistectomia uma conduta frequente. Em 1993, foi descrita a técnica de rendezvous que consiste no acesso às vias biliares (VVBB) pela combinação de endoscopia com acesso cirúrgico ou percutâneo por hemodinâmica. A técnica cirúrgica consiste em inserir o fio guia através de uma pequena incisão na parte superior do ducto cístico, proximal à vesícula biliar. Já na hemodinâmica, o acesso às VVBB intra-hepáticas é feito através da abordagem percutânea guiada por radioscopia. Assim, é possível a canulação anterógrada das vias biliares, com a diminuição do risco de complicações na canulação **OBJETIVO:** Apresentar o caso de uma paciente com SM tipo I, com difícil canulação pela CPRE, submetida a rendezvous cirúrgico-endoscópico. **RELATO DO CASO:** SBWO, 49 anos, feminino, foi admitida com dor em hipocôndrio direito e icterícia há 15 dias. Sem febre. USG de abdome total identificou dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas, com quatro cálculos no interior do colédoco medindo entre 0,6 e 1cm. Colédoco medindo 0,8mm. Vesícula biliar pouco distendida, contendo cálculos de até 1,3cm de diâmetro. Imagem da CPRE: falhas de enchimento medindo cerca de 1 cm em colédoco e em cístico distal, podendo corresponder a cálculo; estreitamento da porção distal do colédoco com implante anômalo do ducto cístico, que se encontrava paralelo a ele promovendo efeito compressivo; e discreto desvio do eixo da via biliar principal, o que tornou difícil a sua canulação. Foi indicado procedimento em conjunto com a cirurgia geral com realização de CPRE em transoperatório de colecistectomia aberta com coledocotomia. Realizada canulação da via biliar principal com dificuldade através da subestenose em colédoco distal. Realizada apreensão de fio guia através da coledocotomia e dilatação do colédoco com balão dilatador para 15 mm, seguida de varredura com balão extrator e aposição de prótese plástica biliar. Realizado fechamento da coledocotomia por via transabdominal. No 7º DPO, paciente evoluiu com fístula biliar, decidido por conduta conservadora. No 14º DPO, paciente recebeu alta após diminuição do débito do dreno. **CONCLUSÃO:** Técnicas combinadas podem ser uma opção para o tratamento das SM tipo I que não apresentam resolução pelas técnica endoscópica.

AUTORES: Marcos Paulo Gomes de Mattos; Gustavo José Carneiro Leão Filho; Thiago Guimarães Vilaça; José Luiz Figueiredo; Suênia França; Julyanne Luize de Lima Rios Castro; Maria Angélica Soares Gomes; Duilio Cabral da Costa Neto; Márcia Rolim de Almendra Freitas; G

INSTITUIÇÃO: IMIP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA COLEDocolITÍASE PRIMÁRIA RECORRENTE: RELATO DE CASO

Introdução: A litíase biliar é uma doença de alta prevalência na população geral (em até 10%) e a incidência de coledocolitíase têm uma frequência em torno de 8 a 15% em diversos estudos. Se esse cálculo for encontrado em até dois anos após a colecistectomia, é considerado como um cálculo residual. Nos casos diagnosticados após dois anos da colecistectomia, sua causa seria primária. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com quadro de coledocolitíase recorrente após videocolecistectomia e terapêutica endoscópica prévios. **Relato de Caso:** Paciente R.E.G., sexo feminino, 56 anos, com diagnóstico de colelitíase por provável quadro de discinesia biliar, e episódios recorrentes de cólica biliar, foi submetida à videocolecistectomia há 10 anos, com colangiografia intraoperatória sem alterações. Três anos após essa cirurgia, a paciente foi internada com diagnóstico de coledocolitíase, sendo submetida à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e papilotomia, com extração de dois cálculos do colédoco distal. Nove meses após, a paciente apresenta novos quadros de dores epigástricas recorrentes, com características clínicas semelhantes ao quadro apresentado há 10 anos. Foi submetida a exames subsidiários (laboratoriais e imagens) que demonstraram presença de coledocolitíase recorrente, onde foi submetida a nova terapêutica endoscópica. **Conclusão:** No presente caso, onde se evidenciam quadros recorrentes de coledocolitíase, há que se pensar na hipótese de bile litogênica, disfunção do esfíncter de Oddi ou estenose parcial da esfínterectomia prévia, como fatores contributivos para a recorrência da coledocolitíase. A terapia endoscópica, embora não inócua e menos invasiva, quando bem executada, é responsável por resultados muito satisfatórios, porém com grandes riscos de complicações.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Everson Luiz de Almeida Artifon; Carlos K. Furuya Júnior; Ricardo Sato Uemura; Janayna Thaina Rabelato; Airton Zogaib Rodrigues;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ACHADO ENDOSCÓPICO RARO: PSEUDOLIPOMATOSE INTESTINAL

Introdução: Faz parte da boa formação de um endoscopista o conhecimento de achados raros em endoscopia digestiva. Apresentamos dois casos de pseudolipomatose encontrados em colonoscopias, do serviço de endoscopia digestiva do Hospital Madre Teresa Belo Horizonte [?] MG, para o compartilhamento com colegas. Relato de caso: NDBCM, feminino, 60 anos, hipertensa, com história de câncer de mama tratado com mastectomia radical e esvaziamento axilar e indicação de colonoscopia para vigilância pós polipectomias em 2009. NAO, 83 anos, hipertensa, coronariopata, com indicação do exame para investigação de diarreia crônica e PSOF positivo. Nas colonoscopias foram evidenciadas placas brancacentas confluentes e levemente elevadas intercaladas por mucosa normal, sendo que no primeiro caso acometia cólon sigmoide e o segundo os cólons ascendente e descendente. Anatomopatológico de ambas evidenciaram espaços vazios, artefatuais, entre as glândulas compatíveis com pseudolipomatose. Discussão: Pseudolipomatose de cólon tem prevalência estimada em torno de 0,02 a 0,3% das colonoscopias e é mais frequente na sexta e sétima década de vida. É uma entidade benigna e de causa iatrogênica provavelmente secundária a penetração de gás na mucosa durante a colonoscopia devido ao barotrauma ou secundária a lesões em mucosa provocadas pelo preparo intestinal. O aspecto endoscópico é típico e consiste em placas esbranquiçadas ou amareladas, únicas ou múltiplas, na mucosa podendo acometer qualquer segmento do cólon. Apesar do aspecto clássico, as biópsias são necessárias para diagnóstico diferencial com outras entidades como pneumatose cística intestinal e linfangioma. Na histologia são detectados vacúolos contendo gás na lâmina própria e o termo pseudolipomatose advém da semelhança histológica com a lipomatose onde há vacúolos contendo lipídeos. O tratamento é conservador e as lesões regridem espontaneamente em semanas sem nenhuma repercussão clínica. Conclusão: A pseudolipomatose é uma afecção evidente durante o exame e pode trazer certa preocupação ao endoscopista que a desconhece. Nosso objetivo é trazer a imagem clássica desta afecção juntamente com o conhecimento de sua benignidade.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Walton Albuquerque; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Luana Germano Tose; Cynthia Koeppel Berenstein; Carlos Alberto Ribeiro;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ACHADO ENDOSCÓPICO RARO: PSEUDOMELANOSE DUODENAL

Pseudomelanose do intestino delgado é um achado endoscópico extremamente raro e com poucos relatos na literatura. Relato de caso: EMGC, masculino, 83 anos, assintomático, em propedêutica endoscópica para investigação de anemia. Encontrava-se em uso de sulfato ferroso e hidroclorotiazida para HAS. Na EDA foram identificados em mucosa duodenal pontilhados enegrecidos típicos de pseudomelanose duodenal sendo realizadas biópsias. Avaliação anatomopatológica identificou pigmento granular castanho-enegrecido na lâmina própria dos vilos. Discussão: A pseudomelanose é uma condição caracterizada pela pigmentação escura da mucosa, podendo acometer estômago e intestinos delgado e grosso. No intestino grosso é uma condição mais frequente relacionada ao uso abusivo de laxativos principalmente sene. Já a pseudomelanose extra-cólica é um achado endoscópico incidental raro, sendo mais comum no duodeno. Na histologia são identificados pigmentos de hemossiderina no interior de macrófagos na lâmina própria das vilosidades. Está relacionada principalmente ao uso de suplementos de ferro além de carvão vegetal, hidralazina e diuréticos como furosemida e hidroclorotiazida. Também é mais prevalente em portadores de DRC, HAS e DM, porém o motivo é desconhecido. Postula-se que a absorção conjunta de ferro associado à porção de enxofre proveniente de anti-hipertensivos, poderia ser o mecanismo para o acúmulo de pigmento nos macrófagos da mucosa do intestino delgado devido ao transporte inadequado do ferro. Não está relacionada a sintomas e, ao contrário da deposição de ferro em outros sítios que podem levar a uma resposta fibroproliferativa, a pseudomelanose não tem sido associada a fibrose ou estenose. Além disto, não tem relação ao desenvolvimento de neoplasias ou outras patologias. Não há necessidade de tratamento ou suspensão de medicamentos relacionados e não requer acompanhamento.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Walton Albuquerque; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Luana Germano Tose; Carlos Alberto Ribeiro; Cynthia Koeppel Berenstein;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ANALISAR O PERFIL DOS PACIENTES COM PÓLIPOS COLORRETAIS DIAGNOSTICADAS NOS SERVIÇOS DE COLONOSCOPIA NO INSTITUTO DO FÍGADO E TRANSPLANTES DE PERNAMBUCO - IFP

RESUMO : Os pólipos colorretais são estruturas que se projetam na superfície da camada mucosa do intestino grosso, podendo ser neoplásicos ou não. O desenvolvimento do câncer colorretal ocorre pelo resultado da transformação do epitélio colônico normal em lesões benignas, denominadas pólipos adenomatosos, que posteriormente evoluem para lesões malignas, os adenocarcinomas. **Objetivo:** avaliar o perfil dos pacientes com pólipos colorretais diagnosticados em um Serviço de Videocolonoscopia em Pernambuco. **Método:** Revisamos os laudos de 203 pacientes submetidos a polipectomia endoscópica entre janeiro de 2013 a dezembro de 2015. **Resultados:** O sexo feminino (59,2%) e a faixa etária entre 51-60 (28,6%) anos predominaram. A indicação para realizar o exame de colonoscopia mais freqüente foram: constipação 16,7%, controle pos-polipectomia 16,7%, doença inflamatória intestinal (DII) 15,7%. As lesões sésseis ocorreram em 69,4% e as pediculadas em 14,8%. A maioria dos pólipos localizava-se no reto 22,6 % ou no sigmóide 21,2%. Ocorreu mais que uma lesão em 18,6% dos pacientes. A histologia revelou pólipos hiperplásicos em 42,3%; os adenomas com padrão tubular em 39,9%, tubulo-vilosos em 6,4% e vilosos em 3,4%; pólipos inflamatórios em 2,4%. **Conclusões:** Baseados em nossos achados concluímos que o gênero feminino é o mais prevalente; a indicação mais freqüente para realizar o exame constipação e controle pos-polipectomia; os pólipos hiperplásicos são os mais freqüentes; que a localização em reto e sigmóide é a mais comum. É importante que cada centro diagnóstico, tenha documentado o seu próprio perfil epidemiológico, notificando as características da população que é atendida neste centro, para que estratégias principalmente de prevenção sejam adotadas.

AUTORES: Luciana Souza Lima; Cleomadson Nunes Ferraz Filho; Maria Fernanda Mascalubo; Sylene Coutinho Rampche de Carvalho; Luydson Richardson Vasconcelos; Leila Maria Beltrão;

INSTITUIÇÃO: FCM- CAMPINA GRANDE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ANÁLISE COMPARATIVA DA EMR EM 572 LESÕES DE CRESCIMENTO LATERAL (LST VS GLST)

Introdução: O Ca Colorretal cresce de neoplasias polipóides e ñ-polipóides. Os Tumores de Crescimento Lateral (LST) são lesões maiores que 10mm de diâmetro e com um pequeno crescimento vertical. São classificadas em dois grupos: a LST de superfície granular (GLST) e as de superfície plana não-granular (LSTng). A mucosectomia (EMR) é uma técnica de ressecção segura destes tumores, rápida e com baixos índices de complicações, porém pode apresentar taxas elevadas de recidiva. **Objetivo:** Avaliar as características das LSTs quanto ao tamanho, localização e padrão de criptas. Ainda, comparar os procedimentos de ressecção destas lesões, EMR, quanto mortalidade, taxa de recidiva, sangramento, perfurações e tipo do procedimento. **Material e Métodos:** Estudo de Série de Casos, com dados de prontuários dos pacientes portadores de LSTs submetidos a EMR em nosso serviço, entre nov/2000 e jun/2015. A técnica de ressecção foi a mesma em todos procedimentos (lift and cut). O tamanho amostral foi de 572. O tamanho das lesões foi estimada em milímetros. O padrão de criptas foi avaliado com a Classificação de Kudo. Foram avaliados sangramento, perfuração e se os tumores foram ressecados em bloc ou piecemeal. Foi realizado seguimento em 277 ressecções. A análise estatística foi feita com o teste Wilcoxon-Mann-Whitney e Qui-quadrado. **Resultados:** Foram estudadas 331 ressecções em GLSTs e 241 em LSTs, sem diferença quanto ao gênero ($p=0,49$). A idade dos pacientes variou entre 29 e 87 no grupo de LSTs e entre 20 e 90 no GLSTs, sendo a média de 62,7 e 64,5 respectivamente. A média de tamanho nas LSTs foi de 18,1mm, nas GLSTs 42,8mm e mediana de 15 e 30mm ($p<0,001$). No grupo de LSTs 80% das lesões mediram até 20mm e a localização foi no C. Transverso em 55%, enquanto 73% das GLSTs mediram mais de 20mm e 76% das lesões localizadas no Reto ($p<0,001$). O padrão das criptas das LSTs foi IIII em 52% das lesões e as GLSTs foi IV em 70% ($p<0,001$). Sangramento ocorreu 12% nas LSTs e 18% nas GLSTs ($p=0,097$). Perfuração ocorreu em 2 lesões GLST. As LSTs foram ressecadas em bloc em 68% das vezes e as GLSTs em 27% ($p<0,001$). A taxa de recidiva foi de 17% nas LSTs e 41% nas GLSTs ($p<0,001$). Não houve mortalidade. **Conclusão:** A prevalência de GLSTs é maior, sendo estas mais frequentes no Reto, LSTs no C. Transverso e não havendo diferença entre os gêneros. As GLSTs apresentam-se em maiores dimensões no momento do diagnóstico. Assim, a ressecção destas lesões por EMR possuem baixa morbidade e mortalidade.

AUTORES: Leonardo Menegaz Conrado; Claudio Rolim Teixeira; Michele Lemos Bonotto; Luciana Filchner Figueiredo; Carlos Renato Frasca Rodrigues; Julio Carlos Pereira Lima; Sídia Callegari Jacques;

INSTITUIÇÃO: FUGAST

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ANÁLISE DOS PACIENTES COM LESÃO SUBEPITELIAL DE RETO SUBMETIDOS A MUCOSECTOMIA.

Introdução: As lesões subepiteliais (LS) do trato gastrointestinal são definidas como massas proveniente das camadas da submucosa, recobertas por mucosa normal. Geralmente assintomáticas, as LS são encontradas em exames de rotina. Devido a profundidade, nem sempre é possível o diagnóstico com biópsias. **Objetivo:** Avaliação dos pacientes com LS de reto submetidos a mucosectomia endoscópica (ME). **Método:** Estudo retrospectivo dos pacientes com LS de reto submetidos a ME, de janeiro de 2014 a abril de 2016. As ME foram realizadas com elevação da lesão com soro fisiológico e posterior ressecção com alça diatérmica. **Resultados:** Foram encontrados 9 pacientes submetidos a ME por lesão subepitelial de reto. A idade média foi de 55,7 anos. Cinco deles eram do sexo masculino e 4 do feminino. À colonoscopia o diagnóstico segundo o aspecto da lesão (coloração, consistência, profundidade) foram compatíveis com a histologia. Em 8 deles (88,8%) o resultado histológico foi de tumor carcinóide e em 1 (11,1%) foi de lipoma. A maior lesão apresentava-se com 1 cm de diâmetro. Não houve complicações. Quatro dos 9 pacientes fizeram exame de controle, sem sinal de doença residual. **Discussão:** As LS são normalmente assintomáticas, sendo diagnosticadas em exame de rotina em 0,3 a 1% dos casos. Nos casos sintomáticos, o quadro clínico é de anemia, sangramento e dor abdominal. Homens e mulheres são afetados em proporções semelhantes e os pacientes geralmente possuem mais de 50 anos. A maioria das LS são benignas, sendo que menos de 15% dos casos são malignas no momento do diagnóstico. Entretanto o diagnóstico histológico nem sempre é possível. Devido a sua localização, é comum a biópsia coletar a mucosa normal que recobre a lesão. Mesmo com técnicas de biópsia sobre biópsia, as camadas submucosas são acessadas em apenas 25% dos casos. Portanto, é discutível nas LS menores de 1 cm, realizamos ME sem a biópsia prévia. Em estudo realizado por Cantor et al, houve diagnóstico em 39% das biópsias contra 92% das ressecções endoscópicas. As principais complicações das ME são sangramento (0 a 24%) e perfuração (0 a 5%). Devido ao baixo risco de complicações e a possibilidade da biópsia dificultar uma ME futura, geralmente em nosso serviço não biopsiamos lesões menores de 1 cm. **Conclusão:** Em nosso trabalho, avaliamos os casos de LS de reto submetidos a ME. Encontramos dados semelhantes a literatura quanto ao perfil do paciente e quanto a vantagem de realizar ME mesmo sem a biópsia da LS pequenas.

AUTORES: Thaisa Sami Nakadomari; Fernanda Guimarães Bianchi; Leandro Yoshimi Kashiwagui; Raphael Machado de Sá Ferreira; Rogério Takeshi Miyake;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SUGISAWA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

APENDICECTOMIA ENDOSCÓPICA: UMA INOVADORA OPÇÃO TERAPÊUTICA

Apendicectomia é classicamente tratada por cirurgia: laparotomia ou laparoscopia. NOTES [1] [2] Natural Orifices Transluminal Endoscopic Surgery [3] [4] por acessos transgástrico e mesmo transvaginal fez parte, por um certo tempo, de opções minimamente invasivas. No contexto de um procedimento minimamente invasivo, sem cicatriz, com sedação profunda e com curtíssimo tempo de internação hospitalar, apresentamos a APENDICECTOMIA ENDOLUMINAL. Relatamos o caso de um paciente, masculino, 64 anos, que foi submetido à colonoscopia de controle, por neoplasia de reto-sigmóide, onde evidenciou-se secreção cinza-amarelada saindo pelo óstio apendicular, suspeitando assim de um quadro inflamatório do órgão. Realizada então, apendicectomia por via colonoscópica. Paciente evoluiu bem clinicamente, tendo alta no terceiro dia pós procedimento, com dieta leve e antibioticoterapia. Apendicectomia endoluminal caracteriza-se como um procedimento minimamente invasivo, tendo poucos relatos na literatura a respeito da aplicação desta opção terapêutica factível e com promissores resultados para um futuro não distante, juntamente com o avanço da tecnologia na área endoscópica.

AUTORES: Everson L. A. Artifon; Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Ricardo Sato Uemura; Carlos Kiyoshi Furuya Junior;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE NO RASTREAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL EM UM HOSPITAL DO RIO GRANDE DO SUL

INTRODUÇÃO: Estudos demonstram que a remoção de adenomas colorretais por colonoscopia reduz o risco de morte por câncer colorretal e que a taxa de detecção de adenoma (TDA) e o tempo de retirada do aparelho são importantes indicadores de qualidade no rastreamento desta neoplasia, no entanto os dados dos serviços de endoscopia no Brasil são pouco conhecidos. **OBJETIVO:** Avaliar indicadores de qualidade em colonoscopias realizadas no serviço de endoscopia de um hospital privado no Rio Grande do Sul. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de todas as colonoscopias realizadas no Hospital Regina, em Novo Hamburgo/RS, em pacientes com idade entre 50 e 75 anos no período entre 06/2013 e 12/2013. Os critérios de exclusão foram: exames de urgência, pacientes com tratamento prévio de neoplasia colorretal, com colectomia parcial ou com doença inflamatória intestinal. Foram determinadas a TDA, taxa de detecção de adenoma avançado (TDAA), taxa de detecção de câncer colorretal (TDCCR), taxa de intubação cecal, taxa de documentação do ceco e tempo de retirada do aparelho. **RESULTADOS:** 10 médicos endoscopistas realizaram 539 colonoscopias (62,2% dos pacientes do sexo feminino, idade média: 60 anos). A taxa de intubação cecal foi de 96,8% (variando de 92,3 a 100%), a taxa de documentação do ceco foi de 92,5% (variando de 67,7% a 100%), e a média do tempo de retirada do aparelho em exames normais foi de 3,8 minutos (tempo médio para cada endoscopista variando de 2,3 a 11,6 minutos). Foram identificados pólipos em 167 pacientes (31%), adenomas em 112 pacientes (TDA: 20,8%, TDA no sexo feminino de 16,7% e no sexo masculino de 27,5%), adenomas avançados em 38 pacientes (TDAA: 7,1%) e câncer colorretal em 14 pacientes (TDCCR: 2,6%). A TDA de cada endoscopista variou de 10,8% a 53,8%, sendo superior a 25% para os que apresentaram tempo de retirada do aparelho maior que 6 minutos ($p=0,05$) e para aqueles que documentaram o ceco em todos os exames completos ($p=0,01$). **CONCLUSÕES:** A TDA deste serviço de endoscopia foi compatível à recomendada neste período, mas observou-se grande variabilidade na TDA entre os médicos endoscopistas (3 endoscopistas com TDA <19%, 3 com TDA entre 20 e 24% e 4 com TDA >25%). Os achados do estudo evidenciam a necessidade de avaliação contínua dos indicadores de qualidade como rotina nos serviços de endoscopia, a fim de guiar atividades educativas entre os endoscopistas e de melhor avaliar as rotinas no rastreamento do câncer colorretal na nossa população.

AUTORES: Gilmara Coelho Meine; Roque Furian;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGINA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

AValiação Qualitativa e Quantitativa do Emprego das Classificações Endoscópicas para Doença Inflamatória Intestinal em Serviço Universitário Quaternário do Rio de Janeiro

Introdução: O conhecimento dos escores endoscópicos na avaliação da atividade das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) e sua aplicação são de extrema importância em Hospital Universitário referência em DII, onde se realiza assistência, ensino e pesquisa. Estas informações acarretam mudanças na estratégia terapêutica, seja na introdução ou na otimização terapêutica. A construção deste conhecimento e sua aplicação prática se baseiam na escolha do escore a ser utilizado, no acúmulo de experiência pessoal e na percepção do impacto do resultado deste procedimento para o tratamento do paciente com DII. Objetivos: 1. Avaliar a prevalência de videocolonoscopias realizadas em pacientes com DII 2. Verificar a taxa de utilização de classificações endoscópicas em pacientes com DII submetidos à videocolonoscopia 3. Analisar a taxa de acerto quanto ao emprego das classificações nos laudos de videocolonoscopia Métodos: Estudo retrospectivo de consulta à base de dados computadorizada das videocolonoscopias realizadas em pacientes com diagnóstico de DII, estabelecido previamente por critérios clínicos, endoscópicos, radiológicos e histopatológicos. Os exames foram executados entre 01/03/2015 e 03/07/2016, no Serviço de Gastroenterologia do HUCFF-UFRJ, onde foram analisadas as principais conclusões diagnósticas e as descrições de laudos. Foram consideradas como melhores classificações para doença de Crohn (DC) a classificação de Rutgeerts e a SES-CD (Simple endoscopic score for Crohn's disease); e para a retocolite ulcerativa (RCU), a classificação parcial de Mayo (endoscópico). Resultados: Foram realizadas 169 colonoscopias em 93 pacientes com DC e em 76 com RCU. No grupo DC, 31/93 foram classificadas (33,3%), sendo 17 /31 com SES-CD e 14/31 com a de Rutgeerts. Dentre os classificados, a associação entre a classificação SES-CD e a descrição do laudo foi correta em 12 (70,5%) e ao se utilizar a de Rutgeerts foi de 8 (57,1%). No grupo RCU, 42/76 foram classificados com Mayo (55,2%) e a associação entre a classificação empregada e a descrição no laudo foi correta em 36/42 (85,7%) dos casos. Conclusão: Apesar do índice de acerto na classificação utilizada para RCU ser maior que nas para DC, todas as classificações não foram frequentemente acertadas, quando empregadas. A experiência neste centro universitário corrobora a necessidade de se estabelecer novas medidas de educação continuada e centralizar a realização destes exames em dias onde houver a presença de especialista no serviço.

AUTORES: Fernando Marques Moreira de Castro; Claudia Cozendey Parada; Raphael de Alencar Araripe; Isabella de Miranda Guimaraes; Carolina Dias Gonçalves; Monique Guarino Bitencourt; Cyrla Zaltman;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (UFRJ)

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

COLITE TUBERCULOSA

Introdução: A tuberculose abdominal é ainda rara nos países ocidentais apesar de um aumento de sua incidência nos últimos anos, principalmente devido ao aumento da incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tratamentos imunossupressores e resistência as terapias antituberculosas atuais . **Caso clinico:** paciente L. C. sexo masculino, 53 anos previamente hígido iniciou com quadro de dores abdominais recorrentes de moderada intensidade, sendo investigado inicialmente com ultrassonografia abdominal ambulatorial constatando-se espessamento inespecífico de colón ascendente em ângulo hepático. Encaminhado para endoscopia digestiva baixa onde foram constatadas lesões ulceradas em região do colón direito próximo e distal, realizando-se biopsias cujo resultado foi negativo para neoplasia e BAAR (+). **Discussão:** a tuberculose abdominal pode atingir vários órgãos como todo tubo digestivo , peritônio e órgãos parenquimatosos como o fígado, o baço e o pâncreas e os gânglios linfáticos. No tubo digestivo atinge com maior frequência o íleo (70-80% dos casos) e a região ileocecal (55-85%).As vias de disseminação são endoluminal, hematogênica ou por continuidade. **Conclusão:** a tuberculose intestinal devido a localização apresenta manifestações inespecíficas como dor abdominal, febre, anorexia e perda de peso, sendo de difícil diagnostico no inicio da sintomatologia, sendo realizado na grande maioria das vezes quando encontrado lesões suspeitas na colonoscopia tais como deformidades da válvula ileocecal, úlceras profundas circunferenciais, as vezes lineares, nódulos, estenoses, pontes mucosas e leões polipoides.

AUTORES: Luiz Miguel Mateus Sandin; Dayane Cristine Quiroga Pugas Lopes; Vanessa Fernanda Frederico Munhos; Beatriz Eimi Yaedu;

INSTITUIÇÃO: HONPAR

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

CORPO ESTRANHO INGERIDO E IMPACTADO NO CANAL ANAL DETECTADO NO SEGMENTO AMBULATORIAL. (RELATO DE CASO)

A ingestão de corpo estranho no trato gastrointestinal não é um acontecimento raro, no entanto em apenas 10 a 20% dos casos o objeto fica impactado ao longo do tubo digestivo, e desses menos de 1% evoluem com complicações (DAVIES DH. A Chicken bone in the rectum. Archives of emergency medicine: 62-64, 1991). Ao longo do trato gastrointestinal os locais de estreitamento fisiológico e patológico representam os sítios mais propícios para a impactação de corpos estranhos. No esôfago observa-se 4 pontos de estreitamento fisiológico (cricofaríngeo, crossa da aorta, compressão do brônquio esquerdo e cárdia), destaca-se ainda a região do piloro, válvula ileocecal e o ânus. A presença de corpo estranho na mucosa retal pode ocorrer por migração do mesmo no trato gastrointestinal ou após ingestão, observado em pacientes psiquiátricos, idosos, crianças ou em alcoolizados. Outro meio seria por introdução do objeto via anal, como no autoerotismo ou após ataque criminoso. Os corpos estranhos ingeridos mais frequentes são: espinha de peixe, palito, osso de galinha, moedas e agulhas. Na minoria dos casos, esses corpos estranhos podem causar complicações no trato gastrointestinal, como perfuração (principalmente por objetos duros e afiados), fístulas, inflamação crônica da mucosa, migração para órgãos, abscessos entre outros. Relato de caso: Paciente AM, masculino, 64 anos, comerciante, procedente de Marabá, deu entrada com queixa de ter engolido no jantar do dia anterior um osso de galinha, foi então indicada uma endoscopia digestiva alta e laringoscopia. Sem evidência endoscópica de corpo estranho, foi então orientado a procurar o ambulatório caso sentisse alguma queixa. O paciente retornou com seis dias referindo alguma coisa espetando seu canal anal, então foi realizado toque retal e videoretosigmoidoscopia flexível, onde observou-se o osso totalmente encravado na parede retal. Assim, optou-se proceder a retirada do corpo estranho com uma pinça de dente de rato, onde não houve maiores intercorrências, e depois o paciente foi seguido ambulatorialmente por 60 dias sem complicações. Conclusão: A ingestão de corpos estranhos é uma situação que requer atenção devido às complicações, que embora raras podem muitas vezes ser fatais. Dessa forma, o acompanhamento de pacientes que ingerem corpo estranho é de extrema importância, a fim de detectar e tratar as possíveis impactações precocemente e evitar o surgimento de complicações.

AUTORES: LuizCarlosAlmeida Costa; Brenda dos Santos Minono; Gabriella Saraiva Lopes; Adriana Cardoso Da Silva; Carleno Da Silva Costa; Luigi Carlo da Silva Costa; Jorge Bichara Neto;
INSTITUIÇÃO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES SINCRÔNICOS DE CÓLON E INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO

Introdução: A intussuscepção intestinal raramente ocorre na população adulta e é responsável por apenas 1% a 5% de todas as causas de obstrução intestinal. Adultos nem sempre apresentam os sintomas típicos observados em crianças, tornando o diagnóstico clínico mais difícil. Esta complicação é mais frequente no intestino delgado e pode ser devido a diferentes etiologias, incluindo doenças inflamatórias, infecciosas ou neoplasias. Malignidades são responsáveis por 50 a 60% de todos os casos de invaginação cólon. **Objetivo:** Diferenciar uma intussuscepção intestinal de tumor de cólon pela colonoscopia. **Relato de caso:** Paciente M.J.P.F, 85 anos, feminino, natural e procedente de Santos, viúva, aposentada. Paciente relata constipação intestinal há 6 meses. Refere há 3 dias da internação parada de eliminação de gases e fezes, procurou atendimento médico no pronto-socorro sendo realizado clister glicerinado via retal, sem sucesso. Apresentou dor em flanco direito acompanhado de distensão abdominal, sendo internada. Os exames de imagem (Raio X abdome agudo e tomografia de abdome) evidenciaram distensão de cólon e delgado por provável lesão em cólon direito, próximo à válvula ileocecal. Submetido à colonoscopia que visualizou lesões elevadas ovaladas, com área de mucosa preservada com erosões e ulcerações com fibrina (Intussuscepção?). Lesão elevada plana com pregas convergentes e regulares, medindo cerca de 15mm em cólon sigmoide. Submetida a laparotomia exploradora com colectomia total e íleorreto anastomose. **Discussão:** Intussuscepção no adulto é uma condição muito rara, especialmente quando localizada no intestino grosso. Requer cuidados no diagnóstico pré-operatório e julgamento cuidadoso e atencioso no intra-operatório, e as medidas seguimento pós-operatório, a fim de antecipar um resultado positivo. O mecanismo exato da origem de intussuscepção ainda é desconhecido. Supõe-se que qualquer lesão na parede do intestino, ou irritantes dentro do lúmen do intestino (que altera a atividade peristáltica normal) seja capaz de dar início à intussuscepção. A tomografia computadorizada é mais útil no diagnóstico de intussuscepção. A colonoscopia é também uma ferramenta útil para avaliar e eventualmente reduzir a intussuscepção. **Conclusão:** A intussuscepção pode ser o primeiro e o único sinal da existência de um tumor maligno, muito frequentemente o carcinoma colorretal, sendo a colonoscopia expressivamente importante para diagnóstico, terapia e/ou captura de amostras.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Carlos K. Furuya Junior; Everson Luiz de Almeida Artifon; Ricardo Sato Uemnura; Katia Ferreira Guenaga;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ELEVADA PREVALÊNCIA DE ADENOMAS COLORRETAIS EM PACIENTES COM IDADE ENTRE 40 E 49 ANOS NO RIO GRANDE DO SUL

INTRODUÇÃO: Estudos Europeus e Asiáticos mostraram que a prevalência de adenomas colorretais pode ser elevada mesmo em pacientes com idade entre 40-49 anos, porém, até a presente data, não foram identificados dados nacionais. **OBJETIVOS:** Avaliar a prevalência de adenomas colorretais em pacientes com idade entre 40 e 49 anos que realizaram colonoscopia em um hospital privado no RS. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de todas as colonoscopias realizadas por um médico endoscopista no Hospital Regina, em Novo Hamburgo/RS, no período entre janeiro/2014 e dezembro/2015. Foram incluídos pacientes com idade entre 40 e 49 anos. Os critérios de exclusão foram: exames de urgência, pacientes com tratamento prévio de câncer colorretal (CCR), com colectomia parcial ou com doença inflamatória intestinal. Foi determinada a taxa de detecção de adenoma (TDA), número de adenomas por colonoscopia (APC), taxa de detecção de adenomas avançados (TDAA), número de adenomas avançados por colonoscopia (AAPC), taxa de detecção de CCR (TDCCR), assim como a distribuição das lesões por tipo histológico, topografia e apresentação endoscópica. **RESULTADOS:** Foram incluídos 79 pacientes, 75,9% do sexo feminino e com média de idade de 45,4 anos. 26 pacientes apresentaram um total de 38 adenomas (TDA: 32,9%, APC: 0,5), sendo 29 adenomas em 20 mulheres (TDA em mulheres: 33,3%, APC em mulheres: 0,5) e 9 adenomas em 6 homens (TDA em homens: 31,6%, APC em homens: 0,5). 6 pacientes, todos do sexo feminino, apresentaram 7 adenomas avançados (TDAA: 7,6%, AAPC: 0,1) e apenas 1 mulher teve diagnóstico de CCR (TDCCR: 1,3%). 33 adenomas eram tubulares (86,8%), 3 eram vilotubulares (7,9%) e 2 eram serrilhados (5,3%). 20 adenomas estavam localizados em cólon direito (52,6%). A apresentação endoscópica mais frequente dos adenomas foi lesão polipoide séssil (76,3%), seguido por lesão não polipoide (21,1%) e por lesão polipoide pediculada (2,6%). **CONCLUSÃO:** A TDA nos pacientes com idade entre 40 e 49 anos foi maior que a mínima preconizada pela Força-tarefa sobre Qualidade em Endoscopia-2015 (ASGE/ACG) para pacientes com idade entre 50 e 75 anos. TDA e APC foi semelhante em ambos sexos, sendo que TDAA e TDCCR no sexo feminino foi semelhante a de mulheres com idade entre 50 e 75 anos. Considerando os achados descritos, seriam necessários novos estudos com maior amostra para avaliar o benefício de iniciar rastreamento de CCR numa faixa etária mais precoce, especialmente em pacientes do sexo feminino.

AUTORES: Gilmara Coelho Meine;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGINA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

ESQUISTOSSOMOSE COLÔNICA: RELATO DE CASO

Introdução: É uma séria doença endêmica nas regiões tropicais e subtropicais. Mais de 200 milhões pessoas são afetadas no mundo e vários outros milhões estão expostos à infecção . O acometimento intestinal é comum, no entanto, pólipos colônicos associados à doença são bastante raros, embora relatados anteriormente. **Objetivo:** Relatar um caso de colite crônica granulomatosa de etiologia esquistossomótica. **Caso:** CRGM, sexo masculino, 51 anos. Assintomático e sem comorbidades. Encaminhado para realização de colonoscopia devido pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva. **Relato de hemograma com eosinofilia importante.** **Colonoscopia:** Observado áreas com mucosa friável e enantematosa associado a pontilhado de coloração amarelada nos cólons ascendente, transverso e descendente - biópsias . No cólon sigmóide, identificado pólipos séssil, róseo e liso, medindo cerca de 15mm. Realizada polipectomia com alça a frio. **Anatomopatológico:** Biópsia do íleo terminal sem alterações. Biópsia dos cólons ascendente, transverso, descendente apontando colite crônica granulomatosa de etiologia esquistossomótica com intensa eosinofilia (numerosos granulomas contendo ovos viáveis de *S. mansoni*). **Pólipo em cólon sigmóide:** Inflamatório e granuloma esquistossomótico. **Oograma:** Retite crônica granulomatosa esquistossomótica. **Discussão:** Os sintomas da esquistossomose colônica são inespecíficos, e pode mimetizar outras enfermidades gastrointestinais, como dor abdominal inespecífica, diarreia, alteração do hábito intestinal ou hematoquezia. Os meios diagnósticos podem variar de acordo com o tempo de infecção e a endemicidade da região. A doença aguda é frequentemente associada à eosinofilia no sangue e nos tecidos, já na doença crônica, a eosinofilia ao hemograma é mínima ou inexistente, enquanto eosinofilia tecidual persiste. **Conclusão:** Pólipos colônicos associados com *Schistosoma* raramente são relatados, especialmente em pessoas jovens. Os sintomas clínicos e testes laboratoriais são inespecíficos, bem como as características endoscópicas, mas em combinação com os achados histopatológicos, o diagnóstico correto pode ser estabelecido com uma boa acurácia. O tratamento de escolha de todas as espécies de *Schistosoma* é o praziquantel com uma alta taxa de cura.

AUTORES: Arthur Manoel Braga de Albuquerque Gomes; Jairo Silva Alves; Vitor Nunes Arantes; Nicolly Eudes da Silva Dias; Ludomila Resende Guedes; Daniel Antônio de Albuquerque Terra; Nathalia da Silva Braga;

INSTITUIÇÃO: UFMG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

LESÃO DE DIEULAFOY (LD) NO INTESTINO DELGADO: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO POR ENTEROSCOPIA DE BALÃO ÚNICO (EBU) ▣ RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: LD é patologia rara e responde por cerca de 1,5% das hemorragias digestivas, podendo ocorrer em qualquer parte do trato gastrointestinal. Trata-se de protusão de uma arteríola da submucosa através de um pequeno defeito na camada mucosa, e sua ulceração pode levar a hemorragia gastrointestinal maciça. Arteriografia com embolização é o exame de escolha nestes casos. Entretanto, a enteroscopia de balão tem se mostrado método eficiente para o diagnóstico e controle do sangramento por LD em delgado. **OBJETIVO:** Relatar caso de paciente com LD no jejuno medio, diagnosticado e tratado através de EBU. **RELATO DE CASO:** M.L.S, 50 anos, feminino, deu entrada via PS com quadro de enterorragia. Apresentava-se estável clinicamente, com PA 100x60, hipocorada 2+/4+, hemoglobina (HB) de entrada 4,9. Negava uso de antiinflamatórios, sem comorbidades. Após suporte clínico e transfusão de 5 concentrados de hemáceas, realizou EDA e colonoscopia, sem lesões potencialmente sangrantes, sendo evidenciado à colonoscopia, conteúdo hemático desde íleo terminal. Submetida à EBU, por via anterógrada e sob anestesia geral, observando-se a cerca de 100cm distalmente ao ângulo de Treitz, sangue vivo em grande quantidade, associado a um grande coágulo aderido à parede intestinal. Realizada remoção do coágulo através de lavagem, evidenciando-se nesta topografia, lesão sangrante puntiforme, compatível com LD, com sangramento ativo. Realizado tratamento da LD através da colocação de 2 cliques endoscópicos, com parada do sangramento. Paciente evolui satisfatoriamente, recebendo alta em 48h. Não houve complicações relacionadas ao procedimento. **DISCUSSÃO:** Segundo diretrizes recentes da sociedade americana de endoscopia gastrointestinal, a recomendação em casos de sangramento digestivo maciço é a realização de arteriografia com embolização do ponto de sangramento. Entretanto, em pacientes hemodinamicamente estáveis e com sangramento visível, a realização de enteroscopia de balão, logo após EDA e colono negativas, tem demonstrado melhor custo-benefício, com altas taxas de acuracidade diagnóstica e terapêutica.

AUTORES: Adriana Cpsta Genzini; Daniella Castro Mattos; Cristina G. Bertani; Julia Henriques Bergonso; Carlos C. Torres; Daniele Maia Minini; Claudio Luiz Lourenço de Souza Junior; Wagner Kenro Takahashi;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BANDEIRANTES E REDE PREVENT SENIOR

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

LESÃO DE DIEULAFOY EM CECO CURSANDO COM HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA: RELATO DE CASO.

Introdução: A lesão de Dieulafoy é uma entidade rara, de etiologia desconhecida que consiste em uma má formação vascular arterial na submucosa e que pode ser fonte de hemorragia gastrointestinal. Relatamos um caso de lesão de Dieulafoy em ceco que obteve boa resposta após tratamento endoscópico. **Relato de caso:** Trata-se de paciente feminina, de 70 anos, diagnosticada com fibrilação atrial valvar persistente, em uso anticoagulação crônica com warfarina, que evoluiu com hematoquezia volumosa e repercussão hematimétrica. Realizada colonoscopia eletiva após ponte de anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Visualizada diminuta má formação vascular no ceco, avermelhada, medindo cerca de 5mm, com sinais de sangramento ativo em lençol. Foi optado por tratamento endoscópico com coagulação por plasma de argônio, que resultou em hemostasia imediata adequada. A paciente, no entanto, intercorreu com novos episódios de hematoquezia uma semana após o tratamento. Repetida a colonoscopia com reavaliação da lesão cecal, que mostrava solução de continuidade da mucosa secundária ao tratamento prévio com argônio, sinais de sangramento recente, além da presença de vaso visível, compatível com lesão de Dieulafoy. Dessa forma, foi realizada hemostasia mecânica por meio de posicionamento de clipe metálico. A paciente recebeu alta hospitalar e evoluiu sem novos episódios de sangramento. **Discussão:** A localização mais comum da lesão de Dieulafoy é a transição esôfago-gástrica, sendo o cólon raramente acometido. A lesão se origina de uma não ramificação arterial submucosa que culmina na presença de um vaso ectasiado e superficial e que está suscetível a laceração e sangramento. A endoscopia é o método diagnóstico de escolha e a identificação da má formação pode consistir em um desafio. O tratamento endoscópico pode ser feito com injeção de adrenalina, hemostasia térmica e/ou mecânica. **Conclusão:** A lesão de Dieulafoy no ceco é causa infrequente de hemorragia digestiva baixa e o diagnóstico endoscópico pode ser difícil. Existem poucos estudos que comparam os métodos terapêuticos endoscópicos e, dessa forma, a técnica de eleição ainda não está bem estabelecida.

AUTORES: Ludmila Resende Guedes; Silas de Castro Carvalho; Nicolay Eudes da Silva Dias; Nathália da Silva Braga; Daniel Antônio Albuquerque Terra; Arthur Manoel Braga de Albuquerque Gomes; Carla Maria Fraga Faraco; Barbara Mares Porto; Dayane Amaral Madureira; Vito

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO DO TRATO GASTROINTESTINAL: UM RELATO DE CASO

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) compreende 2,5% a 7% de todos os casos de linfoma não-Hodgkin, com envolvimento do trato gastrointestinal (TGI) em até 20% dos casos. A polipose linfomatosa múltipla (PLM) é condição rara, sendo considerada a forma intestinal do LCM. **Relato de caso:** Homem, 58 anos, com perda ponderal há 4 meses, plenitude gástrica e hematoquezia. Na tomografia de abdome total, apresentava múltiplas linfonodomegalias na cavidade abdominal, formando conglomerados, além de espessamento parietal do estômago, íleo terminal e cólon, com intussuscepção colo-cólica à direita. Endoscopia evidenciou hipertrofia de pregas gástricas e pólipos em bulbo duodenal. À colonoscopia, avaliados apenas reto e sigmóide devido redução difusa de calibre que impedia a progressão do aparelho, com mucosa congesta e edemaciada, polipose difusa e úlceras profundas recobertas por fibrina. Biópsias de estômago, duodeno e cólon, evidenciaram a variante blastóide do LCM. A imunohistoquímica (IHQ) apresentou CD-20+ e ciclina D1+. A quimioterapia não foi iniciada devido complicações infecciosas e cardiovasculares, com evolução desfavorável durante internação. **Discussão:** O acometimento primário do TGI pelo linfoma de células do manto é raro, com uma frequência entre 4-9% de todos os linfomas que acometem este sistema. O LCM consiste em um tipo distinto de linfoma não-Hodgkin de células B, originado de células que se localizam na zona do manto do folículo linfóide. O achado endoscópico mais comum é a PLM, condição rara que não é específica desta condição, podendo ser achada em outras doenças linfoproliferativas, necessitando da IHQ para diagnóstico diferencial, com positividade para CD20, CD5 e ciclina D1. Os sintomas mais comuns são dor abdominal (65%), diarreia (32%), hematoquezia (22%), perda ponderal e fadiga (80%). Envolvimento de linfonodos mesentéricos regionais é visto à tomografia na maior parte dos casos (91%). O curso clínico costuma ser agressivo, com resposta completa à quimioterapia em apenas 31% dos pacientes e recidiva em cerca de 2 anos. A sobrevida média é inferior a três anos. **Conclusão:** PLM associada à variante blastóide do LCM é condição rara e de difícil manejo, sendo de fundamental importância ser considerada dentre os diagnósticos diferenciais de síndromes polipóides a fim de evitar atraso na adequada terapêutica. Relatamos um caso com envolvimento de estômago, segmentos de delgado e cólon, diagnosticado após investigação endoscópica.

AUTORES: Amanda Medeiros de Souza; Beatriz Baptista da Cunha Lopes; Patrícia Barbosa Maurício; Anne Michelle Varjão Bomfim; José Guilherme Nogueira da Silva; Cláudio Lyoti Hashimoto;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA USP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

MANEJO DE LESÕES COLORRETAIS NÃO-POLIPÓIDES MAIORES QUE 20MM COM TÉCNICA DE MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA: EXPERIÊNCIA DO GASTROCENTRO/UNICAMP

Introdução: Lesões colorretais planas têm sido mais frequentemente identificadas devido a maior aderência ao screening do câncer colorretal, aperfeiçoamento das técnicas endoscópicas e melhora da qualidade da imagem. A mucosectomia endoscópica (ME) é a modalidade de tratamento mais utilizada nos países ocidentais, ainda que associada a maiores taxas de recidiva. Objetivos: Avaliar os resultados de eficácia, segurança e recidiva da ME para lesões colorretais planas maiores que 20mm. Materiais e Métodos: Em estudo retrospectivo, entre janeiro de 2014 e maio de 2016, foram analisados dados de 72 MEs em 61 pacientes, sendo 37 mulheres. A idade média foi de 59,6 anos completos (47-83). Todos os pacientes tiveram pelo menos uma colonoscopia de controle, com seguimento médio de 14,4 meses (6-30). Resultados: O tamanho médio das lesões foi de 33mm (20-55mm), sendo 62,5% delas localizadas no cólon direito. A ressecção foi a piecemeal em 82% dos casos. O achado de carcinoma ou displasia de alto grau ocorreu em 28% dos pacientes, sendo indicada cirurgia em apenas uma paciente com histologia desfavorável (invasão da submucosa maior que 10mm). Houve dois casos de sangramento intraprocedimento manejados por via endoscópica, e dois casos de sangramento pós-procedimento sem necessidade de reintervenção endoscópica. Tivemos um caso de síndrome pós-polipectomia, com boa evolução após tratamento clínico. Houve apenas um caso de perfuração no ceco, que foi diagnosticada durante o procedimento e satisfatoriamente tratada com cliques. No seguimento, houve recidiva que foi comprovada histologicamente em 14 casos (19%), sendo todas pequenas e passíveis de tratamento endoscópico. Conclusões: Em nossa experiência, a ME para o tratamento de lesões colorretais planas maiores de 20mm foi um procedimento eficaz e seguro, com baixas taxas de complicações e índices de recidiva compatíveis com a literatura.

AUTORES: Michel Gardere Camargo; Claudio Saddy Rodrigues Coy; Carlos Augusto Real Martinez; Raquel Franco Leal; Maria de Lourdes Setsuko Ayrizono; Gabriela Domingues A Ribeiro; Cristiane Kibune Nagasako; JOse Olympio Meirelles dos Santos;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO-UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

OBSTRUÇÃO COLORRETAL MALIGNA - O USO DE PRÓTESES ENDOSCÓPICAS (STENTS) COMO ALTERNATIVA À CIRURGIA DE URGÊNCIA

A aplicação de próteses intraluminais (stents) no cólon e reto está indicada em casos de suboclusão ou obstrução completa por câncer colorretal (CCR), sendo considerado um procedimento capaz de evitar a cirurgia de urgência, com suas altas taxas de morbimortalidade e de confecção de ostomias. Com o objetivo de discutir este recurso terapêutico, é descrito o uso de próteses como "ponte" para o tratamento cirúrgico eletivo ou como forma de tratamento paliativo em quatro pacientes com obstrução colorretal maligna. As estenoses malignas, que ocorrem como manifestação inicial em 7 a 29% dos pacientes com CCR, são a principal indicação de tratamento cirúrgico de urgência nestes, com taxas de morbidade e mortalidade de 39% e 12% respectivamente, comparadas com 23% e 3,5% observadas em cirurgias eletivas. Além disso, em até 40% desses pacientes há necessidade de confecção de uma ostomia definitiva. Dentro deste contexto, as próteses endoscópicas têm sido indicadas, tanto na palição primária, em pacientes que não são candidatos ao tratamento cirúrgico curativo, quanto no tratamento da obstrução aguda, como uma "ponte" para o tratamento cirúrgico eletivo, com as vantagens de permitir estabilização clínica do doente, além de oferecer maiores chances de uma cirurgia em estágio único, com anastomose primária e abordagem videolaparoscópica. O uso de próteses alcança melhores resultados em curto prazo ao aliviar sintomas obstrutivos em comparação com a cirurgia de urgência. Entretanto, resultados negativos também têm sido descritos, tais como a liberação inadequada da prótese e sua migração, perfuração imediata ou tardia do cólon, sangramento e reobstrução por impactação fecal ou por crescimento tumoral. Os casos apresentados descrevem ambas as indicações do uso de próteses colônicas, palição ou ponte para o tratamento curativo, além de retratar uma complicação imediata do procedimento, ilustrando de forma diversificada e abrangente o tema.

AUTORES: Alice Vargas de Aquino Oliveira; Fábio Lopes de Queiroz; Rodrigo de Almeida Paiva; Breno Xaia Martins da Costa; Mariana Campos Palma; Natália Regina Misson;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

QUALIDADE NO TREINAMENTO EM COLONOSCOPIA: EXISTE UM NÚMERO MÁGICO?

INTRODUÇÃO: A colonoscopia é considerada padrão ouro para detecção e prevenção do câncer colorretal. Critérios de qualidade do exame estão bem estabelecidos pela literatura médica e definem a eficácia da colonoscopia. **OBJETIVO:** Avaliar o número de colonoscopias necessário para que o executante consiga atingir os critérios de excelência. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Registro prospectivo de 200 colonoscopias realizadas por dois residentes de proctologia da Santa Casa de BH sempre supervisionados por preceptor. Critérios avaliados a cada 20 exames. **RESULTADOS:** Nos primeiros 20 exames, houve 100% de necessidade de ajuda do preceptor. Entre 20 e 40 exames, 92,5%. Entre 40 e 60 exames, 70%. De 60 a 80 exames a necessidade foi de 53% e entre 80 e 100 exames, 42%. As colonoscopias foram completas em 88% dos casos. Dos 24 exames incompletos, os motivos foram: tumor obstrutivo(10), preparo inadequado(6), dificuldade técnica(5), complicação anestésica (2) e inflamação intensa(1). Os achados mais encontrados foram: pólipos (31,5%), diverticulose (19%), tumor colorretal (12,5%) e colite (6%). As condições do preparo foram: 52% boas, 35% razoáveis e 13% ruins. O tempo médio de chegada ao ceco foi de 15,7 minutos e de descida do aparelho 14 minutos. A taxa de detecção de adenomas foi de 31%. A extensão média do aparelho até o ceco foi de 96cm, considerando pacientes sem ressecções colônicas prévias. **DISCUSSÃO:** O advento da colonoscopia reduziu as taxas de mortalidade associadas ao câncer colorretal. Destarte, é importante a implementação de critérios que melhorem as taxas de detecção de adenomas. Esse estudo mostrou que, quanto maior o número de exames, melhor a eficácia do examinador em treinamento. Porém, com 100 exames ainda não se obteve os resultados necessários. Não houve diferença na taxa de detecção de adenomas, pois, antes de realizar os exames, os residentes assistem a 100 exames e apenas retiram o aparelho em mais 100 exames. Isso treina o olhar para as lesões, com maior detecção desde o início da execução. Mesmo com 100 exames, o médico foi capaz de atingir o ceco em 56% das vezes sem ajuda do preceptor, muito abaixo dos 90% que preconiza a literatura. Quanto melhor a formação do colonoscopista, maior será a detecção das lesões, com menor chance de câncer de intervalo.

AUTORES: Raíssa Amélia Silva Reis; Renata Magali Ribeiro Silluzio Ferreira; Sinara Mônica de Oliveira Leite; Geraldo Magela Gomes da Cruz; Kizy Millene Ferreira da Costa Lage; Patricia Costa Sant'Ana; Nathália Nascentes Coelho dos Santos Omer;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

RELATO DE CASO: DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN E ESTENOSE DE CÓLON TRANSVERSO

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma inflamação crônica que pode afetar todo o trato gastrointestinal e aumenta a incidência de câncer colorretal (CCR). Os fatores de riscos são: idade, tempo de doença, extensão da inflamação e presença de estenose. Yamazaki em 1991 concluiu que a chance de desenvolver CCR em portadores de DC com estenoses é 10 vezes maior do que sem essa complicação. Recomenda-se estudar o cólon proximal com colonoscopia (CLC), tomografia computadorizada (TC) ou enema baritado. O paciente portador de estenose transponível, deve-se realizar rastreamento com CLC em 1 ano. Se a estenose não for transponível, pode-se optar por dilatação endoscópica ou considerar cirurgia em pacientes com mais de 20 anos de doença visto que seu risco de CCR aproxima-se de 12%. Caso clínico: LCMF, sexo masculino, 45 anos, há 16 anos diagnosticado com DC. Apresenta dor abdominal em 2013, TC de abdômen com sinais de atividade da doença em cólon transverso e redução do calibre do mesmo. Em 2014 recorreu com dor abdominal TC mostrou mesmos sinais inflamatórios e estenose em cólon transverso. Em 2016 paciente assintomático, faz CLC de controle que apresenta área cicatricial com acentuada redução do calibre em mesma topografia anterior. Discutido entre medico assistente e colonoscopista e optado por realizar dilatação endoscópica do cólon. Paciente levado ao bloco cirúrgico, sedado, realizada CLC até a região onde observava-se retração de pregas para área de diminuição acentuada do calibre, impedindo passagem do aparelho. Sob fluoroscopia com intensificador de imagem, passou-se fio guia e balão de dilatação pela estenose e realizada dilatação com balão CRE preenchido com contraste iodado diluído. Inicialmente atingiu 13,5 mm, mas não houve transposição do aparelho pela estenose. Progredido a pressão até 15 mm com pequena laceração e sangramento. Ao transpor a estenose, na região do cólon ascendente/ceco, havia uma lesão vegetante, irregular, brancacenta, áreas de aspecto granular e áreas com perda de padrão pits, friável. Realizado biópsias. Resultados: Relatório anatomo-patológico afirma biópsias representativas mostrando processo inflamatório crônico. TC pós procedimento demonstra resolução da estenose. Discussão: A dilatação endoscópica pode ser indicada para alívio de sintomas, avaliação do restante do intestino e gerar a possibilidade de postergar uma cirurgia. No caso apresentado, a dilatação apresentou sucesso e permitiu estudar o restante do cólon.

AUTORES: Camila Marques Madureira;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MATER DEI

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

RESPONSABILIDADE CIVIL NAS PERFURAÇÕES DE CÓLON PÓS-COLONOSCOPIA

As ações de responsabilidade civil por "erro médico" constituem um motivo de preocupação crescente para os médicos ocidentais. Nesse trabalho foram analisados 24 acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, no período de 1998 a 2015, relacionados as palavras-chave: "erro médico" e colonoscopia, objetivando analisar os aspectos relacionados ao litígio e identificar medidas para reduzi-lo. Os resultados da análise apontam que 87,5% dos acórdãos foram julgados nos últimos seis anos do estudos, demonstrando claro aumento no número de processos. As principais figuras do polo passivo são hospital e/ou médico, sendo que 75% dos hospitais processados são privados. Em 83,3% dos acórdãos o resultado foi coincidente com a conclusão do laudo pericial. Das vítimas de perfuração, 14 eram mulheres e 10 homens, 92% tinham alguma patologia colônica que aumenta o risco de perfuração e em cinco, dos 24 casos analisados, o desfecho clínico foi desfavorável, sendo uma seqüela neurológica grave e quatro óbitos. A maioria dos acórdãos, 71%, foi desfavorável ao autor. Finalmente, analisando os resultados, concluímos que apesar de estar ocorrendo aumento no número de processos relacionados ao tema, a maioria dos acórdãos resultaram desfavorável ao autor, e ainda, para redução da demanda é necessário termo de consentimento adequadamente preenchido, além de pronto reconhecimento e tratamento da complicação pelo endoscopista.

AUTORES: Michelle Kucera Kesties; Talita Zerbini;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SAO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO SUBEPITELIAL COLÔNICA PELA TÉCNICA DE MUCOSECTOMIA

Introdução: as lesões subepiteliais colônicas são pouco frequentes. Sua ressecção endoscópica deve ser criteriosa e cuidadosa por apresentarem risco de perfuração em razão da espessura da parede colônica. Objetivo: descrever paciente portador de lesão subepitelial colônica em topografia de transversa submetida a ressecção endoscópica pela técnica de mucosectomia Método e resultado: paciente do sexo masculino DLM de 60 anos portador de lesão subepitelial colônica com crescimento intraluminal de 2,0 cm de diâmetro em topografia de transversa e móvel a manobra de apreensão. Submetido à ressecção endoscópica pela técnica de mucosectomia seguida de fechamento com clips com sucesso e sem complicações. O estudo histopatológico demonstrou Tumor estromal gastrointestinal (GIST) do cólon CD34 +, c-KIT + e Desmina - com nenhum risco para doença progressiva (mede 1,8cm e 0 mitoses/10 CGA). Após a ressecção endoscópica e estudo histopatológico o paciente foi considerado curado. Conclusão: concluímos que a ressecção endoscópica de lesões subepiteliais colônicas selecionadas, em especial aquelas de crescimento intra luminal, são factíveis de ressecção endoscópica de maneira segura e curativa

AUTORES: Larissa Berbert Arias; Debora Helena Goncalves Rossi; Gustavo Meirelles dos Santos; Roberto Mendes; Gustavo Marques; Bianca Sodre; Jose Olympio Meirelles dos Santos;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO-UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

RESSECÇÃO UNDERWATER DE LESÕES SERRILHADAS DE CRESCIMENTO LATERAL (LST) DE CÓLON ASCENDENTE

Introdução: A mucosectomia é um método bem estabelecido para ressecção de lesões sésseis e benignas do cólon. A injeção de solução salina na submucosa é considerada parte fundamental desta técnica, formando um "coxim de segurança" reduzindo o risco de perfuração e lesão térmica das camadas mais profundas. No entanto, a injeção submucosa pode dificultar ou impedir a ressecção de lesões planas, fazendo com que a alça deslize sobre elas, além da possibilidade de levar células neoplásicas para camadas profundas quando a punção é feita através do pólip. Em 2012, Bienmoeller et al descreveram uma nova técnica de ressecção denominada underwater, baseada na imersão da lesão em água, inspirada na observação durante a ecoendoscopia. Quando o órgão é preenchido por água, a mucosa e a submucosa do cólon "flutuam" e se afastam das camadas mais profundas, enquanto a muscular própria se mantém circular. Além disso, a imersão em água pode aumentar a sensibilidade do exame em decorrência de um efeito de zoom óptico que magnifica a arquitetura da mucosa. **Caso clínico:** Apresentaremos um vídeo de uma paciente do sexo feminino, 59 anos, encaminhada para ressecção de adenoma sésil serrilhado em cólon ascendente. Na colonoscopia realizada em nosso serviço, foram identificadas 03 lesões de crescimento lateral (LST), não granulares, plano-elevadas, de superfície lisa e rósea, recobertas por muco, medindo entre 15 e 40 mm, localizadas em cólon ascendente. Realizadas mucosectomias com alça diatérmica padrão, utilizando a técnica underwater, sem intercorrências. O relatório anatomopatológico revelou dois pólipos sésseis serrilhados e um pólip hiperplásico (lesão menor), todos com margens livres. **Discussão:** A ressecção underwater é uma nova opção terapêutica para lesões grandes e planas de cólon e também para delgado (ampulectomias). Apresenta índice de sangramento tardio de até 5% nas séries de casos e há relatos isolados de perfuração, uma em cólon ascendente (após manobra de retrovisão) e outra após ampulectomia, locais com maior risco de perfuração. **Conclusão:** A técnica de ressecção underwater está sendo cada vez mais utilizada em nosso meio e pode ser indicada para retirada de lesões planas de cólon, maiores que 10 mm, especialmente de natureza serrilhada, localizadas em cólon direito.

AUTORES: Nádia Korkischko; Dalton Marques Chaves; Elisa Ryoka Baba; Marina Lordello Passos; Ralph Braga Duarte; Priscilla Cavalheiro Bonifácio; Lara Meireles de Azevedo Coutinho; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: HCFMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Miscelânea

CARACTERIZAÇÃO ENDOSCÓPICA DE DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO (DECH) INTESTINAL AGUDA EM CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DO CANCER DE BARRETOS

Introdução: Doença do Enxerto versus Hospedeiro Intestinal (DECH-I) aguda é uma causa importante de morbimortalidade após o transplante de medula óssea. Na literatura são poucos os estudos relacionados a achados endoscópicos desta doença, e a estratégia diagnóstica relacionada é motivo de debate. Objetivo: Caracterizar achados endoscópicos de crianças com suspeita clínica de DECH-I, e relacionar sua contribuição ao diagnóstico da doença confirmado por análise anatomopatológica. Método: Estudo retrospectivo que analisou prontuários de crianças com suspeita clínica de DECH-I, que realizaram exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e/ou Colonoscopia no setor de Endoscopia do Hospital do Câncer de Barretos, no período de 2012 a 2016. Resultados: Foram avaliadas endoscopicamente 9 crianças. Destes pacientes, 3 foram submetidos apenas a Endoscopia Digestiva Alta, 2 somente a Colonoscopia e 4 submetidos a EDA e Colonoscopia. O(s) exame(s) confirmou o diagnóstico de DECH-I com pelo menos uma biópsia em 8 pacientes. Os sintomas mais comuns que motivaram a suspeita clínica e induziram a solicitação da avaliação foram diarreia (75%) seguido de vômitos (50%). O achado endoscópico mais comum foi mucosa de aspecto normal, não sendo encontrado nenhuma alteração em todo o exame em 2 EDA (28%) e 2 Colonoscopias (28%). Dentre os achados endoscópicos mais frequentes por órgão em crianças com diagnóstico confirmado de DECH-I, dos 7 exames de EDA, evidenciou-se enantema e edema ambos representando 67%; dos 7 exames de Colonoscopia, notou-se edema em aspecto em aspecto de casco de tartaruga e úlceras rasas ambos representando 100%. Conclusão: Apesar de sugestivos os achados endoscópicos sozinhos não confirmam o diagnóstico de DECH-I aguda na criança. Outro dado importante reside no aspecto endoscopicamente normal da mucosa do órgão doente, reforçando a recomendação em biopsiar rotineiramente mesmo áreas normais em crianças, realizado pelas sociedades americanas de Gastroenterologia Pediátrica e Endoscopia Digestiva, com o argumento da dificuldade de diferenciar áreas normais de alteradas endoscopicamente, promovendo o diagnóstico mais precocemente ante uma suspeita clínica.

AUTORES: Wilson Elias de Oliveira Junior; Marleny Novaes Figueiredo; Kelly Menezio Giardina de Oliveira; Denise Peixoto Guimarães; Leonardo Nogueira Taveira; Marcelo Calmeto Noronha Barleta; Rondinelle Martins Arruda; Tiago Franco Vilela Filho; Leonardo Correa da

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE COMPLICAÇÃO PÓS RESSECÇÃO DE LST DE CÓLON DIREITO

Z.C.R., 78 anos, feminino, procedente de Santos. Paciente encaminhada ao serviço de Endoscopia Digestiva para realização de colonoscopia para investigação de anemia crônica não especificada. Submetida à colonoscopia que evidenciou lesão plana-elevada em cólon ascendente, de crescimento lateral (LST), limites regulares, aspecto granular, medindo cerca de 25mm no maior eixo. Realizada cromoscopia com índigo-carmim para realce dos limites, com posterior injeção submucosa com solução salina e ressecção da lesão com alça diatérmica, em "piece meal". Evidenciada diminuta perfuração pós-ressecção, tratada prontamente com colocação de quatro cliques metálicos, com sucesso. Paciente encaminhada para internação aos cuidados da cirurgia geral, evoluindo bem, tendo recebido alta hospitalar no terceiro dia de internação.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Carlos Kiyoshi Furuya Junior; Katia Ferreira Guenaga; Everson Luiz de Almeida Artifon;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Colonoscopia

VARIZES JEJUNO-ÍLEO-COLÔNICAS IDIOPÁTICAS ▯ RELATO DE CASO

Introdução: Varizes de intestino delgado e cólon são causas incomuns de sangramento retal e elas são geralmente relacionadas à hipertensão portal, secundária a hepatopatias ou qualquer causa de obstrução da circulação portal. Casos de varizes idiopáticas afetando todo cólon, jejuno e íleo são raros. **Objetivo:** Relatar um caso raro de varizes difusas em jejuno, íleo e cólon. **Relato de caso:** Homem, 44 anos, apresentou quadro de enterorragia seguida de síncope sendo necessárias múltiplas hemotransfusões. Realizada EDA sem sinal de sangramento, sem varizes esofageanas e gástricas. Colonoscopia da internação evidencia sangue em todo cólon e íleo terminal sugerindo sangramento em sítio proximal. Optou-se por enteroscopia intra-operatória que evidenciou variz em jejuno proximal exibindo sangramento ativo em jato. Realizada enterectomia segmentar com entero-enteroanastomose com evolução satisfatória pós-cirúrgica. Exame histopatológico evidencia edema e intensa congestão vascular com presença de estruturas vasculares grandes e irregulares com hemorragia recente. Após alta, realizada colonoscopia ambulatorial que evidencia varizes em quase toda extensão do cólon e íleo terminal. Dando continuação a investigação, foram realizados exames laboratoriais onde função hepática encontra-se preservada, ecocardiograma transtorácico sem alterações de insuficiência cardíaca, USG de abdome total sem sinais de hipertensão portal e angiotomografia de abdome e pelve sem sinais de trombose. **Conclusão:** Hemorragia digestiva baixa ocorre em várias patologias, porém raramente é secundária a varizes de delgado e cólon. Este tipo de varizes quando ocorrem estão associadas à hipertensão portal, tendo também como outras causas trombose esplênica, falência cardíaca congestiva, trombose de veia mesentérica, compressão extrínseca ou invasão tumoral. O diagnóstico de varizes idiopáticas de delgado e cólon é estabelecido através de exame endoscópico e pela ausência de outros fatores que causam varizes. Elas são mais comuns em homens na quarta década de vida. Conduta conservadora deve ser realizada, porém em alguns casos, como múltiplas recorrências ou sangramento refratário, se faz necessária abordagem cirúrgica.

AUTORES: Paula Silveira Nunes Pereira; Gregório Feldman; Azize Chadraoui; José Manuel Lima;
INSTITUIÇÃO: GASTROENDO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

ANÁLISE ESTATÍSTICA DE ECOENDOSCOPIAS REALIZADAS

Devido à crescente realização de exames endoscópicos e de imagem, houve um aumento na incidência de diagnóstico de doenças do aparelho digestivo. Dessa forma, cada vez mais nos deparamos com dúvidas diagnósticas e dificuldades para a determinação do comprometimento e invasão de lesões. Com intuito de ajudar no diagnóstico e tratamento das lesões do aparelho digestivo, a ecoendoscopia se desenvolveu, tornando-se cada dia mais útil ao médico fornecer a melhor terapêutica para o seu paciente. O objetivo deste estudo foi analisar os resultados das ecoendoscopias realizadas em um centro de diagnósticos e avaliar qual a prevalência das patologias avaliadas e sua localização no aparelho digestivo, bem como a possibilidade terapêutica dessas doenças. Foi analisado 363 pacientes, que se submeteram à ecoendoscopia entre Janeiro de 2010 a Julho de 2016. Desse total, observamos que 26% das lesões permaneceram indefinidas, 21% foram diagnosticados como GIST, 18% eram lesões císticas e 8% pâncreas ectópico. 53% das lesões analisadas foram identificadas no estômago, sendo que delas 46% eram de antro. No esôfago identificamos 19% das lesões. Esses estudo nos evidencia a importância da ecoendoscopia para o diagnóstico e auxílio terapêutico nas doenças do aparelho digestivo.

AUTORES: Raphael Machado de Sá Ferreira; Rogerio Takeshi Miyake; Flavio Heuta Ivano; Gabriel Ribas Esmanhoto; Thaisa Sami Nakadomari; Leandro Yoshimi Kashiwagui; Malcolm Kay Sugisawa;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DO TRABALHADOR

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

CARCINOMA ADENOESCAMOSO PRIMÁRIO DO PÂNCREAS: UMA CAUSA RARA DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

INTRODUÇÃO: O Carcinoma adenoescamoso primário do pâncreas é uma entidade rara e de prognóstico sombrio 1,2,3. As características histopatológicas incluem necrose central do tumor com presença de osteoclastos e hipercalcemia 1,2. Várias são as teorias para justificar a existência deste subtipo histológico de tumor uma vez que, dentre os componentes do tecido pancreático normal, não se inclui o epitélio escamoso 1,2,3. A incidência varia entre 0,3-10% dos tumores exócrinos pancreáticos e a sintomatologia varia de acordo com a localização da lesão 2,3. O diagnóstico definitivo depende de amostragem suficiente de material para análise histopatológica 2. **RELATO DE CASO:** CSS, 82 anos, feminino, previamente hígida, iniciou quadro de icterícia progressiva e emagrecimento, não acompanhados de dor abdominal. Exames de sangue (Jun/16): HB 10,3 TGO 252 TGP 246 FA 1233 GGT 2433 Bilirrubinas totais 11 (direta 10,3). TC de Abdome (Jun/16): lesão sólida na cabeça pancreática; 3,5x3,5x2,5cm ; realce heterogêneo de contraste com dilatação de Wirsung e vias biliares intra e extra-hepáticas; linfonomegalias mesentéricas. Submetida à ecoendoscopia com punção da lesão, por via transduodenal, sem intercorrências. O diagnóstico histopatológico foi carcinoma adenoescamoso do pâncreas. A paciente apresentou intercorrência infecciosa no decorrer da investigação e evolução para o óbito. **CONCLUSÃO:** O carcinoma adenoescamoso do pâncreas é uma variante rara porém agressiva do adenocarcinoma pancreático, com baixos índices de sobrevida. A ecoendoscopia com punção da lesão tem papel importante no estabelecimento do diagnóstico.

AUTORES: Marina Lordello Passos; Aureo Augusto de Almeida Delgado; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Eduardo Turiani Hourneaux de Moura; Gustavo Luis Rodela Silva; Felipe Iankelevich Baracat; Danielle Azevedo Chacon; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: FMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

CARCINOMA ESCAMOSO DE PÂNCREAS DIAGNOSTICADO POR ECOENDOSCOPIA.

Introdução: O Carcinoma escamoso primário do pâncreas (CEPP) é raro. Os aspectos radiológicos nem sempre são suficientes para diagnóstico, sendo indicada a punção aspirativa com agulha fina guiada por encoendoscopia (EE-PAAF). Objetivo: Relatar um caso de CEPP com metástase hepática diagnosticada por EE-PAAF. Relato de caso: J.S.G., 68 anos, feminino com náuseas, diarreia, emagrecimento e febre há 1 mês. Apresentava-se hipocorada, com abdome doloroso à palpação em região epigástrica, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, consistência endurecida. Exames laboratoriais com leucocitose, anemia e CA 19-9 4,08. A Endoscopia digestiva alta e Colonoscopia revelaram-se normais. A Ultrassonografia de abdome apresentou fígado de contornos regulares e ecotextura parenquimatosa heterogênea, às custas de múltiplas lesões ovaladas sugestivas de implantes secundários. A TC de abdome confirmou as lesões hepáticas e mostrou formação hipodensa, com captação heterogênea do meio de contraste, cerca de 5,1x4,4 cm na cauda do pâncreas. Submetida a ECOendoscopia que evidenciou lesão sólido-cística em corpo/cauda de pâncreas medindo 4,69 x 3,39 cm. Realizada punção da lesão com agulha de calibre 22, cujo citopatológico revelou carcinoma escamoso. Iniciada quimioterapia paliativa com Gentacitibina 1000 mg/m², porém a paciente evoluiu com progressão da doença oncológica, disfunção hepática, renal e óbito. Discussão: Existem poucos casos de CEPP na literatura, apresenta um prognóstico ruim, com uma patogênese pouco conhecida, uma vez que, o pâncreas é desprovido de células escamosas. Algumas teorias têm sido sugeridas para explicar o seu desenvolvimento como a presença de células primitivas capazes de se diferenciar em qualquer tipo escamoso ou glandular por mutação; um adenocarcinoma pré-existente em mudança escamosas; metaplasia escamosa do epitélio ductal durante os períodos de inflamação e uma célula escamosa aberrante passando por uma transformação. Mesmo assim sendo rara a transformação em carcinoma escamoso. Conclusão: A doença é agressiva, na maioria das vezes localmente avançada ou metastática no momento do diagnóstico e pouco responsiva aos esquemas quimioterápicos tradicionais. A ECO endoscopia tem sido o padrão para o estadiamento local, o planejamento terapêutico e o diagnóstico através do aspirado citopatológico de forma pouco invasiva, com alta sensibilidade e especificidade e sem necessidade de intervenção cirúrgica.

AUTORES: Marcela da Silveira Loretto Mathias; Erico Pessoa Canal; Bruna Fernandes Ferreira da Silva; Keite Azevedo Lima; Marcius Batista Silveira;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

CORRELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DAS ECOENDOSCOPIAS E DAS CPRE'S EM PACIENTES COM SUSPEITA DE COLEDOCOLITÍASE DE UM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO NO ESTADO DO CEARÁ.

INTRODUÇÃO NOS ÚLTIMOS CINCO A DEZ ANOS, O MEIO DIAGNÓSTICO PELAS ECOENDOSCOPIAS NOS CASOS SUSPEITOS DE COLEDOCOLITÍASE TEM SIDO CADA VEZ MAIS DIFUNDIDO NO BRASIL. A CPRE, QUE ANTES ERA UM MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, PASSA A SER UM PROCEDIMENTO EXCLUSIVAMENTE PARA TRATAMENTO. DAÍ, A IMPORTÂNCIA DE SE ENCONTRAR O PERCENTUAL DE ACERTOS DAS ULTRASONOGRAFIAS ENDOSCÓPICAS DO SERVIÇO PESQUISADO. OBJETIVO O OBJETIVO DESDE ESTUDO É AVALIAR A TAXA DE ACERTOS DOS EXAMINADORES DAS ECOENDOSCOPIAS EM CASOS SUSPEITOS DE COLEDOCOLITÍASE. MÉTODO O MÉTODO UTILIZADO FOI O DE ANÁLISE DE EXAMES REALIZADOS POR 3 ECOENDOSCOPISTAS DO SERVIÇO, COMPARANDO OS RESULTADOS COM O QUE FOI VISTO NAS CPRE'S. OS PACIENTES FORAM DIVIDIDOS EM GRUPOS POR EXAMINADOR, RESULTANDO EM EXAMINADOR 1, 2 E 3. POSTERIORMENTE, DENTRO DE CADA GRUPO, FOI AVALIADO O PERCENTUAL DE ACERTO QUANTO AO DIAGNÓSTICO, NO CASO SE FOI ENCONTRADO OU NÃO CÁLCULOS NO COLEDOCO. OUTRO PARÂMETRO FOI O DE NÚMERO DE CÁLCULOS (SE 1, 2 OU MÚLTIPLOS). E POR ÚLTIMO FOI ANALISADO O GRAU DE ACERTO DE DILATAÇÃO OU NÃO DO COLEDOCO. RESULTADOS NO TOTAL FORAM ANALISADOS 104 EXAMES REALIZADOS DURANTE O PERÍODO O ANO DE 2015. O RESULTADO GERAL FOI DE 75% DE DIAGNÓSTICOS CORRETOS, 50% DE ACERTOS NO NÚMERO DE CÁLCULOS E 75% NO ACERTO DE DILATAÇÃO DO COLEDOCO. O EXAMINADOR 1, QUE FEZ 36 EXAMES, OBTEVE O PERCENTUAL DE 85% NO QUESITO DIAGNÓSTICO CORRETO, QUANTO AO NÚMERO DE CÁLCULOS, CHEGOU A 55% DE ACERTOS. EM RELAÇÃO A DILATAÇÃO DO COLEDOCO, O PERCENTUAL FOI DE 77%. JÁ O EXAMINADOR 2, QUE FEZ 44 EXAMES, OBTEVE PERCENTUAIS DE 72, 54 E 86%, RESPECTIVAMENTE. O EXAMINADOR 3, NESTA MESMA SEQUENCIA, CHEGOU AOS SEGUINTE PERCENTUAIS 75, 33 E 75%. CONCLUSÃO A ECOENDOSCOPIA TEM SE TORNADA UM MÉTODO DIAGNÓSTICO CADA VEZ MAIS ROTINEIRO NO MEIO MÉDICO. TORNA-SE CADA VEZ MAIS IMPORTANTE A REALIZAÇÃO DE ESTUDOS PARA AFERIÇÃO DA ACURÁCIA DESTE MÉTODO. OS RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO SÃO INICIAIS, SENDO PLANEJADO A CONTINUIDADE DURANTE OS ANOS SUBSEQUENTES PARA CHEGAMOS A UM RESULTADO MAIS FIDEDIGNO DOS NÚMEROS DE CADA PARÂMETRO.

AUTORES: DANIEL PINHEIRO VIANA; SAMUEL MAGALHÃES GURGEL; DANIEL DE PAULA PESSOA; RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; PATRÍCIA GADELHA RATTACASO; MARCUS VALERIUS SABOIA RATTACASO; SAMUEL ENÉIAS PINHEIRO VIANA; ANA ELIZABETH CAVALCANTI JORGE DE PAIVA;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS DE OLIVEIRA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO POR ECOENDOSCOPIA: RELATO DE CASO.

Introdução: O tumor neuroendócrino tem sido publicado em uma grande variação de órgãos, mas a maior parte envolve o trato gastrointestinal e sistema broncopulmonar. Ele pode ser indolente ou manifestar sintomas relacionados a secreção de peptídeos vasoativos. Muitas vezes seu diagnóstico é feito em fases assintomáticas de forma incidental, por exames de imagem como a tomografia computadorizada ou exames endoscópicos. Seu potencial metastático é variável, podendo acometer principalmente fígado, quando assim pode causar a síndrome carcinóide, ou acometer linfonodos peritumorais ou à distância. Relato de caso: Paciente de 73 anos, feminina, em investigação de dor abdominal. Realizou tomografia de abdome onde se evidenciou linfonodomegalia em hilo hepático. Como não haviam outros achados clínicos ou de imagem, para seguimento na investigação diagnóstica foi solicitada ecoendoscopia para punção guiada do linfonodo aumentado. Neste exame foi visualizada imagem com ecotextura hipoecóica, homogênea, ovalada, trabeculada, de aproximadamente 4,8x3,7cm, com contornos regulares, limites precisos, compatível com linfonodomegalia em hilo hepático. Foram realizadas punções ecoguiadas com agulha fina de 22G. O resultado citológico foi de tumor neuroendócrino bem diferenciado grau 1; e no perfil imunohistoquímico se obteve Cromogranina positivo, Sinaptofisina positivo, CD45 positivo (linfócitos), KI-67 positivo (menor que 1%), confirmando então o diagnóstico. Discussão: Neste caso observamos que o linfonodo aumentado se tratava na verdade de uma metástase de tumor neuroendócrino, não se obtendo ainda um diagnóstico definitivo do sítio primário. Torna-se imperativo o seguimento na investigação diagnóstica, porém esta já se torna facilitada pelo conhecimento que se tem dos sítios mais comuns desta neoplasia. Conclusão: A Ecoendoscopia é um exame útil na investigação diagnóstica de linfadenopatias em região perihilar, permitindo a coleta de material citológico. O tumor neuroendócrino pode ser diagnosticado através de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) de linfonodos metastáticos.

AUTORES: Ralph Braga Duarte; Julio Cesar Martins Aquino; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Felipe Iankelevich Baracat; Eduardo Turiani Hourneaux de Moura; Christiano Makoto Sakai; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLINICAS FMUSP

DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO DE PÂNCREAS ANULAR INCOMPLETO

Introdução: O pâncreas anular (PA) é anomalia congênita rara, na qual uma banda de tecido pancreático envolve parcial ou totalmente a segunda porção do duodeno, ocasionando quadro clínico de obstrução duodenal. Objetivo: Relatar um caso em que a ecoendoscopia foi utilizada no diagnóstico de PA. Relato de caso: BFS, 18 anos, feminino, relato de há cerca de 3 anos apresentar náuseas e vômitos pós-prandiais (2 horas após as refeições) associados a astenia, dor abdominal e perda ponderal importante, com peso à admissão de 32 kg e IMC de 13,2 kg/m². Perda auditiva bilateral, pais consanguíneos, com seis irmãos vivos e dois falecidos por doença intestinal sem relato da etiologia. Ao exame físico, apresentava abdome plano e indolor, com presença de vascojeio gástrico. A endoscopia digestiva alta evidenciou estase alimentar gástrica e em bulbo duodenal, com angulação acentuada na transição do bulbo para segunda porção duodenal, sem alterações endoscópicas da mucosa. O estudo contrastado mostrou estômago com importante dilatação, com restos alimentares em seu interior, se estendendo até a pelve e rechaçando alças intestinais, com estenose segmentar regular em segunda porção duodenal. À ressonância magnética (RM) de abdome observou-se importante distensão gástrica, com leve dilatação do bulbo e segunda porção duodenal, ausência de dilatação de vias biliares e pâncreas de dimensões e intensidade de sinal usuais, com ducto pancreático de calibre e trajeto normais. Frente a suspeita diagnóstica de PA, optou-se pela realização de ecoendoscopia alta radial, que evidenciou: aumento discreto da cabeça do pâncreas e presença de tecido pancreático envolvendo cerca de 75% da circunferência duodenal em topografia de bulbo para a segunda porção duodenal. Dessa forma, foi firmado o diagnóstico de PA incompleto. A paciente foi submetida a gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux, com melhora da aceitação da dieta oral e com ganho de peso satisfatório. Conclusão: A ecoendoscopia permite avaliação detalhada do tecido pancreático e pode ser utilizada como método auxiliar no diagnóstico do PA. Embora a RM de abdome seja o exame de escolha, em determinados casos ela pode ser inconclusiva e, portanto, frente a suspeita diagnóstica de PA, a ecoendoscopia pode ser utilizada para avaliação da anatomia do pâncreas. No caso relatado, a ecoendoscopia teve papel decisivo no diagnóstico de PA incompleto, modificando a conduta em relação ao caso.

AUTORES: Nathália da Silva Braga; Maria de Lourdes de Abreu Ferrari; Nilo de Oliveira Freitas; Leandro Lima da Silva; Nicolay Eudes da Silva Dias; Daniel Antônio de Albuquerque Terra; Ludmila Resende Guedes; Lucas Campomizzi Calazans; Soraya Rodrigues de Almeida Sa

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

DRENAGEM BILIAR ECOGUIADA COM PASSAGEM DE PRÓTESE METÁLICA ATRAVÉS DE COLEDOCODUODENOSTOMIA: RELATO DE CASO

Introdução: O uso de ecoendoscopia (EUS) no tratamento e cuidados paliativos de doenças gastrointestinais e pancreáticas avançadas, como a drenagem biliar ecoguiada (EUS-BD), tem aumentando recentemente em muitos centros especializados. Em pacientes com anatomia normal, sem obstrução gastrointestinal alta, a canulação biliar seletiva por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) mostra-se um método eficaz e bem-sucedido em mais de 90% dos casos. Quando o acesso do ducto biliar não é possível via CPRE devido à falha na canulação, seja por anatomia gastrointestinal alterada, ampola distorcida, obstrução da saída gástrica (GOO), divertículo periampolar, ou stents enterais in situ, a drenagem biliar ecoguiada (EUS-BD) tem sido cada vez mais utilizada como uma alternativa minimamente invasiva para drenagem da via biliar. Objetivo: Relatar caso de paciente com obstrução maligna da via biliar distal devida neoplasia pancreática avançada, e sua melhora clínica após passagem de prótese metálica por coledocoduodenostomia ecoguiada. Relato de caso: J.P.M.H., 50 anos, masculino, encaminhado ao serviço de Endoscopia devido síndrome icterícia por estenose maligna da via biliar distal por compressão extrínseca (neoplasia de cabeça de pâncreas), vista a colangioressonância. Submetido à CPRE, com tentativa de acesso biliar, porém sem sucesso. Optou-se então, por acesso biliar ecoguiado através do bulbo duodenal. Realizada ecopunção (agulha de 19G), com aspiração de bile espessa e purulenta. Após contrastação, observou-se dilatação biliar extra-hepática e estenose de colédoco distal. Efetuada dilatação com estilete de ponta, seguida de passagem de prótese metálica. Procedimento realizado sem intercorrências, com drenagem da via biliar bem sucedida. Paciente apresentou evolução satisfatória clínica e laboratorial, nos seguimentos de 30, 60 e 90 dias, mantendo tratamento paliativo com equipe da Oncologia. Importante ressaltar a melhora significativa em sua qualidade de vida e na sobrevida da doença. Conclusão: Estudos recentes sugerem que EUS-BD foi igualmente eficaz quanto a drenagem biliar transhepática percutânea (DBTP) em pacientes com obstrução biliar maligna distal, após falha na CPRE, sendo associado também uma significativa redução de custos.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Ricardo Sato Uemura; Carlos Kiyoshi Furuya Junior; Everson Luiz de Almeida Artifon;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

DRENAGEM ECOGUIADA DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO DE ORIGEM TRAUMÁTICA

INTRODUÇÃO: Pseudocisto pancreático é coleção líquida rica em enzimas, encapsulada, com parede inflamatória, geralmente extrapancreática, com ou sem necrose, definida por mais de 4 a 6 semanas após pancreatite. A maioria tem resolução espontânea. A drenagem endoscópica está indicada quando há dor, obstrução gastroduodenal ou da via biliar, infecção ou aumento progressivo. **RELATO DE CASO:** Paciente, masculino, 13 anos, com história de trauma abdominal evoluiu com abdome agudo. Na laparotomia identificou-se líquido peripancreático com lesão no pâncreas de 4 cm, tratado com rafia e drenagem retroperitoneal. Evoluiu com hiperamilasemia persistente, dor e massa abdominal palpável. TC de abdome revelou lesão cística de 12 cm na topografia do pâncreas, comprimindo estômago. Encaminhado para o Hospital São Paulo para drenagem endoscópica, 6 semanas após o trauma. À endoscopia foi visto abaulamento gástrico, sem sinais de varizes esofagogástricas. Ecoendoscopia foi indicada para melhor avaliação do conteúdo do pseudocisto. Observou-se volumoso cisto, unilocular, bem delimitado, homogêneo, hipoecóico e sem evidências de necrose, com 11 cm de diâmetro, adjacente a parede gástrica (5mm). Realizado drenagem ecoguiada conforme técnica padrão, com agulha 19G, seguido de dilatação e passagem de uma prótese plástica duplo pigtail de 8,5Fr com drenagem de líquido seropurulento. Não foi feita a pancreatografia endoscópica. Controle clínico e tomográfico em 5 dias revelou melhora sintomática, e redução do pseudocisto. Após 4 meses, paciente encontrava-se assintomático com resolução completa do pseudocisto, sendo encaminhado para retirada da prótese. **DISCUSSÃO:** Trauma fechado de abdome com lesão de pâncreas e ruptura de ducto pancreático pode evoluir com formação de coleção e aparecimento de pseudocisto pancreático. O tratamento endoscópico é indicado, como neste caso (dor e persistência do pseudocisto). A drenagem endoscópica é o método preferencial e consiste da drenagem transmural, de preferência, ecoguiada. A pancreatografia com intenção de identificar o local de ruptura do ducto para colocação de uma prótese pancreática (drenagem transpapilar) pode ser feita, entretanto, atualmente há autores que indicam apenas a drenagem do pseudocisto. **CONCLUSÃO:** Drenagem endoscópica de pseudocisto após lesão pancreática por trauma abdominal fechado é uma alternativa segura e eficaz, mesmo em crianças, evitando a cirurgia.

AUTORES: Saulo Santana d'Avila Melo; Frank Shigeo Nakao; Silvio Kazuo Ogata; Rafael Magnanti; Estela Tebaldi Batista; Felipe Mafioletti Padilha; Marcelo Lócio Bispo; Stephan Geocze; Ermelindo Della Libera Junior;

INSTITUIÇÃO: UNIFESP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA EM PACIENTES SUBMETIDOS À ECOENDOSCOPIA

Introdução: O diagnóstico da icterícia obstrutiva pode ser desafiador, por ser frequente e englobar doenças benignas e malignas. Dentre as causas principais destacam-se a doença litiásica, doenças neoplásicas peri-ampolares e da via biliar principal. A Ecoendoscopia (EE) permite o posicionamento do transdutor de ultra-som na segunda parte do duodeno, permitindo assim a visualização de toda a árvore biliar extra-hepática auxiliando na elucidação do diagnóstico da icterícia obstrutiva. **Objetivo:** Descrever as lesões apresentadas por pacientes submetidos a EE com quadro de icterícia obstrutiva para elucidação diagnóstica. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de prevalência. De uma população de 302 laudos de EE do serviço Hospital da Restauração foram identificados 33 laudos com quadro de icterícia obstrutiva, no período de outubro de 2012 a abril de 2016. Foram avaliados: idade, sexo, procedência, principais estruturas e órgãos alterados na EE, realização de biópsia. **Resultados:** Dentre os pacientes avaliados houve prevalência do sexo masculino, correspondendo a 54,6%. A idade variou de 30 a 91 anos, com média de 61,09 anos. Pacientes internados corresponderam a 69,6% das indicações de EE, 30,4% a ambulatoriais. Das estruturas e órgãos analisados, o mais alterado à EE foi o pâncreas, correspondendo a 43,4%; vias biliares apresentou alteração em 33,9%; duodeno 13%, vesícula 6,5%. Alguns pacientes apresentaram alterações em mais de uma estrutura. Dos pacientes com alteração pancreática, 69% apresentaram nódulo; 15% apresentaram massa sugestivas de neoplasia; 7,6% apresentou cisto; e 7,6% pancreatite crônica. Dos pacientes com alteração em via biliar 56% apresentaram dilatação biliar; 31% apresentaram coledocolitíase; 6,2% apresentou estenose; 6,2%, neoplasia. Dos pacientes com alteração em duodeno, 83% apresentaram alteração de papila; lesão subepitelial esteve presente em 17%. Com relação à alteração em vesícula todos os pacientes apresentaram microlitíase. Dos pacientes com icterícia 15,1 % foram submetidos a biópsia por agulha fina. **Conclusão:** O perfil dos pacientes com icterícia e indicação de investigação por EE apresentou maior prevalência do sexo masculino. O órgão mais afetado foi o pâncreas, tendo como principal alteração nódulo. A necessidade de punção com agulha fina correspondeu a 15,1% dos pacientes atendidos.

AUTORES: Francisco Pessoa da Cruz Junior; Júlia Corrêa de Araújo; Helen Mayara Nunes da Silva Oliveira; Renato Correia Ferreira Lima; Celso Napoleão Xavier de Araújo; Lia Freitas Serra; Admar Borges da Costa Júnior;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

METÁSTASE PANCREÁTICA POR MELANOMA MALIGNO

Introdução: Há uma diferença entre neoplasia primária do pâncreas e metástase isolada pancreática. Tal diferenciação pode ser um desafio diagnóstico pelos métodos de imagem, pois as características são semelhantes, porém é crucial para definir tratamento adequado. Neste contexto, a ecoendoscopia com punção é um recurso útil para diferenciação. Relato de caso: Paciente de 58 anos com antecedente de melanoma, com diagnóstico há 5 anos, tratada com quimioterapia e radioterapia. Há 5 meses apresentou perda de peso, icterícia e febre. Procedeu-se investigação com colangiorressonância magnética e exame laboratoriais. Colangiorressonância com massa de 4x3 cm em cabeça e corpo de pâncreas, sem realce significativo e sem dilatação de via biliar, porém com afilamento em colédoco distal. Exames laboratoriais com aumento de bilirrubina total (6,3 mg/dL), às custas de direta (5.3 mg/dL). A ecoendoscopia (EUS), evidenciou massa sólida, bem delimitada e regular em cabeça e cauda pancreática, medindo 3.1 X 2.6 cm. Foi realizada punção da lesão, a qual resultou em melanoma maligno metastático. Discussão: Tumores pancreáticos apresentam-se predominantemente como primários, sendo 90% ductais, 5% neuroendócrinos e apenas 2% correspondem a metástases isoladas. Em caso de lesões pequenas e isoladas, o diagnóstico por imagem pode ser difícil e por vezes, incerto. A EUS apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 92% na avaliação de lesões sólidas de pâncreas. Há poucos estudos sobre a eficácia da EUS com punção por agulha fina para diferenciação destas lesões. Conclusão: metástase pancreática por melanoma maligno é incomum. A EUS com punção pode auxiliar na diferenciação do diagnóstico de lesão primária e metástase.

AUTORES: Mauricio Kazuyoshi Minata; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Juan Pablo Roman Serrano; Eduardo Turiani Hourneaux de Mora; Felipe Iankelevich Baracat; Danielle Azevedo Chacon; Ryan Tanigawa; Marcelo Magno de Freitas Sousa; Tomazo Prince Franzini; Toshiro T
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP)

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL SIMULANDO PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS

Introdução: A Neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) é um tumor cístico do pâncreas com potencial maligno, caracterizado pela produção de mucina. Atualmente, não há marcadores preditivos para avaliar a progressão para malignidade. Histologicamente podem variar desde adenoma a carcinoma invasor, com diferentes graus de agressividade, sendo considerada uma lesão pré-maligna. A hipersecreção mucinosa pode levar ao impactamento de muco nos ductos pancreáticos com conseqüente obstrução da drenagem pancreática, sendo uma causa frequente de sintomatologia como dor abdominal, emagrecimento e esteatorréia. Relato de Caso: F.L.S, 45 anos, masculino, com história de dor epigástrica com irradiação para dorso de início em 2014 sem melhora após analgesia. Referia etilismo ocasional e negava história de episódios de pancreatite aguda prévio. Encaminhado ao serviço de Endoscopia do HC FMUSP com diagnóstico de pseudocisto pancreático para drenagem ecoguiada. Durante investigação, ecoendoscopia mostrou imagem anecóica, medindo 9,3 x 7,6 cm, ovalada, de contornos regulares, limites precisos, associada à projeção vegetante hiperecótica em uma das paredes medindo 2,5 x 2,1 cm junto à cauda do pâncreas. Realizadas punções ecoguiadas sendo obtido microfragmentos da projeção sólida da parede e líquido sero-hemático os quais foram enviados para análise. A amilase da coleção pancreática foi >7.500 U/l e CEA 3.545,0 ng/mL e a citologia da lesão demonstrou ser compatível com carcinoma podendo corresponder a adenocarcinoma ductal ou neoplasia papilífera intraductal. Devido a tal, foi suspensa a drenagem da coleção e o paciente encaminhado para avaliação de tratamento cirúrgico. Discussão: A IPMN, apesar de ser uma neoplasia rara, tem sido diagnosticada com maior frequência, muitas vezes constituindo um achado incidental. A elevada prevalência de malignidade, predominantemente IPMN do ducto pancreático principal, torna fundamental a identificação e correto diagnóstico destas coleções peripancreáticas. Neste caso apresentado paciente não apresentava histórico de pancreatite aguda ou etilismo, sendo improvável diagnóstico de pseudocisto pancreático. Através da punção ecoguiada e análise da coleção foi diagnosticado IPNM, com mudança de conduta em relação ao tratamento da lesão.

AUTORES: Lara Meireles Coutinho; Ossamu Okazaki; Diogo Turian Horneaux de Moura; Eduardo Turiani Horneaux de Moura; Felipe Baracat; Danielle Azevedo Chacon; Marcelo Magno de Freitas Sousa; Gustavo de Oliveira Luz; Flavio Hiroshi Ananias Morita; Sergio Eiji Matugum

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

RELATO DE DOIS CASOS DE OBSTRUÇÃO BILIAR MALIGNA POR NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE DUCTO BILIAR

Introdução: A neoplasia papilar intraductal de ducto biliar (IPNB) é uma rara variante dos colangiocarcinomas, correspondendo a 7 a 10% de todas as neoplasias biliares ressecadas. Devido a sua natureza exofítica e seu crescimento intraductal, apresenta melhor prognóstico. Podem estar localizadas em qualquer lugar da via biliar e apresentam comportamento e morfologia semelhantes às neoplasias intraductais papilares mucinosas (IPNM) de pâncreas. Devido ao risco de transformação em carcinoma invasivo, seu tratamento é a ressecção completa. Caso 1: HNSJ, 49 anos, masculino, com síndromes consuptiva e colestatica há 02 meses. A tomografia computadorizada evidenciou acentuada dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, até o segmento distal do colédoco, onde apresentava conteúdo intraluminal, discretamente hiperatenuante, sem realce pelo meio de contraste, medindo 1,1 cm. Na ecoendoscopia observou no colédoco distal, lesão hipocócica intraluminal, medindo 3,3 x 2,6 cm, com dilatação (25 mm) à montante da lesão. Realizadas punções ecoguiadas com agulha fina de 22G. Foi realizado também colangiopancreatografia endoscópica retrograda (CPRE) com escovado citológico da área de afilamento e biópsias transpapilares com pinça, e drenagem da via biliar com prótese plástica de 10 French x 07 cm. A citologia da punção ecoguiada revelou-se compatível com carcinoma, podendo corresponder à tumor intraductal papilífero mucinoso, e a do escovado foi positivo para células neoplásicas. Por fim, a biópsia transpapilar com pinça demonstrou neoplasia papilar intraductal de alto grau com áreas serrilhadas e células acidofílicas. Caso 2: JCTS, 57 anos, masculino, com síndrome colestática, já submetido a drenagem biliar em outro serviço, veio encaminhado para investigação etiológica. Na ecoendoscopia observou-se no hepatocolédoco proximal lesão sólida, hipocogênica, medindo 02 x 02cm. Realizadas punções ecoguiadas com agulha 22G. Submetido a nova CPRE com escovado citológico e biópsias com pinça da área de estenose, drenado a via biliar com prótese plástica de 8,5 French x 12 cm. O escovado não obteve amostra adequada, enquanto a PAAF por ecoendoscopia evidenciou citologia compatível com adenocarcinoma, e o anatomopatológico da biópsia revelou neoplasia papilífera intraductal de alto grau, padrão oncócico de colédoco proximal. Discussão: Importante associar de métodos para um diagnóstico etiológico preciso nas obstruções biliares malignas.

AUTORES: Hugo Gonçalo Guedes; Flavio Hiroshi Ananias Morita; Felipe Iankelevich Baracat; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Eduardo Turiani Hourneaux de Moura; Danielle Azevedo Chacon; Ryan Tanigawa; Marcelo Magno de Freitas Sousa; Tomazzo Franzini; Toshiro Tomishig
INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) DE RETO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Tumores estromais de trato gastrointestinal (GISTs) são tumores raros originados da camada muscular própria. Apresentam incidência estimada ao redor de 1/100.000 habitantes/ano. Têm como idade média de apresentação a sétima década de vida e distribuição equivalente entre os sexos. Cerca de 80% dos casos apresentam-se como uma doença sintomática a despeito da pouca especificidade dos sintomas (dor abdominal, sangramento digestivo, anemia ferropriva, entre outros). Dentre os sítios primários, o mais comum é o estômago e os mais raros são os colorretais e esôfago. Apresentamos o caso de um paciente masculino, 68 anos de idade com queixa de proctalgia e tenesmo, progressivos, de longa data. Ao toque retal apresentava tumoração endurecida na parede lateral direita a 4cm da borda anal. Avaliado ao exame de colonoscopia que identificou lesão elevada em reto baixo, recoberta por mucosa íntegra (lesão subepitelial), medindo cerca de 5cm e localizada a 4 cm da linha pectínea. Submetido então à ecoendoscopia que confirmou a lesão subepitelial de reto medindo 6,0 x 5,1 cm. Realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) a qual revelou através do painel imunohistoquímico: CD117+, CD34+, Desmina e Proteína S-100 negativos, KI-67+ (1%), compatível com o diagnóstico de GIST de reto. A localização no reto para o GIST é considerada como fator de mau prognóstico, o que realça a importância do diagnóstico preciso e precoce. A ecoendoscopia é um método consagrado que detém alto poder diagnóstico, e pode fornecer material para avaliação histo/citológica através das ecopunções. Biópsias por agulha de maior calibre devem ser preferidas por apresentarem maior taxa diagnóstica em relação à PAAF. GISTs são tumores raros e, dentro da sua gama de sítios primários, os retais estão entre os mais raros. Relatamos o presente caso para demonstrar este diagnóstico diferencial das lesões subepiteliais colorretais e da ecoendoscopia com punção, como uma forma de fazer o diagnóstico nestes casos.

AUTORES: Vitor Brunaldi; Flavio Hiroshi Ananias Morita; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Eduardo Turiani Hourneaux de Moura; Felipe Iankelevich Baracat; Marina Lordello Passos; Julio Cesar Martins Aquino; Paulo Sakai; Eduardo Guimaraes Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

TUMOR FIBROSO CALCIFICANTE GÁSTRICO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Tumor Fibroso Calcificante corresponde a um tumor mesenquimal benigno e raro, de prognóstico favorável, o qual usualmente afeta crianças e adultos e são classicamente descritos afetando a pleura. A localização gástrica foi descrita na maior parte dos casos por relato de casos. A causa e patogênese é desconhecida. **RELATO DE CASO:** Paciente, L.G.M., sexo feminino, 58 anos, realizou endoscopia digestiva alta para avaliação de rotina, sendo identificada lesão submucosa de 20 mm em parede anterior de antro. Realizada eco-endoscopia, sendo evidenciada lesão nodular hipoeocogênica, homogênea e de limites precisos, sinal do Doppler negativo, medindo aproximadamente 13,7 mm por 5,6 mm, localizada na submucosa. Realizada punção, porém material resultou insuficiente para avaliação. Dessa forma, indicada realização de dissecação endoscópica da submucosa, a qual ocorreu sem intercorrências. Anatomopatológico evidenciou tumor eosinofílico, com extensa hialinização e depósitos de colágeno, permeado por moderado infiltrado inflamatório linfo-plasmocítico com frequentes folículos linfoides e ausência de sinais de malignidade, além de margens cirúrgicas livres. Imunohistoquímica resultou negativa para CD34, C-KIT e S 100. Dessa forma, sugeriu-se a possibilidade de Tumor Fibroso Calcificante Gástrico. **DISCUSSÃO** A maioria destes tumores são achados acidentais. São caracterizadas através da endoscopia digestiva alta por serem subepiteliais, de consistência firme e únicas. A eco endoscopia com punção auxilia no diagnóstico. São caracterizadas como sendo isoecóicas, porém usualmente apresentando focos hiperecogênicos sugestivos de calcificações. Dentre os diagnósticos diferenciais tem-se: GIST, schwannoma e leiomioma. Diagnóstico é confirmado com base nas características histológicas e imunohistoquímicas. Corresponde a tumor paucicelular formado por infiltrado mononuclear, corpos psamomatosos, calcificações e esclerose difusa. Imunohistoquímica pode mostrar anticorpos contra o fator XIIIa, CD68 e vimentina. A maior parte dos estudos descreveram tratamento cirúrgico, porém 02 estudos mostraram tratamento endoscópico. No estudo de Quiang Shi e colaboradores, dos quatro pacientes que apresentavam Tumor Fibroso Calcificante Gástrico, em 02 deles foi realizada dissecação endoscópica da submucosa. Portanto, o método endoscópico parece ser útil não apenas para diagnóstico como também para tratamento definitivo como foi o caso da paciente em questão.

AUTORES: WLADIMIR CAMPOS DE ARAÚJO; FELIPE DOMINGUEZ HENRIQUES DE CAMPOS;
MANOEL ROBERTO CARVALHO DE ALMEIDA; LUÍS ANTÔNIO RODRIGUES DE FREITAS;

INSTITUIÇÃO: UNIGED - UNIDADE DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

TUMOR NEUROENDÓCRINO DE PÂNCREAS COM APRESENTAÇÃO SÓLIDO-CÍSTICA: UM DILEMA DIAGNÓSTICO

Introdução: Os tumores neuroendócrinos correspondem a aproximadamente 3% das neoplasias pancreáticas. São divididos em funcionais (f-p-TNE), quando produzem peptídeos e aminas levando a sintomas hormonais (insulinomas, gastrinomas, VIPomas, glucagonomas e somatostatatomas) e em não funcionais (nf-p-TNE) que correspondem a 50-60% dos casos. **Relato de caso:** T.G.C.S, 63 anos, feminino, com relato de dor lombar e andar superior abdome associado a emagrecimento discreto. Foi submetida a US de rotina para acompanhamento de esteatose hepática que identificou uma massa mista (sólida/cística) de 34X24X25 mm em cabeça do pâncreas. RM/CPRM identificou lesão cística com paredes espessadas e septos grosseiros em seu interior com provável comunicação com o Wirsung, de 27X25X22 mm sugestivo de IPMN. A ecoendoscopia evidenciou tratar-se de lesão sólida e cística, hipervascularizada, 32X30mm, em cabeça de pâncreas. A coleta de material por PAAF resultou: amilase: 32, CA 19.9: 1,0 e CEA: 2,0. Exame de microhistologia com imunohistoquímica concluiu tratar-se de TNE bem diferenciado de baixo grau histológico (sinaptofisina e cromogranina positivas e Ki-67 <1%). **Discussão:** Os TNE-nf na maioria das vezes são lesões sólidas, porém podem ocorrer formas císticas e mistas e à ecoendoscopia são hipocócicos (parte sólida), anecócicos (parte líquida) e hipervascularizados. A conduta é variável dependendo se são funcionantes ou não, tamanho, localização, grau de diferenciação, índice de Ki67 e status clínico. A classificação histológica da OMS tem importância como preditor prognóstico e para determinação do tratamento. No caso acima a paciente apresentava um nf-p-TNE bem diferenciado (grau I) com variável que indicava potencial maligno incerto (lesão ≥2cm). A paciente foi encaminhada para departamento de cirurgia. **Conclusão:** Nas lesões sólido-císticas de pâncreas, o componente sólido pode passar despercebido à RM ou confundido com IPMN degenerado ou cistoadenocarcinoma. A ecoendoscopia com doppler (lesão hipervascularizada) e com PAAF poderá fazer o diagnóstico seguro de TNE, com impacto na conduta.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Walton Albuquerque; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Luana Germano Tose;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Ecoendoscopia

UMA ANÁLISE DA ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Introdução: A ecoendoscopia é utilizada no diagnóstico de afecções biliopancreáticas, estudo de lesões subepiteliais gastrointestinais (GI) e estadiamento tumoral. Com punções ecoguiadas, pode-se obter material para citopatologia, assim como realização de procedimentos terapêuticos, incluindo drenagens de coleções pancreáticas e injeção de medicamentos. **Objetivos:** avaliar as indicações e os resultados das ecoendoscopias diagnósticas realizadas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) UFRJ, referência da rede SUS do estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** estudo retrospectivo de consulta à base de dados computadorizada, incluindo todos os exames realizados de 01/03/2015 a 03/06/2016 (total de 244). **Resultados:** as indicações mais frequentes foram: lesão sólida pancreática (30%), lesão subepitelial GI (19%), suspeita de coledocolitíase (16%), lesão cística pancreática (15%), pancreatite crônica (9%), pesquisa de microlitíase (6%) e estadiamento tumoral (3%). Coledocolitíase foi confirmada em apenas 10 dos 40 pacientes (25%). Em relação à suspeita de pancreatite crônica, 18 de 23 exames (78%) fecharam critérios diagnósticos de Rosemont. Microlitíase foi encontrada em 9 dos 12 pacientes (75%). Dos 45 pacientes com aspecto de lesão subepitelial à endoscopia digestiva alta, 33 (73%) tiveram confirmação à ecoendoscopia, sendo apenas 11 destas puncionadas, com média de 3 passagens e obtenção do diagnóstico em 7. Foram identificadas 44 lesões sólidas pancreáticas das 78 interrogadas previamente (56%), todas puncionadas, com média de 3 passagens, obtendo-se diagnóstico em 33 (75%). Lesões císticas pancreáticas foram evidenciadas em 32 dos 35 pacientes encaminhados (91%). Destas, 15 foram puncionadas, 2 passagens em média, com resultados distribuídos igualmente em 3 grupos: (1) não diagnóstica, (2) diagnóstico diferente da hipótese ultrassonográfica e (3) diagnóstico compatível com hipótese. As lesões císticas não puncionadas incluíram as fortemente sugestivas de cistoadenoma seroso, neoplasia intraductal mucinosa papilífera de ductos secundários e pseudocisto pancreático. **Conclusão:** as principais indicações de ecoendoscopia no HUCFF foram semelhantes às descritas na literatura. Foi observado importante papel no diagnóstico de microlitíase, assim como na caracterização de lesões subepiteliais do trato gastrointestinal alto. Houve bom rendimento diagnóstico nas punções ecoguiadas de lesões sólidas pancreáticas (75%), comparado às lesões císticas (66%).

AUTORES: Cláudia Cozendey Parada; Fernando Marques Moreira Castro; Monique Guarino Bitencourt; Isabella de Miranda Guimarães; Carolina Dias Gonçalves; Mônica Soldan; João Autran Nebel; Felipe Alves Mota Rebello de Mendonça;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO/ UFRJ

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

**ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCERADA
DIAGNOSTICADO POR ENDOSCOPIA: RELATO DE CASO**

Introdução: Hérnias diafragmáticas (HD) são definidas como a passagem de conteúdo abdominal para dentro da cavidade torácica ou mediastino através de um defeito do diafragma. Este pode ser congênito (Morgani ou Bochdalek) ou adquirido (traumático). O traumatismo perfurante normalmente causa lesões bem menores, o que pode levar a um retardo, de anos, no diagnóstico da lesão. Foram descritas três fases clínicas das lesões diafragmáticas. A primeira, fase aguda; a segunda, fase latente; e a terceira, chamada de obstrutiva, caracterizada por complicações graves, como encarceramento e perfuração gastrointestinais, na cavidade torácica, geralmente diagnosticados clínica ou radiologicamente. Objetivo: Relatar um caso de paciente com quadro de abdome agudo perfurativo, através de laceração gástrica, por hérnia diafragmática encarcerada, diagnosticada por endoscopia digestiva alta. Relato de caso: M.R.P.S., 42 anos, casada, natural de Santos. Paciente procura o pronto-socorro do hospital devido queixa de hematêmese, acompanhado de náuseas e pirose há 2 dias. Nega alteração do hábito intestinal ou demais queixas. Antecedente pessoal: contusão torácica há 10 anos. Realizados exames laboratoriais sem alterações significativas e raio X de tórax, que apresentou imagem de alargamento mediastinal e nível hidroaéreo em posição retrocardíaca. Encaminhada para endoscopia digestiva alta, onde foram observados estase esofagogástrica em grande quantidade, com esofagite intensa, e laceração profunda da mucosa em corpo gástrico, medindo cerca de 6cm, distando 3cm da transição esofagogástrica (perfuração bloqueada?). Paciente mantendo-se oligossintomática pelo achado. Foi então encaminhada para cirurgia de urgência, tendo realizadas laparotomia exploradora com frenorráfia, gastrorráfia e drenagem mediastinal e da cavidade abdominal. Paciente com evolução favorável no pós-operatório, recebendo alta da unidade de terapia intensiva no terceiro dia pós-operatório, e alta hospitalar após 5 dias, assintomática. Conclusão: As hérnias diafragmáticas geralmente são de causa traumática e o quadro clínico são inexpressivos e, por vezes, subdiagnosticados, com vários diagnósticos diferenciais. Quando os sintomas se tornam progressivos, recorrentes e intensos, é provável que alguma complicação tenha ocorrido, seja por encarceramento ou perfuração de alguma víscera. Nesses casos, o tratamento cirúrgico é o padrão-ouro, haja visto o risco de complicação fatal do quadro.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Luciana Cleaver Aun; Everson Luiz de Almeida Artifon; Mirella de Fátima Fukuda; Messias Elias Neto; Fernando Yaeda de Melo;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA DE REGANHO DE PESO E DOR ABDOMINAL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: RELATO DE CASO

Introdução: O emagrecimento sub ótimo e/ou reganho de peso no pós operatório tardio de cirurgia bariátrica ocorre em até 25% dos casos, necessitando de revisão da anastomose gastrojejunal 1. Dentre as modalidades menos invasivas para proceder tal revisão destaca-se a endoscopia digestiva alta associada a aplicação de plasma de argônio e/ou ressutura nesta região 1. A utilização de anel de contensão no procedimento de bypass gástrico apresenta bons resultados e baixa taxa de complicações, sendo uma delas a extrusão intragástrica do anel, muita das vezes assintomática, mas que deve ser sempre abordada através da retirada deste dispositivo 2,3. **Relato de Caso:** Paciente feminino, 43 anos, submetida a bypass gástrico com anel de contensão em 2006, evoluindo nos últimos 12 meses com reganho de peso (>20% do peso mínimo) e dor abdominal. Submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou extrusão do anel e anastomose gastrojejunal pèrvea, medindo cerca de 15 mm. Realizada retirada endoscópica do anel, aplicação de plasma de argônio na anastomose associado à sua ressutura endoscópica com dispositivo endoluminal. Paciente evoluindo sem intercorrências até o momento, em acompanhamento clínico e nutricional. **Discussão:** O reganho de peso é um problema comum que acomete mais de 63% dos pacientes em 4 anos após a cirurgia, e que pode contribuir para a recorrência de comorbidades 1,4. Os procedimentos endoscópicos têm se mostrado efetivos e com baixa morbidade no controle dessa complicação 4. Um estudo realizado com pacientes com anastomose gastrojejunal >20mm, que foram tratados com sutura endoscópica, 96% apresentaram redução ou estabilização do peso em 6 meses 5. Apesar da paciente em questão não apresentar dilação exuberante da anastomose, apresentava reganho importante de peso e pode se beneficiar do tratamento endoscópico ao invés ser submetida a nova abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A retirada do anel gástrico migrado e a ressutura da anastomose gastrojejunal, através de endoscopia, são modalidades terapêuticas seguras e eficazes.

AUTORES: Aureo Augusto de Almeida Delgado; Hugo Gonçalo Guedes; Mileine Valente de Matos; Goltrand Lopez Navas; Manoel dos Passos Galvão-Neto; Marina Lordello Passos; Nádia Korkischko; Rodrigo Silva de Paula Rocha; Julio Cesar Martins Aquino; Flávio Hiroshi Morita

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO CENTRAL HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM PACIENTES COM DISPEPSIA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.

Introdução: Sintomas dispépticos são considerados queixas clínicas frequentes e acometem 25% da população. Ao se estratificar, analisando as indicações endoscópicas, idade, sexo e achados endoscópicos, as prevalências podem variar. De acordo com os Critérios de Roma III, a dispepsia é caracterizada por dor em abdome superior, queimação epigástrica, saciedade precoce ou empachamento pós-prandial. Poucos estudos científicos estão disponíveis para sistematizar quais pacientes com dispepsia devem ser submetidos a endoscopia. Objetivos: Descrever a frequência dos achados endoscópicos em pacientes portadores de dispepsia submetidos à Endoscopia Digestiva Alta (EDA), em serviço de referência da cidade de Salvador. Métodos: Estudo transversal realizado no período entre abril e junho de 2016. Foram incluídos pacientes encaminhados ao serviço de endoscopia digestiva com solicitação de EDA com relato de sintomas dispépticos na indicação, maiores de 18 anos. Foram consideradas queixas dispépticas: dor epigástrica, queimação, plenitude pós-prandial ou dispepsia. Os resultados foram estratificados por indicação, sexo, idade e achados endoscópicos utilizando o teste Qui-quadrado e Fisher no software SPSS18.0. Foi considerado significativo um valor de $p < 0,05$. Resultados: Foram avaliados 126 laudos de EDA. A idade média dos indivíduos incluídos foi de $42,51 \pm 14,58$ anos, sendo 83(66,9%) do sexo feminino. As principais indicações de EDA referidas nas solicitações foram: epigastralgia 65(52,4%), dispepsia 54(43,5%), plenitude pós-prandial 4(3,2%) e queimação epigástrica 1(0,8%). Na maioria dos laudos endoscópicos, observou-se alteração endoscópica 91(73,4%). A frequência de gastrite erosiva foi de 39(31,5%), enantematosa 22(17,7%), hemorrágica 1(0,8%), úlcera péptica duodenal 3(2,4%) e úlcera péptica gástrica em 1(0,8%). Conclusão: Nesta amostra, a frequência de EDA alterada em pacientes com sintomas dispépticos foi elevada. A maioria dos pacientes foi do sexo feminino, com idade média de 42 anos e o principal sintoma dispéptico foi dor epigástrica. A gastrite erosiva, considerada alteração mínima, foi o achado mais comum. Esses achados foram observados em outros estudos. Palavras-chave: Frequência, Dispepsia, EDA

AUTORES: Ivia Carolina Resedá Magalhães; Marcos Clarêncio Batista Silva; Livia Leite; Lourianne Nascimento Cavalcante;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO RAFAEL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO EM PÓLIPO HIPERPLÁSICO

Introdução Pólipos hiperplásicos são as lesões polipóides mais comuns do estômago. São proliferações inflamatórias das células foveolares, frequentemente associadas à atrofia da mucosa causada pelo *Helicobacter pylori* ou gastrite autoimune. Geralmente são assintomáticos e achados incidentalmente em exames endoscópicos indicados por outros motivos. Apresentam baixo potencial de malignização, porém alguns estudos apontam um aumento da incidência, com relatos de 1,5 a 4,5%. A carcinogênese dos pólipos hiperplásicos ainda não está bem definida, existindo relatos de lesões pré-neoplásicas antecedendo ao surgimento do adenocarcinoma. O tamanho do pólipo é o maior fator de risco para transformação maligna, sendo mais frequente em lesões maiores de 1 cm. Acompanhamento endoscópico é considerado adequado nos pólipos menores de 2 cm, devendo, no entanto, serem ressecados quando acima de 2 cm. Caso Paciente do sexo masculino, 58 anos, com antecedente de gastroduodenopancreatectomia por adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, estadiamento T4N1M0, em quimioterapia adjuvante. Foi submetido a endoscopia digestiva alta no terceiro mês do pós-operatório, por apresentar vômitos e diarreia iniciados há 5 dias. Apresentava anastomose gastrojejunal pérvia e ampla e alça jejunal sem alterações. Na cárdia, junto a transição esofagogástrica, presença de pólipo séssil avermelhado, com exsudato fibrinoso, medido 2 cm. Realizada polipectomia com alça diatérmica, sem intercorrências. O exame anatomopatológico mostrou tratar-se de um pólipo hiperplásico com focos de adenocarcinoma intramucoso e de neoplasia intraepitelial de alto grau, com margens livres. Paciente mantém tratamento quimioterápico adjuvante e apresentou resolução espontânea dos sintomas gastrointestinais Conclusão Relatamos um caso raro de transformação maligna em pólipo hiperplásico. Apesar de incomum, devido a maior probabilidade de malignização em pólipos acima de 2 cm, é indicado realização de polipectomia nestas lesões.

AUTORES: Simone Lopes Guedes Moreira; Andre Silva Battagin; Danielle Patriota Sampaio; Barbara Rubira Correa; Gabriel Luis Ferreira; Gabriela Domingues Andrade Ribeiro; Ciro Garcia Montes; Leonardo Trevisan Monici;

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ADENOMA DE PAPILA DE VATER COM TRATAMENTO ENDOSCÓPICO: RELATO DE CASO.

Introdução: Os adenomas de papila são neoplasias benignas que ocorrem em 0,04 a 0,12% das autópsias e apresentam elevada propensão à degeneração maligna (35 a 55%). Na maioria das vezes, são lesões pequenas, assintomáticas e diagnosticadas acidentalmente. Entretanto, quando maiores, podem desencadear hemorragia digestiva alta (HDA), obstrução intestinal ou icterícia obstrutiva. O tratamento do adenoma depende do tamanho e da presença ou não de sinais de malignidade, podendo ser via endoscópica ou cirúrgica. Relatamos o caso de grande adenoma da papila de Vater em achado endoscópico incidental. **Relato de caso:** Paciente ♂, 56 anos, apresentando sintomas dispépticos, submetido a EDA, evidenciando lesão polipóide sésil, lobulada, em topografia de papila maior, sem sinais endoscópicos de malignidade, medindo entre 4-5 cm. Biópsias evidenciaram adenoma viloso com displasia de baixo grau. Realizada colangiografia, sem evidências de invasão ductal, seguido de ampulectomia em piecemeal, com colocação de próteses plásticas em via biliar e pancreática e cauterização com plasma de argônio (CPA) complementar. No controle pós ressecção, foram retiradas as próteses. Uma pequena área suspeita de lesão residual foi biopsiada e revelou adenoma viloso residual. Realizada colocação de nova prótese pancreática seguido de CPA. Em novo controle pós CPA, a prótese pancreática foi removida e novas biópsias não evidenciaram lesão residual. **Discussão:** Chama atenção no caso, o grande adenoma com indicação cirúrgica, em paciente relativamente jovem e assintomático, com achado incidental pela endoscopia e que teve resolução endoscópica completa, evitando GDP. Na ausência do ultrassom endoscópico, a CPRE foi utilizada para afastar invasão dos ductos colédoco e Wirsung. O tamanho da lesão não permitiu a ressecção em bloco, e impôs a CPA complementar precedida das colocações de próteses biliar e pancreática. Novo controle endoscópico será realizado em 6 meses para reavaliação de recorrência local. **Conclusão:** Mesmo grandes lesões adenomatosas com mais de 4cm podem se apresentar de forma assintomática e terem resolução endoscópica completa. Em mãos experientes, as complicações não são frequentes e o tratamento endoscópico pode evitar uma GDP, cuja morbidade e mortalidade é bem maior.

AUTORES: Simone Silveira Valadares de Paula; Lincoln Eduardo Vilella Vieira de Castro Ferreira; Nathalia Castro de Abreu Peixoto; Thais Mansur Ghetti Costa; Bruno Guedes Nogueira; Lize Maciel Pinheiro Guimarães; Laura Cotta Ornellas Halfeld;

INSTITUIÇÃO: HU UFJF

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ADENOMA DUODENAL: MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA

Os adenomas podem ser tubulares, vilosos ou oriundos da glândula de Brunner. No duodeno, os adenomas têm predileção pela papila duodenal (ampola de Vater). Os adenomas vilosos apresentam potencial de transformação maligna, semelhante ao que ocorre no câncer colorretal. Sangramento ou obstrução, do intestino ou da via biliar, são geralmente os sintomas iniciais dos adenomas vilosos. Já os adenomas tubulares possuem baixo potencial de transformação maligna e geralmente são assintomáticos. Apesar da carência de evidências para orientar o tratamento, a remoção dessas lesões é prática habitual. Deve-se, inicialmente, diferenciar se a lesão envolve ou não o complexo ampular, visto serem diferentes as técnicas de tratamento. As formas de tratamento endoscópico incluem polipectomia e mucosectomia. Caso não haja carcinoma invasivo na lesão retirada, o procedimento é considerado curativo. Apresenta-se, no vídeo, o caso de uma paciente portadora de um adenoma túbulo viloso do duodeno, assintomática, submetida a mucosectomia da lesão e fechamento do defeito com hemoclipes (Instinct™, Cook Medical). A lesão se localizava na transição do bulbo para a segunda porção duodenal, numa região de difícil abordagem do defeito da ressecção. A possibilidade de abertura e fechamento desse tipo de clipe por diversas vezes, a facilidade de rotação de 360º em qualquer direção e a haste de preensão mais extensa (16mm) foram fatores que facilitaram o fechamento do defeito.

AUTORES: Rodrigo Silva de Paula Rocha; Edson Ide; Carlos Kiyishi Furuya Junior; Maurício Kazuyoshi Minata; Flavio Hiroshi Ananias Morita; Júlio Cesar Martins Aquino; Eduardo Turiani Hourneaux de Moura; Gustavo Luis Rodela Silva; Paulo Sakai; Eduardo Guimarães Hour

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ANÁLISE DE 262 PACIENTES PORTADORES DE PÓLIPOS GÁSTRICOS HIPERPLÁSICOS, EM ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS REALIZADAS NO GASTROCENTRO-UNICAMP, DE JANEIRO DE 2010 A JUNHO DE 2016.

Introdução: Os pólipos hiperplásicos são os pólipos gástricos mais comuns, com crescente incidência e baixo potencial de transformação maligna (menor que 1%). Acometem tanto o sexo masculino, quanto o feminino, sem distinção, com predomínio em adultos jovens e idosos. **Objetivo:** Descrever características epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com pólipos gástricos hiperplásicos. **Método:** Estudo retrospectivo dos pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta, entre janeiro de 2010 e junho de 2016, que apresentaram pólipos hiperplásicos confirmados histologicamente. Analisamos a relação entre os pólipos hiperplásicos e sexo, idade, localização, tamanho, número, histologia, associação com *Helicobacter pylori* e sua forma de apresentação. **Resultados:** A idade média foi de 59,2 anos (21 a 86 anos), sendo 148 do sexo feminino e 114 do masculino. Cento e oitenta e sete pacientes apresentaram apenas um pólipo e 73 pacientes, dois ou mais pólipos. Destes, 4,83% estavam em anastomoses, 31,04% no antro, 6,9% na cárdia, 42,42% no corpo, 14,49% no fundo e 0,35% com pólipos em todo o estômago. Os pólipos pequenos, com até 0,5cm de diâmetro, corresponderam a 50%, 33,97% entre 0,6 e 1 cm, 5,73% entre 1,1 e 1,5 cm, 3,89% entre 1,6 e 2 cm, 1,53% entre 2,1 e 3 cm, 0,39% entre 3,1 e 4 cm e 0,39% entre 4,1 e 5 cm. Histologicamente, 4,97% apresentaram alterações regenerativas, 0,39% depósito de ferro, 0,39% hiperplasia de células, 0,77% neoplasia intraepitelial de baixo grau, 8,02% erosão na superfície, 8,78% metaplasia intestinal, 0,77% xantoma associado, 0,39% displasia neuroendócrina e 0,39% focos de adenocarcinoma intramucoso e de neoplasia intraepitelial de alto grau. Em relação ao *H. pylori*, apenas 23,67% obteve resultado positivo. Sobre a apresentação dos pólipos, 90,46% eram sésseis, 6,49% subpediculados e 3,06% pediculados. **Conclusão:** O corpo foi o seguimento gástrico mais acometido, seguido pelo antro, ao contrário da literatura, a qual refere maior acometimento antral. A maioria dos pacientes não eram portadores de *H. pylori* e, conforme o esperado, baixo risco para transformação maligna, sendo que apenas um dos pacientes apresentou adenocarcinoma em um pólipo hiperplásico.

AUTORES: Carla Luiza de Souza Aluizio; Simone Lopes Guedes Moreira; Drausio Jeferson de Moraes; Rita Barbosa de Carvalho; Thais Raquel da Silva; Gabriela Domingues Andrade Ribeiro; José Olympio Meirelles dos Santos; Ciro Garcia Montes;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ANÁLISE DO ESCORE BAROS EM PACIENTES SUBMETIDOS A PASSAGEM DE BALÃO INTRAGÁSTRICO

Introdução: A obesidade é um importante e emergente problema de saúde pública. O uso do balão intragástrico (BIG) é uma opção interessante por ser pouco invasiva e reversível. No entanto, tão importante quanto a perda de peso, é a melhoria das comorbidades e da qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** Analisar o impacto do uso de BIG em uma população de obesos [índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m²], utilizando o método de BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System). **Casuística:** 22 pacientes submetidos à colocação de BIG em hospital terciário de Goiânia. **Método:** Estudo retrospectivo que analisou pacientes submetidos à colocação do BIG. Avaliou-se as variações de peso e do IMC. E aplicou-se o escore de BAROS, um instrumento que avalia o impacto da terapêutica instituída na vida do paciente obeso. Os dados foram analisados através do programa Epi Info 3.5.2 **Resultados:** Do grupo de 37 pacientes submetidas à colocação de BIG, quinze (40%) foram excluídos deste estudo, por terem retirado precocemente o balão por intolerância gástrica, ruptura espontânea deste ou por não terem respondido o questionário BAROS. Os 22 pacientes restantes compuseram nosso grupo de estudo, com média de idade de 38 ± 9,7 anos (24-57 anos) e o tempo médio de permanência do balão foi de 204 ± 30,3 dias (123-310 dias). Houve uma redução média no peso de 17,06 ± 11,5kg (3,7-47,3) e no IMC de 5,28 ± 3,9 Kg/m² (0,7-18,3 Kg/m²). A porcentagem de perda de peso média foi de 11,48 ± 6,5% (3,2-25%). Aplicando o método BAROS os pacientes apresentaram uma pontuação média de 1,76 (-1,0 a 3,75), com a seguinte classificação: Bom em 4 (18,2%) pacientes, Aceitável em 14 (63,6%) e Insuficiente em 4 (18,2%) e nenhum dos pacientes teve evolução Excelente ou Muito bom. Quando avaliamos exclusivamente a seção Qualidade de vida, a média de pontuação foi de 1,88 (-1,0 a +3,0), com a classificação de Muito Boa em 8 (36,4%), Boa em 9 (40,9%) e Aceitável em 5 (22,7%) pacientes. **Conclusão:** Apesar do BIG determinar uma significativa perda de peso em pacientes obesos, essa perda de peso não reflete em uma melhora na escala de BAROS. Todavia, quando avaliamos isoladamente a sessão de qualidade de vida, observamos que 77,3% dos pacientes referiam uma vida boa ou muito boa após colocação de BIG.

AUTORES: Laize Mariane Gonçalves Silva Castro; Américo de Oliveira Silverio; Bianca Rodrigues Rebelo; Daniela Medeiros Milhomem Cardoso; Giovana Ferraz Cavalcanti; José Cristiano Ferreira Resplande; Paula Malagoni Cavalcante de Oliveira;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

**ANEMIA FERROPRIVA SECUNDÁRIA A TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA:
RELATO DE CASO**

INTRODUÇÃO: A Telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) é também conhecida como Síndrome de Rendu-Osler-Weber, e foi primeiramente descrita por Osler, Rendu e Hanes no século 19. É uma doença autossômica dominante, com uma prevalência mundial entre 1/5000 a 1/10.000 pessoas, e está associada a malformações arteriovenosas em vários órgãos. Corresponde a uma rara displasia fibrovascular que torna a parede vascular vulnerável a traumatismos e rupturas, provocando sangramentos em pele e mucosas. Caracteriza-se por epistaxes recorrentes, telangiectasias mucocutâneas (face, mãos e cavidade oral), malformações arteriovenosas com comprometimento visceral e história familiar positiva (para o diagnóstico, considera-se positivo se 3 dos 4 sinais/sintomas relatados estiverem presentes). É possível a existência de complicações hematológicas, como a anemia, que mais comumente é de apresentação leve a moderada, além de complicações neurológicas, pulmonares, dermatológicas e de trato gastrointestinal. **OBJETIVO:** Relatar o caso de uma paciente que apresenta anemia de longa data e diagnosticada com Telangiectasia hemorrágica hereditária após exames do trato gastrointestinal. **MÉTODO:** Informações obtidas durante seguimento clínico, revisão de prontuário e revisão da literatura médica. **RESULTADO:** Paciente, 74 anos, com história de epistaxe recorrente na adolescência e de ser sabidamente portadora de anemia há longa data, porém sem investigação etiológica adequada. Recentemente, após sintomas de adinamia, sonolência e astenia, procurou atendimento, sendo então realizados exames que evidenciaram anemia microcítica e importante ferropenia. Durante a investigação, realizada Endoscopia digestiva alta que revelou múltiplas angiodisplasias gástricas e no bulbo duodenal, além de Colonoscopia com Ectasias vasculares no ceco/cólon ascendente proximal; sendo que nenhuma área apresentava sinais de sangramento ativo no momento do exame. Paciente segue em acompanhamento conjunto com a Hematologia e com reposição de ferro, com importante melhora do estado geral e aumento progressivo da Hemoglobina. Refere ter 2 irmãs com lesões vasculares gástricas e anemia refratária. **CONCLUSÃO:** A investigação de Anemia ferropriva deve incluir estudo do trato gastrointestinal, pois malformações vasculares devem ser lembradas como causa de perda sanguínea crônica. Uma boa anamnese e avaliação da história familiar podem contribuir para o diagnóstico desta condição.

AUTORES: Raisa França Ribeiro; Luciana Teixeira Campos; Mariana de Moraes Lira Gouvea; Felipe Gomes Bezerra; Adriano Colares Tolentino;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ASSOCIAÇÃO DA EXTENSÃO DA EPITELIZAÇÃO COLUNAR DO ESÔFAGO DISTAL COM METAPLASIA INTESTINAL

Introdução: Esôfago de Barrett (EB) consiste na substituição do epitélio escamoso estratificado do esôfago distal, por epitélio colunar especializado e é considerado fator de risco para adenocarcinoma esofágico, cuja incidência no mundo ocidental vem aumentando rapidamente nas últimas décadas. Podemos classificar o EB de acordo com o tamanho e localização do segmento acometido pelo epitélio colunar. **Objetivo:** Identificar a associação da extensão da epitelização colunar do esôfago distal com Metaplasia Intestinal (MI) de Esôfago. **Métodos:** Análise dos prontuários dos pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta (EDA) eletiva entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015. Incluídos pacientes com laudos endoscópicos com suspeita de epitelização colunar do esôfago distal. Classificamos como segmento curto aqueles com extensão menor de 2 cm distais do esôfago, e como segmento longo aqueles em que a mucosa com aspecto colunar apresentava 2 cm na direção cranial do esôfago. Foram excluídos pacientes em quem não foram realizadas biópsias ou com dados incompletos. **Resultados:** Em uma amostra de 5996 EDAs 112 (1,86%) apresentaram alterações sugestivas de epitelização colunar do esôfago distal, com dimensões variando de 0,5 cm a 14 cm. Quarenta e dois pacientes (37,5%) apresentaram epitelização colunar maior do que 2 cm e 70 (62,5%) menor de 2 cm. Metaplasia intestinal completa com células caliciformes foi demonstrada no exame anatomopatológico de 47 (41,96%) pacientes, ocorreu em 32 (68,08%) dos pacientes com segmentos acima de 2 cm, e em 15 (31,92%) pacientes com segmentos menores que 2 cm (OR= 11,73 (IC 95% 4,76-28,91). **Conclusões:** Segmentos maiores que 2 cm apresentaram 12 vezes mais chances de ocorrência de metaplasia intestinal completa, porém segmentos menores que 2 cm apresentaram frequência relativamente alta desta condição. Portanto, a extensão do segmento de epitelização colunar não pode ser usada como critério para a decisão de realizar a biópsia para identificação de MI.

AUTORES: Amanda Faria de Araujo; Renato Borges Fagundes; Diego Michelon De Carli; Emilio Coan Berger;

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Santa Maria

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

BLACK ESOPHAGUS: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Black esophagus é diagnosticada por achados endoscópicos, primeiramente descrita em 1967 post-mortem. É vista como lesão enegrecida que acomete circunferência da mucosa do esôfago, principalmente no terço distal e com parada abrupta na JEG. A forma de apresentação é a hemorragia digestiva alta e suas complicações são estenose, perfuração, mediastinite e óbito. Está associada a alta mortalidade e morbidade. **OBJETIVO:** Este relato mostra um caso em paciente diabético internado com quadro de gangrena em membro inferior, êmese enegrecida, submetido a exame endoscópico, com evolução favorável após estabilização clínica e otimização de medicações. **RELATO DE CASO:** Paciente de 73 anos, diabético insulino- dependente e ex-etilista com gangrena úmida em membro inferior, internado para amputação transmetatársica, apresentou vômitos enegrecidos, realizada EDA e observada esofagite aguda necrótica e pangastrite erosiva moderada. Iniciado tratamento com IBP em dose plena IV, sucralfato, dieta zero e controle de disglícemia. Após 4 dias dieta líquida de prova, manteve náuseas. 19 dias após realização de EDA, novo exame mostrou melhora significativa de lesões: esofagite erosiva grau B de Los Angeles e pangastrite endoscópica enantematosa moderada com erosões planas antrais. Recebeu alta hospitalar após 36 dias de internação, assintomático do quadro gastrointestinal. **DISCUSSÃO:** A necrose esofágica aguda é uma patologia rara, de etiologia multifatorial e associada a comorbidades significativas. Diagnóstico revelado durante EDA, podendo ser realizadas biópsias recomendadas, porém não necessárias. É resultante de uma combinação de hipoperfusão tecidual, refluxo gástrico ácido e redução da defesa da mucosa protetora. Apresenta-se com quadro de hematêmese, melena, epigastralgia, vômitos, dor abdominal em cólicas, disfagia, náuseas, síncope, hipotensão. Tratamento: suporte clínico e estabilidade hemodinâmica do paciente, ressuscitação volêmica, IBP, sucralfato e uso de sonda nasogástrica para decompressão gástrica. Intervenção cirúrgica indicada quando perfuração ou volvo gástrico. As complicações são estenose, perfuração, mediastinite e formação de abscesso. **CONCLUSÃO:** Black esophagus é um achado incomum e associado a alta morbidade e mortalidade, principalmente pelo quadro de base do paciente. Tratamento é estabilização e suporte clínico. Devem ser excluídas outras condições como ingestão de agentes corrosivos, infecções, melanose esofágica e acantose nigricans.

AUTORES: Bruna Fernandes Ferreira da Silva; Marcela Silveira Loretti Mathias; Keite Azevedo Lima; Erico Pessoa Canal; Cynara Feuchard Pinto; Joana de Moraes Varela Abreu; Sérgio Costa Pereira Silva; Tatiana Valdeolivas Weissmann; Marco Antonio Vieira Campos; Marci

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

CÂNCER ESOFÁGICO PRECOCE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA

Vídeo aborda caso de paciente com antecedente de câncer de úvula, submetido a programa de vigilância endoscópica, sendo então diagnosticado com câncer esofágico precoce e submetido a tratamento curativo com dissecação endoscópica de submucosa.

AUTORES: Daniel Antônio de Albuquerque Terra; Vitor Nunes Arantes; Jairo Silva Alves; Nathália da Silva Braga; Arthur Manoel Braga de Albuquerque Gomes; Ludmila Resende Guedes; Nicolly Eudes da Silva Dias; Tarso Magno Leite Ribeiro; Luciana Dias Moretzsohn;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ESTÔMAGO: RARO, PORÉM AGRESSIVO.

Introdução: Carcinoma espinocelular (CEC) primário de estômago é um tumor extremamente raro, com incidência variando entre 0.04%-0.07%, com menos de 100 casos reportados e maior incidência em homens. Apesar das diversas teorias formuladas, sua patogênese permanece incerta. O diagnóstico geralmente é tardio, com mau prognóstico. Objetivo: Este trabalho relata dois casos de CEC de estômago, diagnosticados em nossa instituição, e sua evolução. Caso 1: Paciente masculino, 22 anos, portador de imunodeficiência comum variável há 12 anos, apresentando dor epigástrica, diarreia e emagrecimento. Já possuía jejunostomia por lesão gástrica infiltrativa com histologia mostrando apenas gastrite ulcerativa intensa, e pólipos hiperplásicos em fundo gástrico com displasia de alto grau, diagnosticados há 2 anos. Apresentou piora da diarreia e hipocalcemia grave. Submetido a nova endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando área nodular, friável, de 1,5 cm em corpo gástrico, com histologia de carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado. Submetido a gastrectomia total com reconstrução a Rosanov modificada. Paciente evoluiu bem, com melhora dos sintomas, e mantém acompanhamento clínico e imaginológico, sem evidências de recidiva em 1 ano. Caso 2: Paciente feminina, 33 anos, etilista, com antecedente de hipotireoidismo e anemia crônica em tratamento. Deu entrada no Pronto Socorro com disfagia rapidamente progressiva para sólidos há 2 meses, e há 15 dias para líquidos, além de perda de 15 kg em um mês. Ultrassom de abdômen evidenciando nódulo sólido hepático e na Tomografia Computadorizada de abdômen, lesão neoplásica gástrica, com sinais de invasão do lobo esquerdo do fígado, e em íntimo contato com a artéria hepática esquerda e o pâncreas, além de hipotenuações hepáticas subcentimétricas. Nesta data já apresentava anemia hipocromica normocitica e plaquetose. Na EDA foi visualizada em cárdia e em pequena curvatura de corpo alto, estendendo-se pelo parede posterior, lesão ulcerada extensa, profunda, com base necrótica, e bordas enantematosas e infiltradas. O anatomopatológico evidenciou tratar-se de um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado. A paciente foi encaminhada para quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. No re-estadiamento, a lesão permanecia irressecável, sendo indicado tratamento paliativo. Conclusão: O carcinoma espinocelular de estômago embora raro, possui comportamento agressivo e é diagnosticado em fases avançadas, limitando o tratamento e possibilidade de cura.

AUTORES: Thais Raquel da Silva; Caio de Matos Maltempi; Carla Luiza de Souza Aluizio; Márcio Henrique de Paula Ribeiro; Ciro Garcia Montes; Cristiane Kibune Nagasako; Bárbara Rubira Correa;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE EXAMES ENTRE O USO DE PROPOFOL E MIDAZOLAM EM PACIENTES SUBMETIDOS A ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS EM UM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO NO ESTADO DO CEARÁ.

INTRODUÇÃO DESDE A INVENÇÃO DOS ANESTÉSICOS, A MEDICINA SEMPRE SE VOLTOU PARA A BUSCA DA MELHOR SUBSTÂNCIA PARA REALIZAÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO, SEJA DIAGNÓSTICO OU INTERVENCIONISTA. NA ENDOSCOPIA DIGESTIVA, ISSO NÃO É DIFERENTE E PARA ESTES PROCEDIMENTOS A BUSCA SEMPRE OCORRE POR DROGAS COM EFEITOS IMEDIATOS E DE RÁPIDA REVERSÃO. OBJETIVO O OBJETIVO DESDE ESTUDO É AVALIAR TANTO PARA O PACIENTE QUANTO PARA O MÉDICO ENDOSCOPISTA, AS MELHORES SUBSTÂNCIAS PARA REALIZAÇÃO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS. MÉTODO O MÉTODO UTILIZADO FOI A COMPARAÇÃO ENTRE UM GRUPO DE PACIENTES SUBMETIDO A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM O USO DE 50MCG DE FENTANIL ASSOCIADO A 3 A 5MG DE MIDAZOLAM, E OUTRO GRUPO SUBMETIDO A 50MCG DE FENTANIL JUNTO A 1 A 1,5MG / KG DE PROPOFOL. OS PACIENTES E O MÉDICO FORAM AVALIADOS APÓS CADA EXAME, UTILIZANDO-SE UMA ESCALA DE 0 A 10, ONDE 0 ERA CORRESPONDENTE A EXAME TOTALMENTE INSATISFATÓRIO E 10 ERA EXAME TOTALMENTE SATISFATÓRIO. O PERÍODO DE COLETA DE DADOS FOI ENTRE OS MESES DE ABRIL A JUNHO DE 2016. RESULTADOS O ESTUDO FOI FEITO ATRAVÉS DA ESCOLHA DE FORMA ALEATÓRIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EM UM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO NO ESTADO DO CEARÁ, DENTRE OS MESES DE ABRIL A JUNHO DE 2016. FORAM ESCOLHIDOS 128 PACIENTES, DESTES, 54% ERAM MULHERES E 46% HOMENS. EM 19% DOS INDIVÍDUOS, A MEDICAÇÃO FEITA JUNTO AO FENTANIL E A LIDOCAÍNA SPRAY FOI O PROPOFOL, SENDO QUE A DOSE INFUNDIDA VARIOU EM TORNO DE 1 A 1,5MG / KG, NESTE GRUPO QUE O EXAME FOI FEITO COM O PROPOFOL, OS PACIENTES RELATARAM UM GRAU DE SATISFAÇÃO MENOR QUE O MIDAZOLAM, UMA MÉDIA DE 7,5 E 7,7, RESPECTIVAMENTE PARA CADA FÁRMACO. JÁ PARA O EXAMINADOR, AS MÉDIAS OBTIDAS FORAM SUPERIORES E INVERSAS, 8,1 PARA O PROPOFOL E 7,8 PARA O MIDAZOLAM. CONCLUSÃO O ESTUDO MOSTROU UMA PEQUENA DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES E DOS EXAMINADORES ENTRE O USO DE MIDAZOLAM E O DE PROPOFOL, SENDO QUE UMA LIGEIRA VANTAGEM DE PARA O MIDAZOLAM NO CASO DOS PACIENTES E DO PROPOFOL NA VISÃO DOS EXAMINADORES. É DE CONSCIÊNCIA DESSE PESQUISADOR QUE SE FAZ NECESSÁRIO CONTINUIDADE DA PRESENTE PESQUISA PARA QUE POSSAMOS TER DADOS MAIS FIDEDIGNOS DA REALIDADE. TENDO SIDO FEITO PLANEJAMENTO PARA A CONTINUIDADE DE COLETA DE DADOS,

AUTORES: DANIEL PINHEIRO VIANA; PATRÍCIA GADELHA RATTACASO; SAMUEL MAGALHÃES GURGEL; RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; DANIEL DE PAULA PESSOA; MARCUS VALERIUS SABOIA RATTACASO; FRANCISCO PAULO PONTE PRADO JUNIOR; SAMUEL ENÉIAS PINHEIRO VIANA; FABRICIO SOUSA MARTINS;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS DE OLIVEIRA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

**DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DO SITUS INVERSUS TOTALIS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:
RELATO DE CASO**

O Situs Inversus Totalis (SIT) é uma condição congênita onde os órgãos do tórax e abdômen estão localizados em posição oposta para onde eles seriam normalmente encontrados. Basicamente consiste-se numa inversão de posição dos órgãos dentro do corpo, ficando localizados do lado oposto, como uma imagem de espelho. Cerca de 0,01% das pessoas são atingidas por essa anomalia, que é uma herança transmitida por genes autossômicos recessivos, sem predileção por sexo. Os indivíduos com SIT podem levar vidas saudáveis e normais, sem quaisquer complicações relacionadas com a sua condição médica. Muitas pessoas com SIT não têm conhecimento de sua anatomia incomum até que procure atendimento médico para uma condição não relacionada. O objetivo desse estudo é mostrar que a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) de maneira isolada pode identificar um paciente com SIT, em achados incidentais. JBR, natural de Bacabal-MA, 75 anos, masculino, com quadro de dor e queimação epigástrica, náuseas, vômitos e plenitude pós-prandial; Chegou ao serviço para realização de EDA. Realizada EDA em decúbito lateral esquerdo, com diagnóstico de esofagite edematosa distal, gastrite endoscópica de antro gástrico; O que chamou atenção no exame foi à total inversão das referências endoscópicas anatômicas como: grande curvatura voltada para direita e pequena curvatura para esquerda, orientados pelas pregas longitudinais, e bulbo duodenal apresentava seu vértice virado para esquerda, o que nos levou a suspeitar de SIT. Após o exame procuramos sua esposa perguntando se já haviam falado a respeito do caso pra eles e ela referiu que não; Solicitamos então radiografia de tórax e detectamos inversão da ponta do coração para direita. Logo fechamos o diagnóstico de SIT. A EDA pode, incidentalmente, ser um método diagnóstico do SIT, baseado na anatomia endoscópica das grandes e pequenas curvaturas, da direção das pregas longitudinais do corpo gástrico e na posição do cone duodenal.

AUTORES: Carleno da Silva Costa; Luiz Carlos Almeida Costa; Jorge Bichara Neto; Luigi Carlo da Silva Costa; Brenda dos Santos Minomo; Gabriella Saraiva Lopes; Adriana Cardoso da Silva;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE NEOPLASIA PRECOCE DE ESTÔMAGO

Paciente sexo feminino de 89 anos, com queixa de dispepsia. Realizou endoscopia digestiva alta em maio de 2016 que evidenciou uma lesão deprimida com bordas elevadas (IIc + IIa) em pequena curvatura de antro, cujo exame histopatológico diagnosticou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com focos pouco diferenciados. Realizada ressecção endoscópica submucosa com ressecção completa da lesão, sem complicações.

AUTORES: Marina Lordello Passos; Gustavo Luis Rodela Silva; Aureo Augusto de Almeida Delgado; Fabio Ramalho Tavares Marinho; Nelson Tomio Miyajima; Paulo Sakai; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: FMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DOENÇA DE MÉNÉTRIER: RELATO DE CASO EM ADULTO

OBJETIVO: relatar um caso de Doença de Ménétrier, uma condição rara e de difícil diagnóstico, com etiologia desconhecida. Descrita em 1888 por Ménétrier como gastropatia hipertrófica, é caracterizada pela tríade de pregas gigantes de corpo e fundo gástrico, hipoalbuminemia e hiperplasia foveolar. Mais comum em homens entre 40 e 60 anos, com potencial de se tornar maligna. **DESCRIÇÃO DO CASO:** paciente feminina de 55 anos, com quadro de epigastralgia, náusea e anemia grave. Realizado investigação através de endoscopia digestiva alta com presença de lesões vegetantes em corpo e fundo gástrico. Biópsia com adenoma túbulo-viloso e pesquisa para *Helicobacter pylori* positiva. Optado por realizar gastrectomia total. O anátomo-patológico da peça cirúrgica demonstrou hiperplasia oxíntica, foveolar com papilomatose difusa, padrão de adenoma tubular e viloso com metaplasia intestinal, sugestivo de Gastrite Hipertrófica de Ménétrier. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Doença de Menétrier apresenta um quadro clínico pouco específico, tornando-se difícil a suspeita diagnóstica. Pode evoluir com resolução do quadro espontaneamente ou até com adenocarcinoma. A etiologia ainda é obscura, porém há indicações que pode estar relacionada com infecção por *Helicobacter pylori*.

AUTORES: Vanessa Fernanda Frederico Munhos; Beatriz Eimi Yaedu; Dayane Cristine Quiroga Pugas Lopes; Luiz Miguel Mateus Sandin;

INSTITUIÇÃO: UNAERP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE RENAL EM PACIENTE COM CISTINOSE NEFROPÁTICA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Cistinose nefropática é doença congênita de herança autossômica recessiva que resulta em mutações ou deleções no braço curto do cromossomo 17 e gera acúmulo anormal de cistina intralisossomal. As desordens linfoproliferativas pós-transplante (PTLD) acometem, secundariamente, pacientes imunossuprimidos, na incidência de 0,7-4% dos transplantados, gerando, principalmente, doenças linfoproliferativas derivadas da linhagem das células B no trato gastrointestinal (TGI). **RELATO DE CASO.** EGC, 31 anos, masculino, portador de cistinose nefropática com comprometimento renal (transplantado aos 12 anos de idade), ocular, SNC e tireoide. Foi atendido no PS com dor epigástrica, plenitude gástrica precoce e melena e edema de membros inferiores. Hipóteses diagnósticas: síndrome anêmica (HDA), hepatoesplenomegalia e síndrome edemigênica. Endoscopia mostrou lesões elevadas e ulceradas, de aspecto infiltrativo, medindo entre 5 e 20 mm duodenais (img 1 e 2). Após exames de imagem, o PET-SCAN (img 3 e 4) apresentou múltiplos focos de maior metabolismo glicolítico em áreas de intestino delgado, linfonodos diafragmáticos, nódulos peritoneais e hepáticos. Diagnóstico de linfoma de grandes células B, com acentuada atividade proliferativa (KI-67 >90%) foi confirmado após punção dos nódulos hepáticos. Em razão da gravidade da doença o paciente foi a óbito após a início da quimioterapia. **DISCUSSÃO** A cistinose nefropática gera cristalização intracelular, disfunção e morte celular. Compromete rins, esclera, córnea, SNC e tireoide. O tratamento específico é feito com cisteamina, a qual converte cistina em cisteína, esta então pode ser retirada do lisossoma sem dificuldades. O tratamento paliativo, em caso de falência renal, faz-se com terapia de substituição renal (hemodiálise/transplante). O desenvolvimento de PTLD ocorre no TGI em 30% dos casos, sendo o linfoma difuso de grandes células B o mais comum, e está fortemente relacionado à intensidade e duração da imunossupressão, bem como à associação com infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). O tratamento é baseado na redução ou troca do agente imunossupressor, terapia antirretroviral para EBV, anticorpos monoclonais contra células B e quimioterapia com esquema CHOP (ciclofosfamida, hidroxirrubicina, vincristina e prednisona). Em decorrência do acometimento importante do TGI na PTLD, é necessária a investigação endoscópica destas lesões, tanto para avaliação quanto para obtenção de tecido para estudo anatomopatológico

AUTORES: Julio Cesar Martins Aquino; Elisa Ryoka Baba; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura; Flávio Hiroshi Ananias Morita; Nadia Korkischko; Marina Lordello Passos; Priscilla Cavalheiro Bonifácio; Mileine Valente Matos; Rodrigo Silva Paula Rocha; Maurício Kazuyos

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLINICAS FMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DOIS DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS RAROS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Hemobilia como causa de sangramento gastrointestinal alto é um evento raro. Na maior parte das vezes consequente a traumas iatrogênicos em procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos da via Hepatobiliar em 50% ou até 2/3 dos casos, tendo como causa mais rara a ruptura de aneurisma de ramos da artéria hepática em apenas 10% dos casos. Sua tríade clássica - Tríade de Quincke - inclui: Dor em hipocôndrio direito, icterícia e sangramento gastrointestinal, presente em somente 20% dos casos. Embora a endoscopia seja de suma importância para diagnosticar e tratar esses casos, a evidência de sangramento proveniente da Papila de Vater só é vista em aproximadamente 50% dos casos. OBJETIVO: Relatar dois casos de hemobilia em que foi possível detectar a causa de sangramento endoscopicamente, sendo visualizado e registrado sangramento através da Papila de Vater. Relato de caso1: Mulher, 32 anos, diagnosticada com apendicite aguda por TC de abdome é submetida à cirurgia. Durante ato cirúrgico não foi vista inflamação apendicular e a paciente foi submetida à inspeção da via biliar na suspeita de uma possível colecistite aguda. No pós operatório evoluiu com dor abdominal, elevação de transaminases e de enzimas canaliculares da via biliar, vindo a apresentar sangramento intestinal do tipo melena em grande quantidade 3 dias após a cirurgia. Solicitada endoscopia, durante a qual foi possível observar a saída de sangue através da papila. A paciente evoluiu com complicações infecciosas, vindo a falecer posteriormente. O diagnóstico de hemobilia traumático das vias biliares foi aventado. Relato de caso2: Paciente de 77 anos, diabético, hipertenso, procura a emergência com tonteadas e mal estar geral com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Durante a internação para investigação diagnóstica evoluiu com anemia, insuficiência renal aguda, instabilidade hemodinâmica e sangramento gastrointestinal do tipo melena, sendo solicitada endoscopia. Na endoscopia foi possível observar sangramento ativo, tipo babando (oozing) através da Papila de Vater. Neste caso em particular, foram notadas também lesões hemorrágicas planas, de forma mal definida, difusas, sem sangramento ativo durante o exame, salteadas por mucosa normal, em 2ª porção duodenal, possivelmente isquêmicas. Foi aventado o diagnóstico de Hemobilia consequente a aneurisma de artéria hepática e/ou Hepatite isquêmica. O paciente evoluiu com múltiplas complicações vindo a falecer

AUTORES: Rafael Pires QUINELLATO; Luiz Pinheiro Quinellato;

INSTITUIÇÃO: ASSISTENCIAL QUIMED QUINELLATO ENDOSCOPIAS LTDA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DOWNHILL VARICES : RELATO DE CASO

Introdução: downhill varices ou varizes esofágicas superiores são uma causa rara de varizes esofágicas, correspondendo de 0,4 a 11% do total e representa 0,1% das causas de sangramento por varizes de esôfago. Geralmente estão relacionadas a obstrução da veia cava superior devido a carcinoma broncogênico, massas tireoidianas, diferentes tipos de tumores do mediastino ou por trombose por vasculites sistêmicas. Em contraste com as varizes esofágicas distais causadas por hipertensão portal, estas varizes tem um fluxo retrógrado de sangue e estão localizadas no esôfago proximal. Nos casos de sangramento não é recomendado o tratamento por escleroterapia, principalmente naquelas varizes até 5 cm abaixo do esfíncter superior do esôfago, uma vez que o fluxo retrógrado de esclerosante através da veia ázigos poderia resultar em infarto medular ou do corpo vertebral. O tratamento definitivo baseia-se na resolução da causa da obstrução venosa e com desaparecimento das varizes na maioria dos casos. Relato de caso: Paciente de 94 anos, mulher, portadora de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, anemia e hipertireoidismo com bócio mergulhante. Procurou atendimento médico por quadro de vômitos refratários ao uso de medicação oral, evoluindo com disfagia inclusive para líquidos, desidratação e emagrecimento. Submetida a EDA, observando-se mucosa do terço superior do esôfago levemente tumefeita, varizes de fino e médio calibres, pouco tortuosas e azuladas. Realizou exames de imagem que evidenciaram volumosa massa cervical e mediastinal, provavelmente neoplásica. Não foi estendida a propedêutica ou realizado tratamento cirúrgico da lesão cervical e torácica, devido às condições clínicas e idade da paciente. Devido ao baixo risco de sangramento, foi optado por acompanhamento clínico, sem necessidade de terapêutica endoscópica. Conclusão: O diagnóstico suspeito de downhill varices em exame de rotina impõe investigação complementar de patologias cervicais e mediastinais, excluindo assim a necessidade de extensão da propedêutica para hipertensão portal. Devido a rara propensão a HDA, pode-se com segurança focar no tratamento da doença de base, não sendo necessário o tratamento endoscópico das varizes não sangrantes.

AUTORES: Ana Paula Bernardes de Faria; Laura Miranda Kilimnik; Israel Alves Rabello; Edivaldo Fraga Moreira; Paulo Fernando Souto Bittencourt; Patrícia Coelho Fraga Moreira; Luiz Ronaldo Alberti; Priscilla Pereira dos Reis;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FELICIO ROXO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

DRENAGEM ENDOSCÓPICA TRANSDUODENAL DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO SEM AUXÍLIO DE ECOENDOSCOPIA.

INTRODUÇÃO: O pseudocisto pancreático (PCP) é uma coleção fluida que persiste por pelo menos quatro semanas, intra ou peripancreática e completamente encapsulada por tecido não-epitelizado. Quando o PCP está associado a sintomas clínicos, a drenagem está indicada. Em serviços que dispõem de ecoendoscopia, as drenagens endoscópicas por via transmural devem preferencialmente ter o auxílio deste método. Para a realização da abordagem sem o auxílio da ecoendoscopia, é necessária presença de abaulamento gástrico ou duodenal.

OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente com PCP drenado endoscopicamente pela técnica transmural por janela duodenal sem ecoendoscopia. **RELATO DO CASO:** EHS, 31 anos, masculino, etilista crônico. Foi admitido na urgência com dor abdominal, vômitos e perda de peso. TAC de abdome evidencia formação expansiva cística de 15cm em seu maior diâmetro. EDA mostra abaulamento sugestivo de compressão extrínseca, em segunda porção duodenal. Decidido por drenagem endoscópica isolada. Aposicionada ligadura elástica na mucosa no ponto de maior abaulamento, seguido de mucosectomia da parede duodenal com alça diatérmica. Diérese por planos até identificação e abertura da cápsula do cisto com drenagem de 2500 ml de líquido achocolatado. Introdução do fio guia hidrofílico e teflonado 0,025 polegadas e dilatação com balão hidrostático até 15mm. Aposição de sonda nasogástrica Nº 20 para manter o pertuito pérvio e monitorizar o débito. Após o procedimento houve melhora dos sintomas. No 5º DPO foi realizada nova EDA para revisão e toalete da cavidade. Evoluiu com melhora clínica. Alta hospitalar no 8º dia pós procedimento. TAC de abdome em 8 semanas evidenciou PCP de dimensões acentuadamente reduzidas em relação a exame prévio. **CONCLUSÃO:** a drenagem transmural de PCP pela técnica endoscópica isolada mostrou-se uma alternativa terapêutica possível no paciente com abaulamento visível na segunda porção duodenal em locais que não dispõem de ecoendoscopia.

AUTORES: Marcos Paulo Gomes de Mattos; Gustavo José Carneiro Leão Filho; Thiago Guimarães Vilaça; José Luiz Figueiredo; Suênia França; Julyanne Luize de Lima Rios Castro; Maria Angélica S. Gomes; Duilio Cabral da Costa Neto; Márcia Rolim de Almendra Freitas; Giova

INSTITUIÇÃO: IMIP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA ANTRAL EM PACIENTE EM USO DE EVEROLIMUS

INTRODUÇÃO - ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA ANTRAL (GAVE) É UMA CAUSA INCOMUM MAS IMPORTANTE DE SANGRAMENTO DIGESTIVO, CARACTERIZADA POR UMA APARÊNCIA ENDOSCÓPICA DE FAIXAS ERITEMATOSAS TRANSVERSAIS PARALELAS NO ANTRO GÁSTRICO. GAVE TEM SIDO ASSOCIADA A CIRROSE HEPÁTICA, INSUFICIÊNCIA RENAL, TRANSPLANTE DE MEDULA, LUPUS, HIPERGASTRINEMIA, ENTRE OUTRAS DOENÇAS. APESAR DE INCOMUM, EVENTOS HEMORRÁGICOS PODEM ESTAR ASSOCIADOS AO USO DE INIBIDORES DE MTOR, COMO O EVEROLIMUS, USADO PARA IMUNOSSUPRESSÃO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO. OBJETIVO - RELATAR O CASO DE UMA PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DEVIDO ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA ANTRAL APÓS USO DE EVEROLIMUS COMO TERAPIA PARA NEOPLASIA DE MAMA. METODOLOGIA - REVISÃO DE PRONTUÁRIO, RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS E LAUDOS ENDOSCÓPICOS. RELATO DE CASO - MULHER, 60 ANOS, DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE MAMA ESQUERDA EM 2012, ESTADIO IIIA, MASTECTOMIA BILATERAL EM 2012. POSTERIOR PROGRESSÃO DE DOENÇA PARA FÍGADO E OSSO. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA PRÉVIAS, EM USO DE EXEMESTANO E EVEROLIMUS. INTERNADA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA NO DIA 01/01/16 COM QUEIXA DE ASTENIA, APRESENTANDO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NA INTERNAÇÃO E LABORATORIALMENTE EVIDENCIADOS ANEMIA E PLAQUETOPENIA. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA APRESENTANDO SANGRAMENTO EM ÁREAS DE ERITEMA EM FAIXA EM REGIÃO DE ANTRO GÁSTRICO, COMPATÍVEL COM GAVE. SUSPENSO O TRATAMENTO COM EVEROLIMUS, REALIZADA TERAPIA DE SUPORTE, TRANSFUSSÃO DE PLAQUETAS E HEMÁCIAS E LIGADURAS ELÁSTICAS NAS ÁREAS DE GAVE. ÓBITO NO DIA 28/01/16 POR COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS, ANTES DA REAVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA TERAPIA EMPREGADA, MAS SEM EVIDÊNCIA CLÍNICA E LABORATORIAL DE RESSANGRAMENTO APÓS A INTERVENÇÃO. DISCUSSÃO - O USO DE INIBIDOR DE MTOR PODE LEVAR A SANGRAMENTOS COMO EFEITO COLATERAL, O QUE TRAZ CONSEQUÊNCIAS GRAVES SE A RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO NÃO FOR IDENTIFICADA E A MEDICAÇÃO DESCONTINUADA. HÁ RELATOS DE CASOS DE PACIENTES COM SANGRAMENTO DIGESTIVO POR GAVE EM USO DE EVEROLIMUS PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE MAMA, SIMILARES AO DESCRITO NESSE RELATO. ALÉM DA SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO, TERAPIAS ENDOSCÓPICAS SÃO ÚTEIS NO CONTROLE DO SANGRAMENTO. O TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE GAVE PODE EXIGIR MULTIPLAS SESSÕES ATÉ QUE SE ATINJA O RESULTADO ESPERADO. A ABORDAGEM PODE SER REALIZADA COM TERAPIA COM PLASMA DE ARGÔNIO OU LIGADURAS ELÁSTICAS. ESTUDO RECENTE DEMONSTROU QUE A SEGURANÇA ENTRE OS MÉTODOS É SIMILAR, COM MELHOR EFICÁCIA DA LIGADURA ELÁSTICA NO CONTROLE DE GAVE NOS PACIENTES CIRRÓTICOS.

AUTORES: ALVARO MODESTO DA SILVA RODRIGUES NETO; RAQUEL FRANCINE BUNDCHEN ULLMANN; TALLES BORGES PEREIRA; CLAUDIA RORIZ DE QUEIROZ; RICARDO JACARANDA DE FARIA; VINICIUS MACHADO DE LIMA; ANA CAROLINA BENVINDO LOPES; FABIO SANTANA BOLINJA RODRIGUES;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ENTEROPATIA HIPERTENSIVA PORTAL COM SANGRAMENTO ATIVO EM PACIENTE COM TROMBOSE DE VEIA PORTA: RELATO DE CASO

Introdução: Hipertensão portal (HP) pode causar alterações em todo o trato gastrointestinal. No intestino delgado, as alterações observadas na mucosa são chamadas de enteropatia hipertensiva portal (EHP), que pode se manifestar como edema, perda do padrão vascular, friabilidade, mucosa em mosaico com ou sem sinais da cor vermelha, ectasia vascular, varizes ou enteropatia polipóide hipertensiva. Relatamos caso de EHP caracterizada por ectasia vascular em bulbo duodenal com sangramento recorrente e anemia. Relato de Caso: Paciente feminina, 79 anos, com diagnóstico de hipertensão portal por trombose de veia porta, em profilaxia primária de hemorragia digestiva alta com ligadura elástica de varizes esofágicas de grosso calibre, apresentando em exame endoscópico de investigação de anemia em 2012 presença de ectasias vasculares, arboriformes, em parede anterior do bulbo. Em 2013, após melena de repetição, endoscopia evidenciou sangramento ativo da EHP, sendo tratada com hemostasia química com adrenalina, em outro serviço. Acompanhada com sucessivos exames que mostraram varizes esofágicas de fino calibre, gastropatia hipertensiva portal e ectasia vascular antral, até 2016, quando apresentou novamente sangramento ativo pela lesão bulbar, sendo realizadas três sessões de coagulação com plasma de argônio. Discussão: EHP deve ser suspeitada quando há sangramento intestinal ou anemia no paciente com HP que não pode ser explicado por causas mais comuns. O advento da enteroscopia e da cápsula endoscópica permitiram maior precisão desse diagnóstico, com prevalência variando de 15% a 82% em pacientes cirróticos. Existem várias formas de apresentação da EHP e seu aparecimento está relacionado com a duração e a etiologia da HP. Não há um consenso sobre o tratamento das lesões da EHP, mas coagulação com plasma de argônio é geralmente a escolha nas lesões vasculares. No caso apresentado, a paciente foi tratada com argônio e manteve-se assintomática desde então. Conclusão: Em pacientes com HP e hemorragia digestiva ou anemia não justificada por varizes esofagogástricas ou por gastropatia hipertensiva portal, EHP deve ser considerado na avaliação diagnóstica. O tratamento da EHP ainda não foi padronizado e deve ser individualizado de acordo com a gravidade da hemorragia, acessibilidade endoscópica, estabilidade do paciente e experiência do médico, sendo a hemostasia com argônio opção eficaz e de fácil aplicação nas lesões vasculares.

AUTORES: THAIS MANSUR GHETTI COSTA; LINCOLN EDUARDO VILELLA VIEIRA DE CASTRO FERREIRA; AÉCIO FLÁVIO MEIRELLES DE SOUZA; NATHALIA CASTRO DE ABREU PEIXOTO; SIMONE SILVEIRA VALADARES DE PAULA; BRUNO GUEDES NOGUEIRA; LIZE MACIEL PINHEIRO GUIMARÃES; LAURA COTTA ORNELLA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ESTENOSE ESOFÁGICA CÁUSTICA REFRACTÁRIA A TRATAMENTO ENDOSCÓPICO E CIRÚRGICO

RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A ingestão de substâncias cáusticas, de forma voluntária ou acidental, pode provocar graves lesões no tubo digestivo, principalmente no esôfago e estômago, condicionando importante morbidade e mesmo mortalidade. A manifestação tardia mais comum é a estenose esofágica, cujo pico de incidência ocorre aos 2 meses (80% dos pacientes), embora possa surgir após vários anos. **RELATO DE CASO** W.C.L., sexo masculino, 30 anos. Ausência de comorbidades e uso de medicações crônicas. Ingestão proposital de soda cáustica em 06/2013 evoluindo com estenose esofágica. Durante a terceira dilatação endoscópica verificou-se uma perfuração esofágica, com indicação de esofagostomia, esofagectomia parcial e gastrostomia. Submetido posteriormente em 02/2015 à esofagogastroplastia (reconstrução do trânsito com interposição gástrica). Durante acompanhamento médico foi submetido a 11 sessões de dilatação endoscópica (intervalos de 2 a 3 semanas entre os procedimentos, utilizando-se balão hidrostático ou velas de Savary); 3 aplicações locais de triancinolona; além do uso por 4 semanas de prótese metálica auto-expansível totalmente recoberta, com 23x28mm e 12 cm de extensão e por 6 semanas de prótese metálica recoberta, com 23X 28mm e 15,5 cm de extensão; com 4 sessões de dilatação endoscópica entre as duas próteses. Evolui em todas as condutas anteriores com disfagia e estenose esofágica, sendo encaminhado para nova avaliação cirúrgica e provável planejamento de interposição do cólon. **DISCUSSÃO** Existem várias opções terapêuticas descritas para estenoses esofágicas cáusticas, principalmente dilatação endoscópica, próteses esofágicas, injeção de corticoides e cirurgia. A dilatação esofágica é a primeira opção terapêutica e o uso de velas deve ser considerado especialmente para estenoses longas, múltiplas e tortuosas. A taxa de perfuração é de 0,5% para dilatação endoscópica e até 10 a 50% dos paciente acabarão necessitando de intervenção cirúrgica. Ressecção do esôfago com anastomose esofagogástrica, esofagojejunostomia ou interposição do cólon podem ser consideradas. **CONCLUSÃO** Visto à refratariedade do quadro estenótico aos múltiplos tratamentos realizados - inclusive cirúrgico - uma opção terapêutica possível é a reconstrução cirúrgica com transposição do cólon, por ser a alternativa que oferece os melhores resultados em centros de referência, com baixa morbidade e mortalidade quando realizada por cirurgiões experientes.

AUTORES: Rafael Magnanti; Saulo Santana d'Avila Melo; Estela Tebaldi Batista; Marcelo Locio Bispo; Felipe Mafioletti Padilha; Ermelindo Della Libera Junior; Stephan Geocze;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ESTRONGILOIDIASE DUODENAL

Introdução: Estrongilodíase é causada pelo helminto *Strongyloides stercoralis*, endêmico nas regiões tropicais e subtropicais. Normalmente se apresenta na forma assintomática, apenas com eosinofilia. No entanto, pode-se apresentar sob formas graves, principalmente em pacientes imunocomprometidos, incluindo sepse e morte. Os sintomas gastrointestinais mais comuns resultam do acometimento do intestino proximal e incluem náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e dor abdominal. A tentativa de diagnóstico inicial deve ser pelo parasitológico de fezes, podendo também para isso realizar uma endoscopia digestiva alta com biópsia da região acometida, podendo chegar a uma taxa de diagnóstico de cerca de 90%. Os principais achados na endoscopia são ulcerações, gastrite e duodenite. **Objetivos e Métodos:** Relatar um caso de estrongilodíase duodenal e discutir o caso com base em revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, em investigação para uma síndrome consumptiva, com perda de peso e náuseas procurou o serviço de endoscopia do Hospital Geral César Cals para realizar esofagogastroduodenoscopia, que evidenciou gastrite enantematosa moderada e duodeno com pontilhado branco de caráter inespecífico. Realizou teste da uréase e biópsia da segunda porção com achado de moderado infiltrado inflamatório com estruturas compatíveis com *Strongyloides stercoralis*. Realizou o tratamento com albendazol por 3 dias, com melhora importante dos sintomas. **Discussão e Conclusão:** Estrongilodíase está presente no mundo todo, principalmente em áreas rurais e com baixas condições sanitárias. A infecção ocorre quando a larva filariforme penetra a pele a partir do solo ou de outros objetos contaminados com fezes humanas. A fêmea adulta parasita o duodeno e o jejuno, pondo ovos que são eliminados nas fezes, fechando o ciclo. Normalmente, no duodeno confere o aspecto de pontilhados brancos, de caráter inespecífico, mas pode se apresentar na forma de nódulos e até massas maiores causando obstrução intestinal. O tratamento pode ser realizado com derivados imidazólicos (Albendazol, Mebendazol, Tiabendazol) ou Ivermectina. Não sabemos a prevalência dessas parasitoses em nosso meio, mas o caso apresentado serve para ilustrar que não podemos esquecer-las como diagnóstico diferencial diante desse tipo de paciente, uma vez que é facilmente tratada e apresenta boa resolução dos sintomas.

AUTORES: SAMUEL MAGALHAES GURGEL; FRANCISCO PAULO PONTE PRADO JUNIOR;
RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; DANIEL DE PAULA PESSOA; DANIEL PINHEIRO VIANA;
ANA ELIZABETH CAVALCANTI JORGE DE PAIVA; ANANDA NOGUEIRA LOIOLA; JOAO PAULO
UCHOA FONTENELE; JOAO PEDRO CARLOS DE O
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

EXPERIÊNCIA NA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE GOIÂNIA.

Introdução: A obesidade é um importante e emergente problema de saúde pública; portanto, para o seu controle e tratamento, é imperioso o desenvolvimento de modalidades terapêuticas, preferencialmente pouco invasivas e reversíveis. O balão intragástrico (BIG) caracteriza-se como terapêutica minimamente invasiva, assume um papel intermediário em relação aos riscos e baseia-se na capacidade de reduzir a capacidade de reserva gástrica, causando uma sensação de saciedade precoce. **Objetivo:** Determinar a efetividade do BIG, numa série de pacientes obesos [índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m²]. **Casística:** 37 pacientes submetidas à colocação de BIG. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram avaliados os pacientes submetidos à colocação do BIG. Foram colhidos dados sociodemográficos, antropométricos e comorbidades. Os dados foram analisados através do programa Epi Info 3.5.2, o erro alfa foi fixado em 5%. **Resultados:** O estudo avaliou os resultados de 37 pacientes submetidas à colocação de BIG. Nove (24%) pacientes foram excluídas do estudo, por terem retirado precocemente o balão por intolerância gástrica. Os 28 pacientes restantes compuseram nosso grupo de estudo, com média de idade de 41 ± 10,9 anos (21-61 anos) e o tempo médio de permanência do balão foi de por de 194 ± 28,7 dias (105-202 dias). A média de peso antes da colocação do BIG era de 143,5 ± 48,3 kg (85-320kg) e o IMC de 52,5 ± 14,2 Kg/m² (33,5-91,5Kg/m²). Após a retirada do balão, pesavam em média 128 ± 43,2 kg (63,7-278kg), com IMC de 47 ± 12,7 Kg/m² (25,8-79,5Kg/m²) (p<0,0001). Portanto, o procedimento gerou uma redução média no peso de 15,8 ± 11 kg (2,2-47,3kg) e no IMC de 5,5 ± 3,9 Kg/m² (0,7-18,3Kg/m²). A porcentagem de perda de peso média foi de 11,1 ± 6,7% (1,4-25%). Relacionando os dados do IMC antes do BIG com a perda de peso, verificou-se a inexistência de correlação entre maior IMC e maior perda ponderal. O mesmo ocorreu quando se relacionou peso antes do BIG com a perda de peso. Não houve diferença na perda de peso, de acordo com a idade (p=0,5). **Conclusão:** O BIG mostrou-se ferramenta eficaz e segura na perda de peso em pacientes obesos.

AUTORES: Laize Mariane Gonçalves Silva Castro; Américo de Oliveira Silverio; Bianca Rodrigues Rebelo; Daniela Medeiros Milhomem Cardoso; Giovana Ferraz Cavalcanti; Maira Costa Cabral; Paula Malagoni Oliveira;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

GASTRITE EOSINOFÍLICA - APRESENTAÇÃO DE CASO E CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL E COM AS IMAGENS ENDOSCÓPICAS

A Gastrite Eosinofílica é uma entidade extremamente rara. As manifestações clínicas e os achados de imagem são incomuns, o que torna o diagnóstico difícil. A endoscopia é considerada como o método de escolha para o diagnóstico, mas os achados podem ser muito variáveis e inespecíficos. O objetivo é apresentar as imagens endoscópicas sugestivas do diagnóstico e debater sobre as correlações com a tomografia computadorizada e anatomia patológica. Trata-se do caso da paciente NE, sexo feminino e 71 anos de idade que além de obesidade, previamente era portadora de grande hérnia hiatal com lesões erosivas causadas pelo refluxo gastroesofágico (esofagite grau C de Los Angeles), esboço de subestenose e sem resposta ao tratamento com IBP. Oito meses antes fora submetida a uma cirurgia para correção desta hérnia hiatal, da qual resultou disfagia que foi melhorando progressivamente. Seis meses após a cirurgia e já na fase de recuperação de uma recente infecção viral, a paciente passou a apresentar náusea e vômitos pós-prandiais e sensação de peso no epigástrico. Exames laboratoriais foram inexpressivos, inclusive marcadores imunológicos. Tomografia Computadorizada Abdominal revelou espessamento da parede gástrica. O exame endoscópico constatou uma lesão que envolvia o fundo e corpo gástrico, mas poupava a superfície mucosa da região antral. A lesão se caracterizava por extensas erosões com áreas aparentemente epitelizadas, além de espessamento de dobras e friabilidade. Biópsias demonstraram um processo inflamatório erosivo em mucosa corporal com acentuada atividade, hiperplasia foveolar e leve eosinofilia. Passadas três semanas, o hemograma mostrou notável eosinofilia (17,1%), sendo que o anterior havia sido normal (eosinófilos 5,9%). Ao longo dos dois meses seguintes a paciente teve um emagrecimento de cerca de 20 kg, mas depois estabilizou o peso corporal. Conclusão - Em face destes achados, foi considerado um diagnóstico sugestivo de Gastrite Eosinofílica, ficando ainda a dúvida que se tratasse de uma condição exclusiva que envolvia o estômago ou predominante neste órgão, podendo expressar-se também no esôfago e/ou nos intestinos, porquanto a Gastroenterite Eosinofílica e a Esofagite Eosinofílica são reconhecidas com maior frequência na prática clínica e na literatura. Quanto a natureza da condição atual, o diagnóstico presuntivo foi de processo alérgico, possivelmente relacionado a algum alimento.

AUTORES: Giovani A. Bemvenuti; Eduardo Sprinz; Geraldo Geyer; Rogerio B. Tovar;

INSTITUIÇÃO: CONSULTORIO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

GASTROPATIA ISQUÊMICA - RELATO DE CASO

Introdução: A isquemia gástrica é um achado incomum em razão do rico suprimento sanguíneo do órgão. Este fenômeno pode ocorrer em consequência da insuficiência vascular difusa ou localizada causada por diversas etiologias, tais como hipotensão sistêmica por choque ou sepse, vasculite, tromboembolismo, pós-intervenções cirúrgicas ou endoscópicas e dilatação gástrica aguda. Objetivo: Relatar caso de paciente apresentando pneumatose gástrica, presença de ar na veia porta e aerobilia secundários a gastropatia isquêmica. Relato de Caso: UMJ, 78 anos, feminino, portadora de obesidade, hipertensão arterial, asma e insuficiência cardíaca congestiva. Paciente foi admitida na emergência em abril/2016 com quadro de tosse produtiva e dispnéia aos mínimos esforços, hipoxêmica, taquipneica e taquicárdica. Rx de tórax apresentava congestão e área cardíaca aumentada. Iniciadas medidas para crise de asma grave e edema agudo de pulmão. Paciente evoluiu refratária às medidas iniciais, necessitando de intubação orotraqueal. Apresentou após o procedimento quadro de enfisema subcutâneo em face e região cervical, sem evidência de pneumotórax na radiografia. Broncoscopia e TC tórax demonstraram lesão linear de 2,5cm próximo à carina, sem fístula traqueoesofágica, manejado com tratamento conservador. Durante internação paciente evoluiu com sepse associada à ventilação mecânica e hematúria, sendo realizada TC de abdome para investigação que evidenciou: espessamento da parede gástrica principalmente na pequena curvatura, aerobilia em lobo hepático esquerdo, ar na veia porta e pneumatose gástrica. Realizada EDA que revelou extenso enantema em faixa no corpo e fundo gástrico, sem evidência de necrose, com nítida delimitação para a mucosa normal em antro e pequena curvatura. Biópsia demonstrou edema superficial e congestão. Repetida endoscopia em uma semana com resolução das alterações. Paciente evoluiu com melhora clínica progressiva e desmame ventilatório após antibioticoterapia e suporte hemodinâmico. Revisão da literatura revela casos de gastropatia isquêmica com achados endoscópicos semelhantes, associados a aeroportograma e pneumatose gástrica de diferentes etiologias, podendo ocasionar necrose e perfuração do órgão nas apresentações mais graves. No caso relatado os achados provavelmente foram causados por dilatação aguda da câmara gástrica durante manobras de intubação e ventilação não invasiva, além do posterior quadro de sepse, com comprometimento do fluxo sanguíneo da mucosa.

AUTORES: Felipe Mafioletti Padilha; Marileni Kogempa; Clovis Massayuki Kobata; Benedito Herani Filho; Saulo Santana d'Avila Melo; Estela Tebaldi Batista; Rafael Magnanti; Marcelo Lócio Bispo; Stephan Geocze; Ermelindo Della Libera Junior;

INSTITUIÇÃO: UNIFESP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA - SÉRIE DE CASOS

INTRODUÇÃO: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) foi introduzida em 1980, por Gauderer, como via alternativa de alimentação enteral. Garante aporte nutricional em pacientes que apresentam o trato gastrintestinal (TGI) funcionando, mas inaptos à alimentação via oral. A manutenção de sondas nasogástricas por períodos maiores de um mês estão associados a maiores complicações. Por isso, costuma-se indicar a PEG em pacientes que necessitem de aporte nutricional por períodos maiores de um mês. **OBJETIVO:** Avaliar as gastrostomias endoscópicas percutâneas realizadas no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. **MÉTODOS:** Foram revisados 127 prontuários de pacientes submetidos à PEG. Avaliaram-se os pacientes conforme idade, gênero, indicações e complicações do procedimento. **RESULTADOS:** Dentre os 129 pacientes, 66 eram homens (51,97%) e 61 eram mulheres (48,03%), sendo a idade média dos pacientes 72,49 anos. Os motivos que levaram a equipe de terapia nutricional indicar o procedimento foram: doença cerebrovascular (49,6%), doença de Alzheimer (22,04%), doença de Parkinson (3,94%), neoplasias de orofaringe (7,87%), neoplasia de esôfago (3,37%), trauma crânioencefálico (3,15%), DPOC (3,37%), insuficiência cardíaca congestiva (1,58%), divertículo de Zenker sem condições cirúrgicas (0,78%) e outras doenças neurológicas (6,3%). Em relação às complicações, 2,3% dos pacientes apresentaram infecção da ostomia. **CONCLUSÃO:** Apesar de consistir em um procedimento de fácil realização, realizado apenas com sedação simples e com poucas complicações, existem contra-indicações absolutas e relativas. As absolutas incluem: situações obstrutivas do TGI; gastrectomias prévias, que dificultam a aproximação da parede anterior gástrica à parede abdominal; situações de difícil transiluminação gástrica (ascite, hepatoesplenomegalia e obesidade mórbida). As relativas incluem: doenças neoplásicas, infiltrativas e inflamatórias, devido à possibilidade de sua disseminação no trajeto de punção; paciente com cateteres de diálise peritoneal ou de derivação ventrículo peritoneal, afinal há risco de peritonite; doenças respiratórias graves, devido à dificuldade de realização do procedimento. Literaturas sugerem que complicações menores ocorrem em menos de 7% dos casos, o que está dentro da percentagem deste serviço. Além disso, há controversas se a PEG aumenta sobrevida ou se apenas melhora qualidade de vida.

AUTORES: Rafael Sartori Balbinot; Morgana Luísa Longen; Bruna Teston Cini; Crisli Preusler Chiaradia; Ornella Wilke; Mônica Vedana; Jonathan Soldera; Silvana Sartori Balbinot; Raul Angelo Balbinot; Alana Zulian Terres;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA AMBULATORIAL, PELOS MÉTODOS DE TRAÇÃO (GAUDERER-PONSKY) E INTRODUÇÃO (RUSSELL), EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Introdução: GEP é o procedimento de escolha para acesso alimentar prolongado em pacientes com TGI íntegro e funcional, porém com impossibilidade ou dificuldade de deglutição. A comparação das diferentes técnicas endoscópicas mostra que todas são equivalentes em termos de segurança e taxa de sucesso. Diversos autores sugerem, entretanto, que o método de introdução, por ser o único que evita a passagem transoral da sonda, resulta em menores taxas de infecção do estoma e que, no caso de pacientes portadores de CCP, também reduz o risco de implante metastático no local de punção. Apesar destas considerações, os dados da literatura são conflitantes na comparação dos resultados obtidos, não havendo consenso estabelecido sobre o tema. Objetivos: Comparar as técnicas de tração e de introdução para realização de GEP, em caráter ambulatorial, em pacientes com CCP. Materiais e Métodos: Ensaio clínico randomizado. Resultados: Um total de 60 pacientes (48 homens e 12 mulheres) foram submetidos a GEP, 30 pela técnica de tração e 30 pela de introdução, todos em caráter ambulatorial. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação a distribuição de gênero, idade, presença de comorbidades e condições associadas (uso de SNE, trismo, cirurgia abdominal prévia), tipo e localização de tumor, estadiamento e tratamento. Não houve diferença significativa na frequência de complicações gerais do procedimento entre as técnicas de tração e introdução (70% x 76,7%, $P=0,771$). Em relação ao tempo de ocorrência, a técnica de tração apresentou menor frequência de complicações imediatas (0% x 23,3%, $P=0,011$), mas não houve diferença entre complicações precoces (10% x 6,7%, $P=1,000$) ou tardias (70% x 63,3%, $P=0,785$). Em relação a gravidade, não houve diferenças significativas entre as técnicas de tração e introdução para complicações maiores (3,3% para ambas, $P=1,000$) ou menores (70% x 76,7%, $P=0,711$). A duração média do procedimento pela técnica de tração foi de 17,60 minutos contra 32,13 minutos para a técnica de introdução ($P<0,001$). Conclusão: A comparação entre as duas técnicas não mostrou diferenças significativas na frequência e nos tipos de complicações, mas a técnica de introdução tem uma duração do tempo de procedimento significativamente maior. A realização da GEP, em caráter ambulatorial, é segura para ambas as técnicas.

AUTORES: Fernanda Argolo; Juliana Delgado; Rolantre Lopes da Cruz; Caroline Sauter Dalbem; Crislei Casamali; Ricardo Dardengo; Daniela Barletta; Tassiana Cardozo de Carvalho; Alexandre Pelosi; Gustavo Mello;

INSTITUIÇÃO: INCA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

HAMARTOMA CAUSANDO SUBOCCLUSÃO DE GASTROJEJUNOANASTOMOSE EM PACIENTE PÓS GASTROPLASTIA VERTICAL COM DERIVAÇÃO EM Y-DE-ROUX: RELATO DE CASO

Introdução: Tumores benignos e malignos do intestino delgado são raros, contribuindo com 3 a 6% das neoplasias gastrointestinais. Hamartomas benignos do intestino delgado são geralmente assintomáticos, mas podem levar a sangramento crônico e obstrução intestinal por intussuscepção. São mais frequentemente encontrados no jejuno, embora possam também aparecer no íleo e duodeno. No exame endoscópico ou com cápsula são encontrados como pólipos adenomatosos mas contêm elementos mioepiteliais distintos, formados a partir de crescimento exagerado da parede do intestino delgado. Apesar de possuírem baixa taxa de degeneração maligna, uma vez diagnosticados, devem ser removidos cirúrgica ou endoscopicamente. Relato de Caso: A.S.S.A., feminino, 36 anos, admitida no PS com quadro de dor abdominal e vômitos há 10 dias, levando a quadro de desidratação. Submetida há cerca de 6 meses a gastroplastia vertical com derivação em Y-de-Roux (GVDYR). Endoscopia digestiva alta mostrou pólipos pediculado e friável, com cerca de 2,5 cm, causando suboclusão da luz intestinal, em topografia de anastomose gastrojejunal, em mucosa jejunal junto à alça eferente. Realizada remoção da lesão com auxílio de alça de polipectomia e após injeção salina profilática na submucosa, junto à base do pedículo, sem intercorrências. Estudo anatomo-patológico revelou lesão hamartomatosa de jejuno. Não houve complicações relacionadas ao procedimento. Paciente evoluiu satisfatoriamente, com regressão total dos sintomas, recebendo alta hospitalar após 48 horas. Posteriormente, a paciente foi submetida a enteroscopia de balão único para avaliação do estômago excluído, alça alimentar e alça biliar-pancreática, não se evidenciando outros pólipos. Conclusão: Apesar de raro, o hamartoma deve ser incluído no diagnóstico diferencial das lesões que podem levar à obstrução intestinal. Como mostrado neste caso, deve também ser incluído como possível causa de vômitos e suboclusão em pacientes submetidos a GVDYR. A EDA e a enteroscopia com balão são os exames de escolha para avaliação diagnóstica e tratamento destes pacientes.

AUTORES: Adriana Costa Genzini; Graziela Machado Bomfim; Roberta S. Sune; Cid R. Araújo; Patricia de Paulo Rocha Thudor Dragojevic; Claudio Luiz Lourenço de Souza Junior; Wagner Kenro Takahashi;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL BANDEIRANTES E REDE PREVENT SENIOR

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO EM CRIANÇAS ▯ EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

A ingestão de corpo estranho é um problema comum na faixa etária pediátrica. O objetivo deste trabalho é analisar os aspectos clínicos, epidemiológicos e complicações de crianças submetidas à endoscopia digestiva alta (EDA) devido à ingestão de corpo estranho (CE). Foi realizada análise retrospectiva de todas as EDAs realizadas entre 2011 e 2015 em serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Pediátrica, cuja indicação foi ingestão ou suspeita de ingestão de CE. No período foram realizadas 413 exames por este motivo. A idade dos pacientes variou de 1 mês e 25 dias a 13 anos e 5 meses. O tempo médio de evolução até a realização da EDA foi de 2,3 dias. A maioria dos pacientes estava assintomático. Setenta e quatro por cento dos CEs eram de origem metálica. Os mais frequentes foram moedas (239 -57,8%), seguidos por baterias (20 - 4,9%). Em 58 exames (14%) o CE não foi visualizado. CE alimentar (2,6%) foi encontrado apenas em crianças com história pregressa de atresia esofágica. Sonda magnética foi utilizada para a retirada da maioria das moedas (85,7%). Foram observadas reações inflamatórias locais em 6,4% dos casos. Estenose esofágica ocorreu em 2 pacientes. Um paciente foi a óbito 25 dias após ingestão de CE perfurante devido à fístula aorto-esofágica. A ingestão de corpo estranho é mais comum abaixo dos 5 anos de idade. A maioria é composta por moedas e a sonda magnética permite a retirada menos traumática e mais barata. Baterias e objetos pontiagudos são responsáveis pela maioria das complicações, ainda que a prevalência seja baixa.

AUTORES: Danielle Reis Yamamoto; Arlene Vanzella Ribeiro; Luciana Bandeira Mendez Ribeiro; Giovana Stival da Silva; Mario César Vieira; Débora Lizandra Carneiro Kirchner; Sabine Kruger Truppel;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ISQUEMIA GÁSTRICA FULMINANTE: UMA RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Introdução: A isquemia gástrica é quadro muito grave que se apresenta de forma pouco frequente na prática médica diária, associada a altas taxas de mortalidade. O principal sintoma é dor abdominal, porém seu espectro de apresentação clínica é variável e depende da extensão e da velocidade de instalação do quadro, sendo o diagnóstico e tratamento precoces fundamentais para alterar o curso da doença. Objetivo: Descrever caso de uma paciente que apresentou hemorragia digestiva alta secundária à isquemia gástrica. Relato de caso: Apresentamos o caso de uma paciente de 72 anos, caucasiana, tabagista, portadora de neoplasia intra-epitelial cervical de alto grau, com história prévia de amputação em membro inferior esquerdo por doença arterial periférica e acidente vascular isquêmico. Entrou no serviço, em Março de 2016, com queixa de queda do estado geral, dor abdominal importante e constipação há três dias. Apresentava-se hipocorada, taquicárdica, com extremidades frias e pulsos finos. Realizado a passagem de sonda nasogástrica com retorno de grande quantidade de conteúdo escurecido com sangue e toque retal com presença de sangue. Solicitado TC de abdome com contraste que evidenciou trombose parcial da aorta abdominal com estenose de diversos ramos e reperfusão distal, veia cava de calibre diminuído, tronco celíaco não visibilizado, espessamento de parede da primeira porção duodenal e imagens em baço sugestivas de infarto esplênico. Realizado endoscopia digestiva alta, em que foi visibilizado áreas enegrecidas de permeio às áreas esbranquiçadas com aproximadamente dez centímetros de diâmetro, sangramento em porejamento difuso e grande quantidade de estase gástrica sanguinolenta, sugestiva de isquemia gástrica. Paciente evoluiu com hipotensão, bradicardia, insuficiência respiratória e posterior óbito. Conclusão: A isquemia gástrica é um quadro grave e infrequente devido a rica vascularização do estômago, proveniente de ramos do tronco celíaco e artéria mesentérica superior com múltiplas anastomoses e colaterais. Está associado à doença aterotrombótica, principalmente em idosos e com fatores de risco para doença cardiovascular, em especial naqueles com história prévia de outros eventos isquêmicos. Observa-se, devido a gravidade deste enfermidade, a importância da suspeita clínica precoce, possibilitando tratamento adequado e melhor sobrevida destes pacientes.

AUTORES: Danielle Patriota Sampaio; Carla Luiza de Souza Aluizio; André Silva Battagin; Bárbara Rubira Correa; Gabriel Luís Ferreira; José Olympio Meirelles dos Santos; Ciro Garcia Montes;

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

LEISHMANIOSE VISCERAL RECIDIVANTE DIAGNOSTICADA ATRAVÉS DE BIÓPSIA DUODENAL EM PACIENTE COINFECTADO COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV).

INTRODUÇÃO A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença infecto-contagiosa que acomete o sistema fagocítico mononuclear caracterizada pela tríade clássica: febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Vem sendo considerada doença emergente quando ocorre em coinfeção com HIV e induz um aumento tanto da taxa de letalidade como do número de recidivas da LV. **OBJETIVO** Relatar caso de um paciente portador do HIV em tratamento clínico, com recidiva de leishmaniose visceral diagnosticada através de biópsia duodenal. **RELATO DE CASO** Homem, 39 anos, diagnóstico simultâneo em 2012 de retrovírose e LV. Encontra-se em tratamento para retrovírose com tenofovir, lamivudina e atazanavir, com atual carga viral não detectada e CD4 de 70 céls/ul, tendo recebido ciclo de anfotericina B lipossomal para LV e posterior profilaxia secundária contínua. O paciente apresentou duas recidivas da LV em 2013 e 2015 através de manifestações clínicas e laboratoriais e foi novamente submetido ao tratamento específico. Seguiu aparentemente com doença controlada e em consulta ambulatorial de rotina foi solicitada endoscopia digestiva alta por queixas dispépticas. **RESULTADOS** Avaliação endoscópica evidenciou mucosa difusamente edemaciada, pálida, com sulcos em suas pregas e se apresentando endurecida ao toque pinça de biópsia. A histologia revelou lâmina própria com denso infiltrado de macrófagos contendo no citoplasma numerosas estruturas parasitárias na forma amastigota. Exame de imunohistoquímica revelou-se positivo para Leishmania. **DISCUSSÃO** Um aumento expressivo do número de casos de coinfeção (HIV + LV) tem sido observado desde o início da década de 1990 e há projeções de seu crescimento contínuo, devido à superposição geográfica das duas infecções, como consequência da urbanização das leishmanioses e da interiorização da infecção por HIV. A tríade clássica da LV é também a manifestação mais comum dessa doença na coinfeção, porém observa-se maior frequência de envolvimento de órgãos não pertencentes ao sistema fagocítico-mononuclear, entre eles o trato gastrointestinal com apresentação clínica caracterizada por diarreia aguda, náuseas e dor abdominal. A coinfeção também está relacionado à maior frequência de recidivas de LV e, assim, seu diagnóstico precoce é crucial para reduzir a gravidade e mortalidade nesses pacientes.

AUTORES: Raquel Francine Bundchen Ullmann; Alvaro Modesto da Silva Rodrigues Neto; Vinicius Machado de Lima; Ana Carolina Benvindo Lopes; Laura Cardoso Vasconcelos; Leandro Correa Machado; Guilherme Marrêta Cavalcanti Ayres; Talles Borges Pereira; Claudia Roriz de
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA - HUB

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

LESÃO NEOPLÁSICA SUPERFICIAL DA CÁRDIA DE DIFÍCIL DELIMITAÇÃO ENDOSCÓPICA: O MAPEAMENTO POR BIÓPSIAS PRÉ RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA É UMA ESTRATÉGIA VÁLIDA?

Introdução: A neoplasia gástrica proximal, sobretudo da cárdia, não está relacionada ao padrão de desenvolvimento do câncer gástrico distal seguido pela cascata de Pelayo-Correa, cujas alterações (atrofia, metaplasia) alertam o endoscopista. Além disto, a cárdia é uma região cujo exame endoscópico pode parecer nítido pela fácil exposição dos endoscópicos modernos, entretanto, pode trair mesmo o endoscopista experiente. Relato de caso: AW, masculino, 77 anos, submeteu-se a EDA devido à dispepsia mesmo em uso crônico de sendo identificada pequena erosão em cárdia. Anatomopatológico revelou tratar-se de adenocarcinoma in situ. Realizado estadiamento por TC tórax, abdome e pelve sem alterações. A ecoendoscopia com mini-probe de alta frequência direcionado para a cárdia mostrou apenas espessamento epitelial sem invasão da submucosa. Como o limite da lesão em cárdia não era nítido, mesmo utilizando cromoendoscopia e magnificação de imagens digital, optado pela realização de mapeamento das bordas e centro da lesão por meio de biópsias com pinça pediátrica para fins de planejamento de ressecção endoscópica. Resultados das biópsias revelaram que apenas a região central da erosão estava comprometida com displasia de alto grau e a periferia sem alterações displásicas. Submetido a dissecação endoscópica de submucosa com anatomopatológico da peça revelando tratar-se de neoplasia intra-epitelial com atipias de alto grau e com margens livres. Discussão: Atualmente, a cromoendoscopia digital e por corantes com aparelhos de alta resolução, é suficiente para determinação da margem lateral de câncer gástrico precoce para fins de planejamento de ressecção endoscópica. Entretanto, em casos selecionados onde esta delimitação não é nítida e segura, pode-se utilizar como estratégia a realização de biópsias com "mini pinça" nas margens da lesão nas posições de 12, 3, 6 e 9h no intuito de mapear a extensão da ressecção endoscópica. Ressalta-se ainda a importância de investigar adequadamente lesão de aspecto inflamatório, única, localizada em qualquer parte do estômago, principalmente em usuários de medicamentos para supressão ácida gástrica.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Walton Albuquerque; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Roseane Valéria Bicalho F Assis; Alex Assis de Carvalho; Renata Scarpata Careta;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

LESÕES SUBEPITELIAIS GÁSTRICAS: DISCORDÂNCIA ENTRE IMUNOHISTOQUÍMICA PRÉ E PÓS TRATAMENTO

Introdução: Relato de dois casos de lesões subepiteliais gástricas em que foram realizadas coleta de material biológico pré tratamento e os resultados das imunohistoquímicas foram discordantes do resultado final da peça de ressecção. Relato de caso: 1º caso: VLT, masculino, 65 anos, EDA para investigação de dispepsia encontrou abaulamento em transição corpo/antro com pequena retração central. A ecoendoscopia identificou lesão hipoeecóica, heterogênea, localizada em muscular própria, com 20mm, com crescimento exofítico. Realizada abertura da mucosa com flush-knife seguida de biópsias sob visão. A imunohistoquímica mostrou CD34, c-Kit e atividade mitótica negativas com Ki-67<1% indicando tratar-se de leiomioma. Realizada ressecção cirúrgica em cunha e resultado do anatomopatológico com imunohistoquímica da peça concluiu tratar-se de Schwannoma. 2º caso: DSM, feminino, 44 anos, com EDA para investigação de epigastralgia identificando abaulamento de 10 mm em cárdia. A ecoendoscopia identificou lesão hipoeecóica, homogênea, 15 mm, em muscular própria, mas com crescimento endofítico. Realizado PAAF com resultado da imunohistoquímica indicando GIST (CD-117/c-Kit, desmina, actina, vimentina positivos). Submetida a ressecção endoscópica com sucesso, porém com imunohistoquímica da peça indicando tratar-se de leiomioma (desmina e actina positivos; vimentina e ceratinas focalmente positivos; CD117/c-Kit e S-100 negativos). Discussão: As lesões subepiteliais descritas acima apresentam características semelhantes à ecoendoscopia, necessitando de coleta de material biológico da lesão ou avaliação da peça da ressecção, incluindo imunohistoquímica, quando se necessita de diagnóstico definitivo. Entretanto, esse esforço para o diagnóstico pré tratamento pode apresentar equívocos por diversos motivos, tais como: exiguidade da amostra, fixação inadequada do espécime, presença de necrose, qualidade do kit utilizado e extrema indiferenciação da neoplasia. Conclusão: Diante de lesão subepitelial gástricas, o manejo deve ser orientado por um conjunto de dados e não isoladamente pela imunohistoquímica.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Walton Albuquerque; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Luana Germano Tose;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

LINFOMA MALT GÁSTRICO - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Em 1983, Isaacson e Wright descreveram o linfoma MALT a partir de observações de semelhanças histológicas e imunohistoquímicas entre o linfoma do Mediterrâneo e o envolvimento primário do estômago por linfoma, sugerindo uma histogênese distinta dos linfomas linfonoidais. Posteriormente, o linfoma MALT também foi descrito em outros sítios extranodais além do estômago (70%), como pulmão (14%), intestino delgado (1%) e tireoide (4%). Sendo hoje, classificado, como linfoma da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado a mucosa. O órgão mais afetado por essa patologia é o estômago, sendo aproximadamente 90% infectados pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Isso implica que 10% dos casos de linfoma MALT gástrico não estão relacionados a infecção por *H. pylori*. O estômago normal não apresenta tecido linfóide, a infecção crônica por *H. pylori* atrai linfócitos B, linfócitos T e outras células inflamatórias para a mucosa gástrica, onde estas são continuamente estimuladas pela bactéria e evoluem para o linfoma MALT. Histologicamente, o linfoma MALT é classificado em dois grupos: baixo grau (LG) ou linfoma de células B da zona marginal, e alto grau (HG) ou linfoma difuso de grandes células B. A antibioticoterapia é indicada a todos os pacientes que apresentam linfoma MALT gástrico independente de sua evolução, sendo *H. pylori* positivo, ou não. Segundo estudos recentes, aproximadamente 75% dos casos de linfoma MALT associados a *H. pylori* são tratados pela erradicação da bactéria, e cinco a cada seis pacientes com linfoma MALT gástrico *H. pylori* negativo responderam a antibioticoterapia. O tratamento do linfoma MALT gástrico é distinto a cada caso, procurando sempre objetivar a cura, sendo ela por antibioticoterapia, quimioterapia, radioterapia ou cirurgia. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com linfoma MALT gástrico. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 63 anos, com queixa de dor epigástrica em queimação, sem fator de melhora. Realizou endoscopia digestiva alta, na qual foram visualizadas pregas hipertróficas na grande curvatura e erosões. O exame histopatológico foi sugestivo de doença linfoproliferativa. O estudo foi complementado com imunohistoquímica tendo como conclusão linfoma da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa (MALT). Paciente foi tratada com omeprazol, amoxicilina e claritromicina por duas semanas com remissão do quadro histológico.

AUTORES: Aillyn Cunha Guidine da Silva; Cirilo Augusto Guidine da Silva; Ygor Felipe Soares Soares; João Tobias; Daniel Cardoso Alves Filho;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA TERESA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

MELANOMA GÁSTRICO METASTÁTICO: UMA SÉRIE DE CASOS

Introdução: Metástases gástricas são raras e representam um estágio tardio da doença maligna. Entre os tumores primários, o melanoma maligno representa 7% das metástases gástricas. Endoscopicamente apresenta-se como lesão plana ou elevada enegrecida ou amarronzada em indivíduos de 56 a 71 anos num intervalo que varia entre 16 a 78 meses entre o diagnóstico da lesão primária e a metástase gástrica. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar série de 5 casos de pacientes com melanoma gástrico metastático, relatando seus achados endoscópicos e a apresentação clínica de cada caso. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo e analítico de pacientes encaminhados ao Serviço de Endoscopia para realização de endoscopia digestiva alta. A análise estatística foi feita através do software SPSS versão 21, onde descrevemos as variáveis numéricas através da média, desvio-padrão, máximo e mínimo. Para as variáveis categóricas, utilizamos tabelas contendo sua frequência absoluta e relativa. Os dados utilizados foram obtidos através de registro de prontuários e o sistema Endox. **Resultados:** Foram analisados 5 pacientes, sendo 4 (80%) do sexo masculino e 1 feminino (20%). A idade média ao descobrimento da metástase gástrica foi de 54 anos (22-84) sendo que nessa idade, 4 deles já possuíam metástases em outros sítios. Dentro dos achados endoscópicos, as lesões apresentam-se na forma elevada, algumas de aspecto subepitelial com ulceração e pigmentação enegrecida. O tamanho variou entre 2 e 20mm, com sua localização em 4 dos pacientes no corpo e 1 de forma disseminada. 2 pacientes apresentaram quadro de hemorragia digestiva alta e tempo médio entre o diagnóstico das metástases e o óbito foi de 204 dias (7-690). **Conclusão:** Metástases gástrica de melanoma representam um achado infrequente e tardio da doença neoplasia encontrado em adultos relativamente jovens. Principal achado endoscópico encontrado de é de lesão elevada enegrecida, podendo lesão a quadros de hemorragia digestiva alta graves. Portanto, deve ser suspeito em todo caso de sintomatologia gastrointestinal, anemia, ou durante achados tomográficos de seguimento da doença.

AUTORES: Leonardo Correa Silva; Denise Peixoto Guimarães; Marcelo Barleta; Gilberto Fava; Rondinelle Martins Arruda; Wilson Elias de Oliveira; Julia Cardoso Vaz Dias; Kelly Giardina de Menezio; Leonardo Nogueira Taveira; Tiago Franco Vilela Filho; Paula Fortuci Re

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO PIO XII - HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

MEMBRANA DUODENAL CONGÊNITA: RELATO DE CASO EM PACIENTE ADULTA ASSINTOMÁTICA.

Introdução A membrana duodenal congênita resulta de defeitos embriológicos no desenvolvimento, na canalização ou na rotação do intestino anterior. Ocorre na 2ª porção do duodeno, em área de intensa e complexa atividade embriológica que se inicia por volta da 3ª semana de gestação, envolvendo estruturas biliares e pancreáticas. As principais manifestações clínicas são vômitos, biliosos ou não, dependendo da topografia do defeito em relação a papila duodenal; distensão abdominal alta; desidratação e perda de peso. A membrana duodenal é uma patologia rara, ocorrendo entre 1:16000 a 1:20000 nascimentos. Os sintomas são variados já que a obstrução é incompleta, retardando o diagnóstico. A etiologia é desconhecida, mas suspeita-se de episódio isquêmico local durante a vacuolização do órgão. O tratamento é classicamente cirúrgico e consiste em remover as membranas ou septos intraluminares através de duodenotomia todavia este procedimento também pode ser realizado através da endoscopia digestiva alta. Objetivo Relatar o caso de uma paciente que teve diagnóstico ocasional de membrana duodenal durante duodenoscopia para tratamento de coledocolitíase. Método Foram coletadas informações do prontuário da paciente, tratada no Serviço de Endoscopia da Santa de Casa de São Paulo. Relato de Caso Mulher, 45 anos, hipertensa, colecistectomizada em 2009, com história de dor abdominal em hipocôndrio direito há 04 meses, acompanhada de distensão abdominal esporádica, vômitos pós prandiais e icterícia de padrão obstrutivo. Na entrada apresentou exames de imagem compatíveis com colédoco dilatado em toda a sua extensão e exames laboratoriais com aumento de bilirrubina direta. Em nenhum momento foi evidenciada distensão gástrica ou queixas compatíveis com obstrução gastrointestinal alta. A paciente foi submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para tratamento de coledocolitíase, quando se evidenciou membrana duodenal acometendo a segunda porção duodenal, com estenose filiforme da luz. A passagem do duodenoscópio, no entanto, foi realizada sem dificuldades, transpondo a membrana e encontrando a papila maior além da mesma, possibilitando o tratamento indicado. Conclusão O caso é relevante pois se trata de um achado raro de membrana duodenal, principalmente em adulto, assintomático. Ao exame endoscópico a membrana duodenal se mostrou flexível, elástica, o que é compatível com a clínica da paciente, que consegue se alimentar sem dificuldade.

AUTORES: Cristiane Mota Oliveira; Bruno Antônio Maciente; Bruno Luiz Burgos Piotto; Aline Gonçalves Lima; Tadayoshi Akiba;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SAO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

METÁSTASE DUODENAL DE TUMOR DE WILMS EM ADULTO.

Introdução: O tumor de Wilms é a neoplasia renal primária mais comum na infância, correspondendo a 6% dos tumores, porém extremamente rara em adultos, representando 0,5% de todas as neoplasias renais. Apenas 3% dos tumores são reportados em adultos, com aproximadamente 300 casos relatados na literatura e taxas de metástases por volta de 30%. O prognóstico de adultos portadores deste tumor renal com histologia não favorável e doença disseminada é ruim mesmo após terapia multimodal agressiva. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente adulto, portador de Tumor de Wilms evoluindo com metástase duodenal. **Método:** Levantamento de prontuário e revisão de literatura nas bases de dados Scielo e MEDLINE utilizando as palavras-chave: tumor de wilms, metastases, duodeno. **Resultados:** Paciente masculino, 29 anos, atendido pelo serviço de Cirurgia Torácica por tumoração pulmonar em LSD, contudo durante a investigação clínico-radiológica foi evidenciada a presença de tumor renal esquerdo. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda. Ao exame anatomopatológico da peça, diagnosticado Tumor de Wilms de característica mista com anaplasia difusa, classificado como tumor de alto risco segundo o protocolo SIOP, e iniciado tratamento apropriado. Dois meses após a cirurgia evolui com piora clínica, melena intermitente, anemia refratária a hemotransfusões e vômitos. Realizada EDA, notou-se presença de extensa lesão úlcero-infiltrativa em topografia de papila duodenal maior (segunda porção duodenal), acometendo cerca de 60% da circunferência do órgão, porém permitindo a passagem do gastroscópio, com necrose central e coágulos aderidos, sugestiva de lesão metastática. Realizadas biópsias confirmando o diagnóstico de metástases de Tumor de Wilms. Um mês após a realização do exame, dada a gravidade da doença, o paciente evoluiu a óbito. **Conclusão:** Tumor de Wilms em adultos possui curso mais agressivo e maior estadiamento tumoral a apresentação. O pulmão é o local mais comum de metástase, com valores superiores a 80%. Metástases para o trato gastrointestinal são raras e representam menos de 1% dos casos. O método mais freqüente de disseminação é através dos linfonodos retroperitoniais que drenam a loja renal. O duodeno é local mais incomum de metástases, geralmente associados a câncer de mama ou renal. Portanto tal diagnóstico não deve ser esquecido em pacientes oncológicos em seguimento por neoplasia renal evoluindo com sangramento gastrointestinal.

AUTORES: Wilson Elias de Oliveira Júnio; Leonardo Correa Silva; Gilberto Fava; Julia Cardoso Vaz Dias; Denise Peixoto Guimarães; Marcelo Calmeto Noronha Barleta; Rondinelle Martins Arruda; Tiago Franco Vilela Filho; Leonardo Nogueira Taveira; Kelly Giardina de Men

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO PIO XII - HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

MÉTODOS ENDOSCÓPICOS PARA TRATAMENTO DE FÍSTULAS APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.

Introdução: A obesidade se tornou um dos grandes problemas de saúde pública no mundo. A cirurgia da obesidade aparece como uma das alternativas para o tratamento destes pacientes. Com a evolução das técnicas implementadas e curva de aprendizado das mesmas, complicações são inerentes à evolução desta modalidade. A fístula pós operatória é uma das intercorrências possíveis, tornando-se um grande desafio para equipe médica. As opções terapêuticas variam entre o tratamento conservador, cirúrgico e endoscópico. **Objetivo:** Apresentar o desenvolvimento da experiência do Serviço de Cirurgia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, na correção de fístulas gastro gástricas e pouch gástrica, entre Novembro/2008 e Março/2016. **Métodos:** Foi realizado um estudo de prevalência à partir da revisão de prontuários dos pacientes que apresentaram algum tipo de complicação de cirurgia bariátrica, selecionando aqueles que possuíam fístulas como complicação, separando-as por tipo e método de correção. **Resultado:** Dentre os paciente com fístula gastro gástrica evidenciaram-se 12 casos. Foi optado em 25% deles o tratamento endoscópico, com o uso de argônio com clipagem. 75% do pacientes foram submetidos diretamente à cirurgia. Com relação as fístula de pounch gástrico, foram evidenciados 27 casos. Destes, 100% dos pacientes foram tratados via endoscópica. O tratamento proposto foi de 44,5% com clipagem, 33,5% com clipagem associada à Surgisis, 11% com prótese esofágica, 7% com fistulotomia e 4% com prótese de via biliar associado ao argônio. **Conclusão:** A abordagem endoscópica, com a utilização de diversas técnicas, é uma opção terapêutica válida e de grande importância em nosso meio. A experiência obtida corrobora com a literatura atual. A avaliação destas fístulas devem ser individualizadas e, através dos resultados obtidos, sugere-se que a abordagem endoscópica deve ser uma das primeiras opções.

AUTORES: Sergio Ricardo Pioner; Guillermo Kiss; Marcos Bertozzi Goldoni; João Alfredo Dierdrich Neto; Fernando José Savóia de Oliveira; Diego Inácio Goergen; Rachid Eduardo Noleto da Nobrega Oliveira; Arthur Paredes Gatti;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

MUCORMICOSE GÁSTRICA, RELATO DE UM CASO

Relatamos caso de paciente masculino, 39 anos, grande queimado, internado em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Apresentou durante a internação saída de sangue por sonda nasoentérica, quando foi indicada a endoscopia. Identificou-se em fundo gástrico lesão de aspecto necrótico, friável, sangrante, que foi biopsiada. O exame anatomopatológico revelou presença de hifas fúngicas espessas, sem septação e com brotamentos em ângulos retos e agudos, sugerindo *Zygomycetus*. O paciente apresentava também presença de hifas em aspirado gástrico e crescimento de *Candida parapsilosis* em secreção traqueal e hemocultura. Foi tratado com anfotericina B (110mg/Kg/dia- dose acumulada 6,6g). Após 30 dias de tratamento sistêmico, realizou-se endoscopia controle, que mostrou completo desaparecimento da lesão. A mucormicose é uma doença com uma gama diversa de apresentações, sendo as mais comuns a rino-orbital-cerebral e a pulmonar. Existem vários fatores de risco, todos levando a comprometimento imune, entre os quais se destacam a cetoacidose diabética, tratamento com glicocorticoides, malignidade hematológica, transplantes, SIDA, uso de drogas injetáveis, trauma e queimaduras. A mucormicose gastrointestinal é incomum, e provavelmente ocorre devido a ingestão de esporos. Cursa com dor abdominal e hematêmese, e o local mais comum de instalação é o estômago. Pode provocar ulcerações necróticas, com perfuração e peritonite. A droga de escolha para tratamento é a anfotericina B, e formas mais comuns da doença, com a pulmonar e orbito-rino-cerebral, podem necessitar tratamento cirúrgico.

AUTORES: Larissa Pires Silveira Raddi; Aline Pécora Ribeiro; Valéria Ferreira de Almeida e Borges; Nestor Barbosa de Andrade; Ana Cristina Araujo Lemos da Silva; Rafaela Brito de Paula; Saulo Araújo Passos; Sophia Resende Minassidis;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

MUCOSECTOMIA COMO MACROBIÓPSIA MEDIANTE O ACHADO DE PREGAS GÁSTRICAS GIGANTES: DOENÇA DE MÉNÉTRIER

INTRODUÇÃO: O achado de pregas gástricas hipertróficas pode estar relacionado a diferentes patologias, dentre elas a doença de Ménétrier. O diagnóstico exige amostragem das camadas profundas, que pode ser obtida por punção guiada por ecoendoscopia ou mucosectomia.

OBJETIVO: Relatar utilização de técnica de mucosectomia como macrobiópsia para diagnóstico de doença de Ménétrier achado incidentalmente em paciente com neoplasia pancreática.

RELATO DE CASO: Masculino, 72 anos, admitido por obstrução biliar devido a massa heterogênea na cabeça do pâncreas, além de espessamento difuso da parede gástrica. À endoscopia digestiva alta, a mucosa gástrica apresentava-se difusamente nodular e espessada. As biópsias endoscópicas convencionais foram inconclusivas. Optou-se pela avaliação por ecoendoscopia, a qual mostrou hipertrofia de pregas gástricas com a muscular própria preservada (espessura média de 13mm), seguida de mucosectomia com a retirada de um fragmento de 15mm, sem intercorrências. O laudo anatomopatológico evidenciou mucosa gástrica oxíntica, com fovéolas hiperplásicas e longas, além de focos de hipotrofia das glândulas oxínticas. Deste modo, diagnosticou-se doença de Ménétrier concomitante à presença de *H. pylori*. O paciente foi submetido a derivação biliodigestiva paliativa por neoplasia de pâncreas e tratamento do *H. pylori*. **DISCUSSÃO:** O achado de pregas gástricas gigantes pode estar associado ao adenocarcinoma gástrico, doença de Ménétrier, gastropatia hipertrófica hipersecretória, linfoma gástrico, e outras patologias. A ecoendoscopia é útil para confirmar a presença de hipertrofia de pregas gástricas e suas camadas e excluir outras anormalidades. Dentre as técnicas de biópsia, a punção ecoguiada tem sido empregada, porém a mucosectomia surge como alternativa de que permite uma avaliação arquitetural tissular adequada. O tratamento envolve erradicação do *H. Pylori* ou CMV, quando presentes, e supressão ácida com IBP ou antagonista H2. O octreotide e o Cetuximabe são opções relatadas na literatura. A gastrectomia total pode ser considerada nos casos refratários. **CONCLUSÃO:** A doença de Ménétrier, apesar de rara, deve ser sempre considerada como diagnóstico diferencial naqueles com hipertrofia difusa das pregas gástricas. A macrobiópsia por mucosectomia é uma técnica acessível e permite uma avaliação arquitetural tissular adequada.

AUTORES: Eduardo Aimoré Bonin; Ricardo Schmitt de Bem; Elisandre Caroline dos Santos; Marcelo Eiji Konaka; Sérgio O. Ioshii; Larissa Ulhmann Wendling; Camila Travensoli Bobato; Bruna Cristina Opolski; Liliã Cabral dos Santos; Nelson Silveira Cathcart Junior;

INSTITUIÇÃO: BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

NEOPLASIA PANCREÁTICA EM PÂNCREAS ECTÓPICO: RELATO DE CASO

Introdução: Pâncreas ectópico é uma má-formação congênita definida pela presença de tecido pancreático em localização diferente da habitual. Os pacientes geralmente são assintomáticos, porém casos sintomáticos têm sido cada vez mais descritos. Neoplasias em pâncreas ectópico são raras. Relatamos um caso de neoplasia intraductal papilífera mucinosa de alto grau em pâncreas ectópico de duodeno. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino com 76 anos, apresentando quadro de dor abdominal em mesogástrio e piora após alimentação, com evolução de 3 meses, associado a emagrecimento de 14 kg em 1 ano. Internado para investigação. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão subepitelial em bulbo duodenal, sendo realizadas biópsias. Exame histopatológico mostrou lesão cística neoplásica de baixo grau. Realizada ressonância magnética de abdome, que mostrou lesão localizada na parede de duodeno, sem comprometimento do pâncreas. Paciente foi submetido a duodenotomia com exérese do tumor e a peça foi enviada para histologia, que evidenciou neoplasia intraductal papilífera mucinosa de alto grau. Houve melhora clínica. Exames de controle após 3 anos com resolução do quadro. Discussão: Pâncreas ectópico é na sua maioria achado em necrópsia ou incidental em laparotomia e exames endoscópicos. Os casos sintomáticos apresentam sintomas inespecíficos, como dor abdominal, náusea e vômitos, podendo estar relacionados a complicações (pancreatite aguda, abscesso pancreático, neoplasia). A incidência é de 1 a 14% baseada em necrópsias, sendo 70% em estômago, duodeno e jejuno. Geralmente são pequenos (< 3 cm) e apresentam-se como nódulo intramural, às vezes com umbilicação central. Os sintomas do paciente eram inespecíficos, sendo incidental o achado do tumor. O diagnóstico de neoplasia derivado do pâncreas ectópico é difícil e a biópsia endoscópica geralmente não é esclarecedora, porém alterações histológicas da endoscopia já evidenciavam malignidade da lesão no caso descrito. A histologia da peça cirúrgica confirmou tanto a malignidade da lesão, como evidenciou se tratar de uma lesão oriunda de tecido pancreático [?] neoplasia intraductal papilífera mucinosa de alto grau. Como no caso o tumor era localizado, a ressecção foi curativa. Conclusão: Tumores de pâncreas ectópico são raros. Esse caso relata um achado incidental endoscópico de neoplasia intraductal e diagnóstico firmado pela peça cirúrgica, com bom desfecho após cirurgia.

AUTORES: Nathalia Castro de Abreu Peixoto; Lincoln Eduardo Vilella Vieira de Castro Ferreira; Juliano Machado de Oliveira; Laura Cotta Ornellas Halfeld; Lize Maciel Pinheiro Guimarães; Thais Mansur Ghetti Costa; Simone Silveira Valadares de Paula; Bruno Guedes Nog

INSTITUIÇÃO: HU UFJF

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

O ESTUDO HISTOLÓGICO DA MUCOSA DUODENAL AUXILIA NO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS?

Introdução: As patologias que envolvem o duodeno abrangem amplo espectro, dentre algumas, pode-se citar parasitoses, doença celíaca, gastroenterite eosinofílica, doença de Whipple, doença de Crohn. O diagnóstico, por sua vez, inicia-se através da suspeita clínica associado aos exames complementares. O grupo de doenças que acometem o intestino delgado apresenta característica de levar maior intervalo de tempo até o seu desfecho. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de alterações da biópsia duodenal baseada apenas na história clínica do paciente em uma dada população. **Métodos:** 1700 pacientes foram submetidos a exames de Endoscopia Digestiva Alta, em um Serviço ambulatorial na cidade de São Paulo no período de janeiro a junho de 2015, destes 71 (4,1%) pacientes apresentavam sintomas dispépticos que remetiam a diagnósticos de alterações duodenais, os quais foram submetidos a biópsias de bulbo e/ou segunda porção duodenal independente das alterações macroscópicas evidenciadas durante o exame endoscópico. Os principais sintomas indicativos para realização das biópsias foram: diarreia crônica, perda ponderal, anemia, dispepsia e dor abdominal de longo prazo. **Resultados:** De um total de 71 biópsias de bulbo e/ou duodeno realizadas, em 14 (19,71%) foram detectadas alterações: oito (11,26%) com linfocitose intraepitelial o qual não se pode afastar doença celíaca a depender dos dados clínicos e sorológicos; 2 (2,81%) atrofia vilositária característico de doença celíaca, 2 (2,81%) infiltrados inflamatórios mistos com neutrófilos e eosinófilos e 2 (2,81%) pacientes com histologia de duodenite crônica. Destes, em 9,85%, os achados histológicos alterados poderiam auxiliar no diagnóstico etiológico do quadro clínico dos pacientes. Os achados de hiperplasia linfoide reacional e edema e congestão vascular da lâmina própria foram consideradas como alterações não significativas. **Conclusão:** A realização de biópsias da mucosa duodenal, tendo como critério apenas a indicação clínica do paciente, contribuiu com o diagnóstico etiológico dos sintomas em apenas 9,85% dos casos. Desta forma, concluiu-se que o estudo histológico da mucosa duodenal na ausência de alterações macroscópicas parece não contribuir significativamente com o desfecho no diagnóstico.

AUTORES: Andréia Sopran Scopel; Thiago Festa Secchi; Paula Bechara Poletti; Isabela Chaves; Artur Adolfo Parada;

INSTITUIÇÃO: NOVE DE JULHO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

PANCREATITE AGUDA APÓS COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO: RELATO DE DOIS CASOS.

Introdução: Obesidade é um problema de saúde pública. O balão intragástrico (BI) é uma modalidade minimamente invasiva para redução de peso, com custo e risco de complicações menores que a cirurgia bariátrica e boa tolerabilidade. A média de perda ponderal é de 12-15% do peso inicial em seis meses. Reações como náuseas e vômitos são comuns, enquanto complicações como perfuração, obstrução intestinal e pancreatite são raras. Apresentamos dois casos de pancreatite aguda após colocação de balão intragástrico. Relato dos casos: Caso 1: Paciente feminina, 37 anos, apresentando vômitos e dor abdominal 10 dias após colocação do BI. Exames laboratoriais: amilase 370 U/L (VN: 25-125U/L) e lipase 269 (VN: 13-60 U/L). Tomografia (TC) de abdome sem sinais inflamatórios do pâncreas. Prosseguiu com retirada do BI e melhora dos sintomas e exames laboratoriais. Caso 2: Paciente feminina, 47 anos, apresentando dor e distensão abdominal em andar superior, náuseas e vômitos, 3 dias após colocação do BI. Amilase 665U/L, PCR 89,4 mg/L, Lipase: 119U/L. TC mostrou derrame pleural bilateral pequeno, líquido livre em hipocôndrio esquerdo e compressão pancreática com acotovelamento do corpo e sinais inflamatórios em cauda, além de borramento da gordura peripancreática. Evoluiu com piora do padrão respiratório necessitando internação em CTI e ventilação não invasiva. Retirado o BI com resolução do quadro. TC de controle após 10 dias sem sinais de necrose pancreática. Colelitíase e consumo de álcool forma excluídos em ambos os casos. Discussão: BI é um método restritivo de tratamento para obesidade. A colocação endoscópica é considerada segura e relativamente fácil. Porém alguns casos de pancreatite aguda após colocação ou por migração do BI foram descritos, com resolução após sua retirada. Os dois casos apresentados tiveram diagnóstico de pancreatite aguda por critérios clínicos e/ou radiológicos, resolvidos após retirada do BI. Conclusão: Apesar dos sintomas de pancreatite poderem mimetizar aqueles esperados pelo efeito de distensão gástrica logo após a colocação do BI, é importante que os médicos estejam atentos para essa complicação, principalmente nos pacientes com sintomas exacerbados ou que não respondam à medidas clínicas iniciais, a fim de evitar piora do quadro. Todas as queixas dos pacientes devem ser avaliadas, assim como o posicionamento do BI. O primeiro tratamento na pancreatite aguda deve ser a retirada do BI.

AUTORES: THAIS MANSUR GHETTI COSTA; LINCOLN EDUARDO VILELLA VIEIRA DE CASTRO FERREIRA; NATHALIA CASTRO DE ABREU PEIXOTO; SIMONE SILVEIRA VALADARES DE PAULA; BRUNO GUEDES NOGUEIRA; LIZE MACIEL PINHEIRO GUIMARÃES; LAURA COTTA ORNELLAS HALFELD;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

PANCREATITE DE SULCO (PS): UM RELATO DE CASO.

A pancreatite de sulco (PS) - também conhecida como groove pancreatitis - é uma forma de pancreatite crônica que afeta o a região do sulco (groove) duodenopancreático que acomete homens entre 40-50 anos com história de ingestão de bebida alcoólica, tendo como principal diagnóstico diferencial o câncer de cabeça de pâncreas. Objetivo: Relatar um caso de PS, com revisão da literatura. Relato de caso: Paciente masculino, 37 anos, ex-etilista e ex-tabagista, com passado de colecistectomia por videolaparoscopia por colelitíase e pancreatite aguda biliar, que evoluiu após esta cirurgia com quadros de pancreatite aguda de repetição associada a complicações, incluindo coleções e fístulas peripancreáticas, além de áreas de esteatonecrose. Realizou em um dos internamentos CPRE com papilotomia endoscópica e colocação de prótese pancreática. Na sua terceira admissão hospitalar consecutiva por quadro de dor abdominal apresentava história recente de ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos 20 dias, negando uso recente de qualquer medicação ou outras substâncias. A dor era em região epigástrica, do tipo em queimação, intensidade 4/10, associada a náuseas, sem vômitos ou outros sintomas associados. No exame físico admissional encontrava-se em bom estado geral, anictérico, com dor abdominal em região epigástrica à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratório revelava elevação da lipase (2608) e de gama-GT (141). Realizou RM de abdome com CPRM que revelou sinais de pancreatite aguda além de edema parietal predominantemente submucoso em topografia de antro gástrico e bulbo duodenal. Não foram observados cálculos, tampouco a prótese inserida previamente. Foi então submetido à EDA que evidenciou lesões elevadas em duodeno, sendo suspeitadas PS e neoplasia. Estudo anatomopatológico da amostra biopsiada revelou apenas duodenite crônica inespecífica, achado frequentemente encontrado em casos de PS. Durante internamento, o paciente evoluiu com melhora progressiva dos sintomas após medidas clínicas para pancreatite, sem novos episódios de dor abdominal, náuseas ou vômitos. Conclusão: a PS por se tratar de uma condição clínica rara, possui sua patogênese ainda pouco conhecida, tendo como uma das hipóteses principais a obstrução anatômica ou funcional da papila menor. Os achados endoscópicos e radiológicos desta entidade possuem importância no que diz respeito quanto ao diagnóstico diferencial com as neoplasias peripancreáticas.

AUTORES: LUCIANA LEONY VALENTE; MARIAMA ALVES DANTAS FAGUNDES; MARIA HELENA DA SILVA BORGES; CAMILA MEDRADO PEREIRA BARBOSA; HELIO MIGUEL DE AZEVEDO BIÃO VEIGA;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO RAFAEL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

PÊNFIGO VULGAR EM MUCOSA BUCAL E ESOFÁGICA: RELATO DE CASO

Introdução: Pênfigo vulgar é uma doença mucocutânea autoimune crônica. Na maioria dos casos, a manifestação inicial ocorre na boca, como múltiplas ulcerações precedidas de bolhas, que se rompem e, posteriormente dissemina-se para membranas mucosas e pele. Objetivo: Relatar um caso raro de pênfigo vulgar acometendo o esôfago, identificado por Endoscopia Digestiva Alta e confirmado pela histologia. Relato de caso : Paciente 53 anos, feminino, procurou atendimento, com queixa de lesões difusas e dolorosas em cavidade oral, há cerca de um mês, que não melhoravam com o uso de nistatina. Realizada então EDA, cujos achados foram de lesões vesicobolhosas em esôfago proximal e médio, biopsiadas. A histopatologia confirmou o diagnóstico de pênfigo vulgar. A etiologia da doença permanece desconhecida, porém o caráter imunológico está bem estabelecido. Com frequência o seu reconhecimento é feito somente o aparecimento das lesões cutâneas vesicobolhosas, fato que retarda o tratamento. A realização da biópsia do tecido peri-lesional para histopatologia é fundamental para o diagnóstico. O tratamento é feito com corticosteroides e quando não reconhecido e tratado de forma adequada, o PV pode ser letal, principalmente pela desidratação e infecções sistêmicas. Conclusão: Concluimos que, o aparecimento de lesões vesicobolhosas no esôfago, concomitantes com lesões na boca, pode se tratar de PV, e a histopatologia deve ser realizada para o diagnóstico.

AUTORES: Luiz Carlos Bertges; Renata Alvim Mendes; Plinio dos Santos Ramos; Angelo Gualberto de Macedo;

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE TERESOPOLIS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

PREVALÊNCIA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS NO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE.

Introdução: Os pólipos gástricos são lesões geralmente assintomáticas da mucosa gástrica diagnosticadas incidentalmente quando o paciente é submetido a uma endoscopia digestiva alta por outra sintomatologia clínica. Essas lesões têm importância clínica, pois podem estar associados a neoplasias gástricas malignas. Objetivo: Avaliar retrospectivamente as características e frequência dos pólipos gástricos, oriundos da mucosa gástrica. Método: Foram analisadas 870 endoscopias digestivas alta realizadas no período de janeiro 2010 a dezembro de 2013, sendo esses pólipos analisados pelas suas características histopatológicas e localização. Resultados: Os pólipos da mucosa gástrica foram classificados como adenomatosos, de glândulas fúndicas e hiperplásicos. A frequência dos pólipos em nossa casuística foi de 2,87% sendo divididos nas seguintes proporções: pólipos de glândulas fúndicas foram os mais prevalentes com diagnóstico em 60% dos casos em quanto os pólipos hiperplásicos somaram 40% e os adenomatosos 0%. Um pólipo hiperplásico foi relacionado com carcinoma gástrico. A localização mais frequente dos pólipos foi o corpo gástrico com 60%, seguido de fundo 32% e antro 7%. Conclusão: A endoscopia digestiva alta é o método diagnóstico de excelência para os pólipos gástricos, a definição diagnóstica pela visão endoscópica não é possível sendo necessário o estudo histopatológico após polipectomia ou coleta de biópsia da lesão, sendo de crucial importância para guiar a conduta médica.

AUTORES: Marcos Bertozzi Goldoni; Uirá Fernandes Teixeira; Diogo Rodolfo Balbinot; Fernando José Savóia de Oliveira; Diego Inácio Goergen; Rachid Eduardo Noleto da Nobrega Oliveira; Arthur Paredes Gatti; João Alfredo Dierdrich Neto;

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

PSEUDODIVERTICULO INTRAMURAL DE ESOFAGO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Introdução: Descrita pela primeira vez em 1960 por Mendl e col como pequenas formações saculares na parede do esôfago. Condição rara com apenas cerca de duas centenas de publicações até o presente. A patogênese não é conhecida. Associada usualmente com condições inflamatórias crônicas, tipo diabetes mellitus, candidíase esofágica, consumo de bebidas alcoólicas, acalasia e doença do refluxo gastroesofágico. **Objetivo:** Relatar um caso de Pseudodivertículo Intramural de Esôfago. **Relato de caso:** paciente de 54 anos de idade, feminina, com sintomas de disfagia há vários meses, sem comorbidades. Perda ponderal presente. Inicialmente foi realizada a Endoscopia Digestiva Alta onde foram visualizados inúmeros orifícios de 2 a 5 mm, recobertos por mucosa de coloração usual, principalmente no segmento proximal e médio do esôfago. Complementarmente foi realizado estudo anatomopatológico e radiológico contrastado do esôfago. **Conclusão:** esta condição rara já descrita na literatura, não tem completamente elucidada a sua patogênese. Entretanto, é conhecido que anatomicamente há uma deficiência de excreção de glândulas submucosas levando a dilatação ductal e conseqüente formação de pseudodivertículo. Clinicamente é associada a condições inflamatórias crônicas e tem a disfagia como sintoma mais frequente.

AUTORES: Paulo Roberto Fontes Mega; Paulo Ferreira Mega; Celia Regina Nascimento Oliveira Gonçalves; Sumaya Trindade Sartori; Dayr Kazava; Norberto Katsumi Osaki;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RELATO DE CASO - PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR CORPO ESTRANHO

O RELATO DE CASO APRESENTANDO ACONTECEU EM UM PACIENTE ATENDIDO EM UM HOSPITAL NO ESTADO DO CEARÁ. O SEGUINTE CASO DE UMA PACIENTE QUE INGERIU UM CORPO ESTRANHO MOSTRA A EVOLUÇÃO QUE UMA SÍNDROME INCIDIOSA PODE LEVAR, A UM ABDOME AGUDO E ATÉ MESMO O ÓBITO. NESTE CASO, A INTERVENÇÃO FOI A TEMPO DE NÃO OCORREREM MAIORES COMPLICAÇÕES. DAÍ A IMPORTÂNCIA DE UMA CONDUTA CORRETA E RÁPIDA. HDA: PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 81 ANOS, INICIOU QUADRO DE DOR ABDOMINAL EM PONTADAS, LOCALIZADA EM REGIÃO DE MESOGÁSTRIO HÁ 3 DIAS. NAS ÚLTIMAS SEIS HORAS PASSOU QUEIXAR-SE DE DOR MAIS INTENSA, ASSOCIADA A FEBRE COM CALAFRIOS. REFERE HÁBITOS ALIMENTARES NORMAIS NOS DOIS PRIMEIROS DIAS DO QUADRO, EVOLUINDO PARA DOR FORTE APÓS INGESTÃO ALIMENTAR NAS ÚLTIMAS 24 HORAS. EXAME FÍSICO: ECTOSCÓPIA: EGB, FÁCIES DE DOR, EUPNEIA, NORMOCÁRDICA, HIPOCORADA (+/4+), COOPERATIVA, CONSCIENTE E ORIENTADA. CABEÇA E PESCOÇO: NDN. TÓRAX: AC: RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS. AP: MVU+, S/ RA. ABDOME: GLOBOSO POR ADIPOSIDADE, FLÁCIDO, DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA NO MESOGÁSTRIO. SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL, MASSAS OU VMG PALPAVÉIS. EXTREMIDADES: SEM EDEMA OU CIANOSE, PPP. EXAMES COMPLEMENTARES: USG ABDOMINAL QUE MOSTROU-SE NORMAL. EXAMES LABORATORIAIS COM LEUCOCITOSE COM DESVIO PARA ESQUERDA. TRANSAMINASES, AMILASE, LIPASE E EAS NORMAIS. TC DE ABDOME: IMPORTANTE ESPESSAMENTO PARIETAL DA REGIÃO ANTRO-PILÓRICA ASSOCIADO À DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS GORDUROSOS ADJACENTES COM PRESENÇA DE IMAGEM LINEAR HIPERDENSE, CUJO AS EXTREMIDADES LOCALIZAM-SE NA PAREDE SUPERIOR DO ESTÔMAGO E PRÓXIMO AO SEGMENTO V HEPÁTICO. IMAGEM PODENDO CORRESPONDER A CORPO ESTRANHO DECORRENTE DE PERFURAÇÃO DE CÂMARA GÁSTRICA. AUSÊNCIA DE COLEÇÕES. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: NA PAREDE ANTERIOR DO ANTRO OBSERVA-SE ABAULAMENTO DE CONSISTÊNCIA FIRME, DE CERCA DE 4cm, COM MUCOSA QUE A RECOBRE DE ASPECTO EDEMACIADO, NÃO SENDO VISUALIZADO SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE DA MUCOSA. EVOLUÇÃO: PACIENTE FOI SUBMETIDA A LAPAROSCOPIA EXPLORADORA COM OS SEGUINTE ACHADOS: 1. VOLUMOSO ABSCESSO DE ANTRO GÁSTRICO COM INTENSO BLOQUEIO INFLAMATÓRIO DE FÍGADO E CÓLON TRANSVERSO. 2. PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO LINEAR COMPATÍVEL COM ESPINHA DE PEIXE DE CERCA DE 3cm. REALIZADO: 1. DESBLOQUEIO DE FÍGADO E CÓLON TRANSVERSO. 2. DRENAGEM DE ABSCESSO COM CERCA DE 200mL. 3. REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO. 4. GASTRECTOMIA SUBTOTAL EM CUNHA DA ÁREA PERFURADA. APÓS, MANTIDO EM ANTIBIOTICOTERAPIA, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO 5º P.O.

AUTORES: PATRÍCIA GADELHA RATTACASO; DANIEL PINHEIRO VIANA; MARCUS VALERIUS SABOIA RATTACASO; SAMUEL MAGALHÃES GURGEL; ADRIANO CÉSAR CUNHA; NESTOR S. V. COSTA; RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; DANIEL DE PAULA PESSOA; SAMUEL ENÉIAS PINHEIRO VIANA;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS DE OLIVEIRA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA CURATIVA DE TUMOR CARCINÓIDE GÁSTRICO - RELATO DE CASO

Introdução: Tumores subepiteliais (SETs) que ocorrem no trato gastrointestinal incluem todas as lesões com superfície lisa e que não apresentem alteração na superfície da mucosa à endoscopia. A maioria das lesões são assintomáticas e clinicamente insignificantes. No entanto, tumores carcinóides, linfomas, tumores glômicos, e tumores estromais gastrintestinais (GISTs) são malignos ou têm potencial para tal. Dentre os métodos diagnósticos histológicos estão incluídas biópsias, punção aspirativa ecoguiada por agulha fina (EUS- FNA), ressecção endoscópica da mucosa (EMR), dissecação submucosa endoscópica (ESD), e ressecção endoscópica de tumores submucosos (STER). **Objetivo:** Relatar caso de cura de paciente portadora de tumor carcinóide gástrico após mucosectomia endoscópica (EMR). **Relato de caso:** A.V.S., 48 anos, feminino, procedente de Santos, relata epigastralgia há 2 meses. Realizada endoscopia digestiva alta que visualizou lesão elevada gástrica (subepitelial) medindo 10mm, recoberta por mucosa de epitélio habitual, necessitando realização de ecoendoscopia para complementação diagnóstica. Realizadas biópsias que identificaram proliferação de pequenas células, sugestivas de tumor neuroendócrino. À imunohistoquímica obtiveram-se marcadores compatíveis com tumor neuroendócrino G1 (carcinóide) gástrico. Submetida à ecoendoscopia, que detectou espessamento hipoecóico, homogêneo, localizado em camada mucosa profunda, medindo 7,2 x 5,4mm. Retorna sete dias após para realização de nova endoscopia onde fora realizado mucosectomia (EMR) com alça diatérmica, com posterior colocação de cliques metálicos, para coaptação das bordas e risco de sangramento. Material fora enviado à anatomia patológica que concluiu tratar-se de neoplasia de pequenas células em mucosa do corpo gástrico, medindo 7mm de extensão por 3mm de espessura, atingindo submucosa. Margens laterais e profunda livres. **Conclusão:** Lesões subepiteliais incluem tumores neoplásicos e não-neoplásicos. A maioria destes são benignos; endoscopia e EUS são úteis para distingui-los dos tumores malignos. Embora os GISTs têm potencial para se tornarem malignos, tumores pequenos (< 2,0cm) e assintomáticos geralmente têm um curso benigno. O papel da endoscopia foi expandido para incluir não só o diagnóstico de lesões subepiteliais, mas também o seu tratamento.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Lubia Bonini Daniel; Marco Antonio Buch Cunha; Luciana Cleaver Aun; Everson Luiz de Almeida Artifon;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO NEUROENDÓCRINA DUODENAL

Paciente sob sedação foi submetido inicialmente a uma ecoendoscopia para avaliar a profundidade da lesão. Confirmada a ausência de acometimento da muscular própria, o ecoendoscópio foi trocado por um endoscópio padrão e realizada injeção submucosa com solução salina. Em seguida foi acoplado um kit de ligadura elástica, a lesão foi então aspirada para o interior do cap e liberada uma banda elástica. Realizada a ressecção com alça diatérmica (endocut) abaixo da banda elástica com ressecção completa da lesão. À revisão do leito foi optado pela complementação da hemostasia com plasma de argônio sem intercorrências. O resultado do anatomopatológico demonstrou margens livres e imunohistoquímica compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado grau I (KI 67 < 2%).

AUTORES: JOEL FERNANDEZ DE OLIVEIRA; BRUNO DA COSTA MARTINS; ERNESTO QUARESMA MENDONÇA; FABIO S. KAWAGUTI; MARCELO S. LIMA; GUSTAVO A. PAULA; LUCIANO H. L. TOLENTINO; ELISA RYOKO BABA; CATERINA M.P.S. PENNACCHI; MAURÍCIO P. SORBELLO; RICARDO S. UEMURA; CARLA CRIST

INSTITUIÇÃO: ICESP - FMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR CARCINÓIDE DE DUODENO

Introdução: Os tumores carcinóides são neoplasias das células neuroendócrinas, mais frequentemente localizadas no trato gastrointestinal (cerca de 70%), sendo o duodeno sede de menos de 2%. Estes últimos apresentam sintomas inespecíficos sendo muitas vezes achados de endoscopia diagnóstica. Apresentam, frequentemente, evolução benigna e em casos selecionados a ressecção endoscópica pode ser a terapêutica adequada. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente apresentando tumor carcinóide de duodeno tratado através de ressecção endoscópica. **Métodos:** Paciente, sexo masculino, 61 anos com sintomas dispépticos há 3 meses, sem perda de peso. Endoscopia digestiva alta (EDA): lesão submucosa em primeira porção de duodeno e na parede anterior medindo 1,5 cm. Ecoendoscopia: lesão hipoeoica de segunda camada de bulbo duodenal medindo 10mm x 6,3 mm nos seus maiores eixos; optou-se por não realizar a punção aspirativa, pois a acurácia diagnóstica de lesões desse tamanho é baixa. Indicada ressecção endoscópica da lesão duodenal. **Resultados:** Paciente submetido a ressecção endoscópica da lesão com técnica de dissecação da submucosa após escleroinjeter e ressecção com alça de polipectomia e flush knife. Paciente evoluiu bem, recebendo dieta com 12 horas e alta em 24 horas. **Histopatológico:** tumor neuroendócrino grau I, bem diferenciado, com tamanho de 0,7 cm no maior eixo localizado na mucosa do intestino delgado (duodeno) comprometendo mucosa e submucosa, margens cirúrgicas livres. **Imunohistoquímica:** cromogranina A: positiva; sinaptofisina: positiva; enolase- neurônio específica (NSE): positiva. **Conclusão:** Os tumores carcinóides do trato gastrointestinal de localização duodenal são de ocorrência rara. A ressecção endoscópica em casos selecionados é uma indicação terapêutica. A ressecção endoscópica nesse caso mostrou-se uma técnica segura e eficaz.

AUTORES: Brenda Freitas Gouveia; Felipe Antônio Rocha de Almeida; Francisco Sales de Moreira Pinto; Felipe Antônio Rocha de Almeida; Fernanda Patrícia Jeronymo Pinto; Edigar Targino da Rocha Júnior;

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO PONTIAGUDO DE VIA AÉREA

AEV, sexo masculino, pardo, 17 anos, natural e procedente de Recife, Pernambuco, com diagnóstico de Retardo Mental Moderado, acompanhada de genitora, deu entrada na emergência clínica do Hospital da Restauração, no mês de março de 2016, com queixas de taquipnéia e tosse secretiva há 2 dias. Realizado radiografia torácica que evidenciou corpo estranho a nível de bronquio fonte direito. Encaminhado ao serviço de emergência de endoscopia digestiva alta do referido hospital. Realizado broncoscopia com necessidade de sedação venosa (fentanil e dormonid) e endoscópio de 4.8 mm. À broncoscopia, apresentava brônquio fonte direito com presença de grampo metálico de cabelo aberto com extremidades pontiagudas proximais, procedeu-se a retirada do mesmo com auxílio de alça de polipectomia por fora do endoscópio e pinça dente de rato por dentro do canal de trabalho. Após a retirada do corpo estranho, paciente permaneceu em observação por 24 horas, evoluiu bem, recuperação total e alta.

AUTORES: Francisco Pessoa da Cruz Júnior; Helen Mayara Nunes da Silva Oliveira; Mario Ferreira Brito; Eunivaldo Fernandes Holanda;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

RUPTURA ESPONTÂNEA DE ESÔFAGO

Introdução: A perfuração esofágica é uma das mais temidas afecções do trato digestivo devido à alta mortalidade. Quando a laceração acomete todas as camadas do órgão, denomina-se perfuração espontânea do esôfago ou Síndrome de Boerhaave. Objetivo: Relatar um caso de Síndrome de Boerhaave e desenvolver uma breve revisão da literatura. Relato de caso: E.S., masculino, 53 anos, etilista, sem comorbidades. Referia dor torácica de forte intensidade e início abrupto, mal-estar e vômitos com raias de sangue. À avaliação semiológica encontrava-se em bom estado geral. À endoscopia digestiva alta identificou-se uma laceração na mucosa, longitudinal, no lado esquerdo, porém não houve a descrição de dimensões da lesão no laudo. Em exame físico posterior constatou-se enfisema subcutâneo, sendo solicitada radiografia que demonstrou presença de sinal de Neclério e enfisema cervical. Em tomografia de tórax evidenciou-se a presença de ar no mediastino e peri-esôfago, e ausência de coleções. Optou-se por tratamento conservador com suporte nutricional parenteral total, jejum e antibióticos. No oitavo dia realizou-se o esofagograma, que não evidenciou fístulas. Paciente recebeu alta e foi acompanhado ambulatorialmente com a realização de endoscopia que revelou não haver complicações. Discussão: Os casos de perfuração esofágica são de baixa incidência na população, o que torna a Síndrome de Boerhaave rara, pois consiste em cerca de 15% das perfurações do esôfago, ocorrendo mais comumente entre os 40 e 60 anos de idade. O alcoolismo e o exagero alimentar são dois principais fatores predisponentes. O termo "espontâneo" é devido a ação precipitante ser um aumento abrupto da pressão intraluminal do esôfago, que promove efeito deletério em pontos fracos do órgão (distalmente), e não por fatores externos ou de manipulação do órgão. No presente caso, o diagnóstico ficou claro devido à presença da tríade de Marckler (vômitos, dor torácica e enfisema), considerada patognomônica de Boerhaave. No tratamento da ruptura esofágica a conduta pode ser cirúrgica, endoscópica ou conservadora. No caso, E.S. apresentava-se em bom estado geral e sem complicações, assim, preferiu-se pelo tratamento conservador. Conclusão: É importante o diagnóstico em 24h e uma identificação do estado geral do paciente, tendo em vista um tratamento individualizado. O tratamento conservador, apoiado no suporte nutricional parenteral total, jejum e antibióticos mostrou ser efetivo em paciente com diagnóstico precoce.

AUTORES: Eduardo Silva Farinazzo; Buna Cansian; Vanessa Bernardo; Lino Luís Sanches Larangeira;

INSTITUIÇÃO: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ- CAMPUS LONDRINA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DE PIROSE E REGURGITAÇÃO NA DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EROSIVA: UMA QUESTÃO DE HABILIDADE

A Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE) ocorre em função do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gástrico ou gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes. DRGE pode se manifestar de forma erosiva, não-erosiva ou por suas complicações. Os sintomas típicos da DRGE são pirose e regurgitação. Pirose tem uma especificidade de 89% e sensibilidade de 38%, enquanto a regurgitação apresenta 95% de especificidade mas apenas 6% de sensibilidade. A avaliação de tais queixas se faz durante a anamnese, cuja a condução é examinador dependente e requer habilidade clínica específica. O objetivo deste trabalho foi avaliar a sensibilidade e especificidade dos sintomas pirose e regurgitação em pacientes com DRGE erosiva, quando entrevistados por acadêmicos de medicina. Para isso, um formulário próprio foi desenvolvido e aplicado por acadêmicos do 7o período do curso de medicina a pacientes encaminhados à endoscopia digestiva alta (EDA) na Clínica Gastrus, no município de Betim, Minas Gerais, durante o período de agosto de 2015 a junho de 2016. Dos 3019 pacientes submetidos a EDA no período, 741 foram entrevistados pelos alunos durante as aulas de semiologia. Destes pacientes, 138 (18,6%) foram diagnosticados com doença erosiva do esôfago. Os acadêmicos em medicina apontaram que, dentre os pacientes estudados, 282 (38,1%) queixavam-se de pirose e 243 (32,8%) de regurgitação. A sensibilidade do sintoma pirose para esofagite erosiva foi estimada em 25,17% e sua especificidade em 74,82%. Para regurgitação, os valores encontrados foram 25,92% de sensibilidade e 74,07% de especificidade. Quando havia a associação dos sintomas pirose e regurgitação (132 pacientes) os valores de sensibilidade e especificidade foram respectivamente 31,06% e 68,94%. Portanto, o diagnóstico clínico de DRGE a partir da anamnese feita por acadêmicos em medicina pode não ser tão preciso quanto ao descrito na literatura. Infere-se que isso se deva à falta de experiência do entrevistador, já que é necessário que paciente e médico tenham bom entendimento do significado de cada terminologia, principalmente de sintomas como pirose e regurgitação. Tal habilidade é desenvolvida pelo acadêmico de medicina ao longo do curso e deve aprimorar-se à medida que o aluno se envolva mais em atividades práticas.

AUTORES: Flavia Marques de Melo; Anna Luisa Baeta da Costa Sales; Clara Silva Freitas; Paula Chaves Ribeiro; Yolanda Souza Mares; Maurício de Oliveira Bueno Queiroz Fontes;

INSTITUIÇÃO: PUC MINAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SÍFILIS GÁSTRICA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

Introdução A sífilis é uma doença infectocontagiosa descoberta no século XV e ainda frequente nos dias atuais. Apesar de ser uma doença sistêmica, o acometimento do trato gastrointestinal é pouco usual. O diagnóstico diferencial, sobretudo com neoplasias, ratifica a importância do seu estudo. **Objetivo** Relatar os principais achados endoscópicos e histológicos da sífilis gástrica. **Relato do Caso** Paciente de 45 anos, sexo feminino, com quadro de desconforto epigástrico e perda ponderal de 4 Kg em dois meses. História prévia de dislipidemia e asma, em uso de sinvastatina e fluoxetina. Negava uso de AINEs ou outras drogas. Exame físico sem alterações. Submetida a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que evidenciou mucosa nodulosa, friável, com elasticidade preservada, e a presença de ulcerações serpiginosas em pequena curvatura, além de lesões numulares, com bordas elevadas e fundo limpo, dispersas pelo estômago. Anatomopatológico mostrou infiltrado inflamatório de células mononucleares, com polimorfonucleares de permeio na lâmina própria, e pesquisa de *Helicobacter pylori* positiva. O diagnóstico diferencial incluía, principalmente, Linfoma MALT e sífilis gástrica, a qual foi confirmada através de exames sorológicos: VDRL em títulos 1:4096 e FTA-Abs reagente. Duas semanas após a realização da endoscopia, em controle ambulatorial, houve surgimento de lesões cutâneas típicas de sífilis secundária. **Discussão** O primeiro caso de sífilis gástrica confirmado por histologia foi descrito em 1922 por Graham. É uma doença rara, que deve ser suspeitada, principalmente, em pacientes jovens com quadro de dor abdominal e emagrecimento. Os principais achados endoscópicos são edema de mucosa, hipertrofia de pregas, úlceras, erosões e lesões nodulares, sendo comum a concomitância de lesões. Exames sorológicos não treponêmicos (VDRL) e treponêmicos (FTA-Abs) podem confirmar o diagnóstico, assim como análise histológica com coloração de prata, imunofluorescência ou PCR. O tratamento de escolha é penicilina benzatina e, por ser considerada uma manifestação da sífilis secundária, a dose recomendada é 2400000 UI/semana durante duas semanas. **Conclusão** O diagnóstico de sífilis gástrica deve ser suspeitado em casos de lesões gástricas ulcerosas e nodulares, sobretudo em pacientes jovens. A distinção desta entidade com linfoma, doença inflamatória e outras doenças infecciosas é por vezes laboriosa, sendo crucial o alto índice de suspeição e conhecimento dos métodos complementares para o diagnóstico.

AUTORES: Igor Nolasco Segheto; Walton Albuquerque; Francisco Guilherme Cancela Penna; Alexandre Martins Passos Ferreira; Itiberê Pessoa da Costa; Enilce de Oliveira; Alexandre Miranda Silveira; Maíra Fernandes Almeida Penna;

INSTITUIÇÃO: IPSEMG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SÍNDROME DE BOUVERET: RELATO DE CASO

Introdução: A obstrução intestinal por cálculos biliares é uma complicação de colelitíase decorrente de fístula colecistoentérica. Essa obstrução pode ocorrer ao nível do íleo distal, cólon e duodeno, sendo chamado essa última de Síndrome de Bouveret decorrente de fístula colecistoduodenal. **Objetivo:** Apresentar um caso de Síndrome Bouveret diagnosticado por Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com resolução cirúrgica. **Relato de Caso:** Paciente 66 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética. Deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal, vômitos com conteúdo alimentar e hematêmese. A EDA mostrou bulbo duodenal ocupado por grande cálculo arredondado, enegrecido, impedindo a progressão do aparelho para segunda porção duodenal. Realizadas tentativas de remoção do mesmo com alça de polipectomia, basket extrator e pinça de corpo estranho tipo tetrapod, sem sucesso. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdômen evidenciou importante distensão gástrica por obstrução duodenal pelo cálculo. Submetida a cirurgia que visualizou área de necrose com perfuração bloqueada em parede anterior do fundo gástrico, resíduos alimentares na cavidade peritoneal, fístula colecistoduodenal com reação inflamatória, cálculo impactado na segunda porção duodenal. Realizada duodenotomia com extração do cálculo, com saída de secreção purulenta, gastrectomia total, jejunostomia alimentar e esofagostomia cervical. No pós operatório paciente evoluiu com sepse abdominal, piora clínica, laboratorial e óbito. **Discussão:** A Síndrome de Bouveret é mais prevalente em mulheres maiores de 60 anos, manifestando-se clinicamente com dor abdominal, náuseas e vômitos. Hematêmese pode ocorrer devido a ulceração e erosão no piloro e duodeno produzida por cálculo. O diagnóstico baseia-se em radiografia simples e TC de abdômen, nos quais um terço dos pacientes apresentam a Tríade de Ringler (obstrução intestinal, aerobilia e cálculo biliar ectópico). Outros métodos são ultrassonografia de abdômen e colangiorrsonância . A EDA possui papel diagnóstico e terapêutico, sendo uma opção menos invasiva e com menores complicações inerentes a cirurgia. Contudo é uma prática difícil dependendo do tamanho do cálculo e possui risco de ruptura duodenal após manobras para extração do cálculo impactado. **Conclusão:** A EDA pode ser um método de diagnóstico útil da Síndrome de Bouveret, mas a sua aplicação terapêutica é limitada pelo tamanho do cálculo e pela dificuldade de manipulação no duodeno.

AUTORES: Marcela da Silveira Loretto Mathias; Bruna Fernandes Ferreira da Silva; Erico Pessoa Canal; Cynara Feuchard Pinto; Afonso Paredes; Marcius Batista da Silveira; Camila Adour Mendes; Keite Azevedo Lima;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SÍNDROME DE COWDEN - RELATO DE CASO

Introdução: Síndrome de Cowden é um distúrbio autossômico dominante, caracterizado por múltiplos hamartomas e lesões neoplásicas na pele, mucosas, tireoide, mama, endométrio e cérebro. Os pacientes apresentam pólipos pelo trato gastro intestinal, na maioria hamartomas, sem potencial de malignidade. Indicado endoscopia digestiva alta e colonoscopia desde os 25 anos ou antes, caso apresente sintomas. Mais de 80% dos casos são devidos a uma mutação no gene PTEN com localização no cromossoma 10q22-23. Os doentes apresentam predisposição para desenvolver uma grande variedade de lesões benignas e/ou malignas. Em relação às lesões malignas, a síndrome predispõe para os carcinomas da mama, tireóide e endométrio. O envolvimento do trato gastrointestinal é estimado em 70- 90% e os pacientes são assintomáticos, sendo mais atingidos o cólon sigmóide e reto. A acantose glicogênica esofágica é frequente nos doentes com SC, sendo para alguns, critério patognomônico. Os doentes com SC deverão ser avaliados de 6 em 6 meses.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 31 anos, acompanha por carcinoma folicular minimamente invasivo de tireoide, submetida a tireoidectomia parcial e iodoterapia (2002) e posterior exérese da glândula por bócio colóide multinodular + hiperplasia folicular, carcinoma ductal invasivo de mama esquerda, sendo submetida a mastectomia (2014), hamartomas múltiplos de laringe e faringe, macrocefalia e lesões císticas faciais. História familiar de câncer de mama. Diagnosticada com Síndrome de Cowden, apresentando PTEN mutado (p.Arg130Ter). Realizada Endoscopia Digestiva Alta: em esôfago, mucosa com placas elevadas em toda sua extensão, esbranquiçadas, ocupando toda a circunferência do órgão sugestivo de acantose glicogênica. Em parede posterior do estômago para grande curvatura do antro médio, tem uma lesão elevada, séssil, com superfície irregular, medindo cerca de 20 mm. Em corpo e fundo, vários pólipos sésseis, regulares, de 4 a 6 mm. A mucosa do bulbo apresenta irregularidade, com vários pólipos sésseis, de superfície regular, medindo 4 mm. Segunda porção, com grande quantidade pólipos sésseis e lesões elevadas, alguns irregulares, de 2-7 mm, caracterizando polipose. Conclusão: Assim, todos devem ser submetidos à busca de malignidades ocultas, com ênfase para mama, glândula tireóide, trato gastrointestinal e sistema nervoso. O reconhecimento precoce pode reduzir a morbidade e mortalidade presentes na síndrome de Cowden.

AUTORES: Lívia Maria Marcondes de Moura Lanfranchi; Álvaro Moura Seraphim; Adriane Graicer Pelosof; Claudia Zitron Sztokfisz; Eloy Taglieri; Otavio Micelli Neto; Luciana de Moura Leite; Paola Moscatello; Daniel Rosendo Pimentel;

INSTITUIÇÃO: AC CAMARGO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Plummer-Vinson ou de Paterson-Kelly consiste em uma afecção rara caracterizada classicamente pela tríade: disfagia, membrana esofágica e anemia ferropriva. Sua etiopatogenia permanece desconhecida, sendo que existem poucos dados sobre sua prevalência. Sabe-se que a frequência é maior em caucasianos acometendo, sobretudo, mulheres entre a quarta e sétima décadas de vida, embora haja relatos da síndrome em crianças e adolescentes. **OBJETIVO:** Relatar um caso de Síndrome de Plummer-Vinson e a conduta tomada. **RELATO DE CASO:** GRP, feminina, 20 anos, procura atendimento por disfagia, pirose e epigastralgia intermitentes com início a cerca de 5 meses. Refere perda ponderal nos últimos dois meses, sem quantificá-la. Nega demais sintomas. Refere estar fazendo uso de Ranitidina (150 mg, 2 vezes/dia) e Gluconato Ferroso (100 mg/dia). Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral. No exame abdominal, apresentava abdome globoso com dor à palpação profunda em região epigástrica. Os exames laboratoriais previamente solicitados apresentaram os seguintes achados: Hb de 10,1 g/dL, eritrócitos de 3,1 milhões/mm³, hematócrito de 30,6%, ferro sérico de 79 mcg/dL e ferritina de 10,8 mcg/dL. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou: esôfago cervical com membranas que impediram a progressão do aparelho, necessitando a realização de rompimento das membranas com sondas de Savary-Guiliard números 9, 10 e 12.8; gastrite endoscópica enantematosa em antro gástrico. **CONCLUSÃO:** O reconhecimento dessa síndrome é de suma importância, pois a mesma é considerada fator de risco para desenvolvimento de carcinoma de células escamosas de esôfago e faringe. A tríade completa da doença é um achado incomum, sendo a disfagia isolada o mais comum. Esta se caracteriza por ser prolongada, indolor, intermitente - principalmente para sólidos e associada a perda de peso. A anemia ferropriva pode estar ausente em 20% dos casos. O diagnóstico é confirmado por meio da constatação laboratorial de anemia ferropriva e presença de membrana esofágica à EDA, esofagograma baritado ou videofluoroscopia. A reposição de ferro pode resultar na resolução da disfagia e no desaparecimento da membrana esofágica. Contudo, pode ser necessário a dilatação esofágica em pacientes com obstrução importante. A endoscopia digestiva alta anual é indicada por alguns autores como screening para carcinoma esofágico, apesar de não existirem evidências para sustentar essa indicação.

AUTORES: Gilberto Rost; Ornella Wilke; Elizabeth Nardi; Rafael Sartori Balbinot; Paulo Roemmler; Gustavo Ogliari; Jonathan Soldera; Silvana Sartori Balbinot; Raul Angelo Balbinot; Karolina Gonçalves;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

SITUS INVERSUS IDENTIFICADO NA ENDOSCOPIA PARA LIGADURA DE VARIZES

Introdução: Atresia de via biliar é definido por uma obliteração ou descontinuidade do sistema biliar extra-hepático, resultando em obstrução do fluxo biliar e é uma condição comum em pacientes pediátricos com transplante hepático. Patologia mais comum no período neonatal, acometendo mais meninos do que meninas, classificado em tipo fetal ou embrionário (acomete nas 2 primeiras semanas de vida) e neonatal (acomete de 2- 8 semanas de vida). Corresponde a uma das mais conhecidas entidades presentes em anomalias congênitas múltiplas, sendo associada à poliesplenia, veia porta pré duodenal, má rotação, ausência de veia cava inferior, anomalias cardíacas, shunt intra pulmonar, asplenia, anormalidades pancreáticas e situs inversus. Atresia ocorre em 28% das crianças que nascem com situs inversus, comparado com 0,01% da população geral. Situs inversus é uma condição que se desconhece a etiologia, onde os órgãos abdominais e pulmão, estão ao contrário; o átrio esquerdo é para direita e vice versa. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 7 anos, em acompanhamento no Hospital A. C Camargo devido diagnóstico de situs inversus e atresia de vias biliares aos 8 meses de vida, quando foi realizado transplante hepático (pai doador). Em 2013, paciente evoluiu com Linfoma de Burkitt, tratado com quimioterapia e com término em 2014. Realizada endoscopia digestiva alta de controle onde se evidenciou em esôfago presença de 4 cordões varicosos, 2 de médio e 2 de fino, azulados, tortuosos e com presença de red spots junto à transição. Notam-se também cicatrizes pós ligadura. Realizadas 3 ligaduras elásticas sem intercorências. No estômago, presença de Situs Inversus. À retrovisão, notam-se cordões varicosos azulados e tortuosos em fundo gástrico como prolongamento das varizes de esôfago. Em duodeno, nota-se cicatriz arciforme irregular com presença de lesão ativa de média profundidade, com fundo de fibrina espessa, na parede posterior determinando deformidade que permite a passagem do aparelho com dificuldade. Conclusão: Atresia de via biliar é associada com outras anomalias congênitas estruturais, com prognóstico ruim. Estes pacientes tem pouca secreção biliar após porto enterostomia hepática, devido a cirurgia ser tardia.

AUTORES: Lívia Maria Marcondes de Moura Lanfranchi; Adriane Graicer Pelosof; Otavio Mlcelli Neto; Claudia Zitron Sztokfisz; Eloy Taglieri; Álvaro Moura Seraphim; Luciana de Moura Leite; Paola Moscatello; Daniel Rosendo Pimentel;

INSTITUIÇÃO: AC CAMARGO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

TRATAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA COM UTILIZAÇÃO DE TISSUE PATCH TM POR VIA ENDOSCÓPICA - RELATO DE CASO

Introdução: A fístula traqueoesofágica (FTE) está relacionada com patologias toracopulmonares e apresenta alta taxa de mortalidade e morbidade, sendo uma das complicações nos tratamentos das neoplasias de esôfago. Os sintomas são inespecíficos e podem estar ausentes, porém os mais frequentes são tosse após a ingestão de alimentos, dispnéia, disfagia e broncopneumonia de repetição. O tratamento da FTE pode ser realizado de forma conservadora, endoscópica ou cirúrgica, sendo esta última a mais utilizada. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de fístula traqueoesofágica sintomático que foi submetido a tratamento com Tissue Patch™ por via endoscópica. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, com história de câncer de boca e de esôfago, submetido a radioterapia e quimioterapia, livre de doença, apresentando disfagia para líquidos e com dieta exclusivamente por gastrostomia. Ao exame endoscópico apresentava estenose esofágica a cerca de 25 cm da arcada dentária superior sendo submetido a 4 sessões de dilatação, sendo a última para 11 mm. Evoluiu com tosse pós alimentar e febre, foi internado. Iniciada antibioticoterapia com clindamicina e ceftriaxona por 7 dias. Após melhora clínica, foi realizada endoscopia de controle, sendo evidenciada FTE a cerca de 24 cm da arcada dentária superior, área de estenose. Paciente foi submetido a tratamento da fístula por via endoscópica com a utilização de um autoadesivo selante sintético absorvível Tissue Patch™. A colocação foi realizada por endoscopia, com auxílio de pinça de biópsia e cap na ponta do aparelho, para proteger o adesivo da umidade e para ele não colar antes do local desejado. Procedimento não apresentou intercorrências. Após o procedimento paciente evoluiu com melhora da tosse e após 5 dias, na endoscopia de controle, não foi evidenciado o orifício da fístula, o que foi confirmado pelos exames de imagem (TAC). Paciente evoluiu sem queixas de tosse, desde a colocação do Tissue Patch™. **Conclusão:** O Tissue Patch™ por via endoscópica pode ser uma alternativa efetiva no difícil tratamento das fístulas traqueoesofágicas.

AUTORES: Marcos Paulo Gomes de Mattos; Thiago Guimarães Vilaça; Gustavo José Carneiro Leão Filho; José Luiz Figueiredo; Julyanne Luize de Lima Rios Castro; Maria Angélica Soares Gomes; Raimundo Nonato Lopes Neto;

INSTITUIÇÃO: IMIP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO COM DRENAGEM DE FÍSTULA EM ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA INTRATORÁCICA

Introdução: Fístula de anastomose intratorácica em pacientes submetidos a esofagectomia, é associada com alta taxa de morbimortalidade. A reabordagem cirúrgica já foi considerada o tratamento de escolha, porém devido a alta morbidade, o tratamento endoscópico associado ao uso de próteses se tornou uma alternativa. Relato de caso: Paciente do sexo masculino de 47 anos, com diagnóstico de Adenocarcinoma em esôfago distal. Submetido a esofagectomia subtotal, gastrectomia parcial, linfadenectomia e reconstrução com tubo gástrico intratorácico. No 1º pós operatório (PO) diagnosticado fístula em anastomose com realização de toracoscopia, ressutura de anastomose e drenagem do tórax. No 3º PO de reabordagem realizou teste com azul de metileno e endoscopia demonstrando deiscência da anastomose esofagogástrica, com passagem de prótese esofágica parcialmente recoberta, 22x 160 mm com técnica de Shim. Após 22 dias de prótese, manteve sinais de fístula com extravasamento de azul de metileno por orifício de drenagem torácica. Optado por retirada da prótese e passagem de prótese totalmente recoberta de 30x 240 mm, para posicionamento pós pilórico, aventando refluxo gastroduodenal. Após 46 dias da segunda prótese, realizada retirada com observação manutenção da fístula. Optado por drenagem endoscópica de loja através da passagem de fio guia por fístula e exteriorização pelo orifício de drenagem previa torácico direito. Dilatado trajeto com Savary 5 mm sob fio guia, seguido passagem de alça de polipectomia para tracionar e posicionar dreno de silicone tubulolaminar em loja no mediastino posterior. Passagem de nova prótese totalmente recoberta de 22x110 mm e fixação com Shim. Após 29 dias de prótese associado a drenagem endoscópica, retirada prótese e observado fechamento de fístula, confirmado por radiografia contrastada. Paciente evoluiu com aceitação da dieta e retirada do dreno. Discussão: O manejo endoscópico com próteses metálicas auto expansíveis deve ser considerado como tratamento em pacientes com fístula de anastomose esofagogástrica intratorácica, associado ao tratamento dos fatores de manutenção, desfavoráveis ao fechamento da fístula. Conclusão: O tratamento endoscópico das fístulas de anastomose intratorácica mostram bons resultados no fechamento e recuperação dos pacientes.

AUTORES: Ariadne Dutra Oliveira Rocha; Eloy Taglieri; Francisco Susumo Correa Koyama; Adriane Graicer Pelosof; Claudia Zitron Sztokfisz;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL A.C.CAMARGO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Divertículo de Zenker é uma causa rara de disfagia, podendo estar associado a complicações graves como pneumonia aspirativa. Existem vários métodos que podem ser utilizados para o tratamento, sendo o método endoscópico transoral aquele mais utilizado atualmente. Nesse vídeo demonstramos um caso de um paciente do sexo masculino, de 60 anos, que se submeteu a septotomia endoscópica com uso de needle-knife e sonda nasogástrica, evoluindo com perfuração esofágica e enfisema subcutâneo. Permaneceu em dieta zero por 4 dias, resumindo então a dieta e tendo feito uso de antibioticoterapia por 7 dias, recebendo alta hospitalar no 8º pós-operatório.

AUTORES: SAMUEL MAGALHAES GURGEL; FRANCISCO PAULO PONTE PRADO JUNIOR;
RICARDO RANGEL DE PAULA PESSOA; DANIEL DE PAULA PESSOA; JOAO PEDRO CARLOS DE
OLIVEIRA; ANANDA NOGUEIRA LOIOLA; DANIEL PINHEIRO VIANA;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL CESAR CALS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE PARAGANGLIOMA GANGLIOCÍTICO. RELATO DE CASO

O paraganglioma gangliocítico é um tumor benigno raro, geralmente localizado na segunda porção duodenal junto à papila de Vater. Há cerca de 130 casos descritos na literatura. A incidência é maior entre pacientes do sexo masculino e na sexta década de vida. Relato do caso: trata-se de paciente do sexo feminino, de 60 anos de idade, com antecedente de quadro de pancreatite aguda há cerca de 2 meses. Durante investigação etiológica do quadro de pancreatite foi observada uma grande lesão subepitelial com formato oval e cerca de 30 mm localizada na segunda porção duodenal além de barro biliar visto durante USG de abdome. Houve resolução do quadro de pancreatite sem que um outro fator etiológico fosse encontrado durante a investigação laboratorial e de imagem. A paciente evoluiu nas semanas subsequentes ao quadro com episódios de dor abdominal tipo cólica no epigástrico, sensação de plenitude pós prandial, distensão abdominal, inapetência além de anemia. Durante reavaliação com endoscopia e ecoendoscopia foi observado que a lesão subepitelial se apoiava junto à papila de Vater, ocluindo parcialmente a mesma. Na ocasião a ecoendoscopia mostrava que a lesão tinha origem na camada submucosa. Optado, então, pela tentativa de ressecção endoscópica da lesão, que foi realizada sem intercorrências utilizando técnica de mucosectomia convencional "lift and cut". O estudo histológico da lesão mostrou ressecção completa com margens livres, sugerindo diagnóstico de paraganglioma gangliocítico, confirmado pela imunohistoquímica. Discussão: O paraganglioma gangliocítico apresenta-se normalmente como lesão duodenal única, macroscopicamente subepitelial e, por esse motivo, o diagnóstico histológico pré tratamento nem sempre é possível. A sua evolução é incerta com raros casos descritos de metástases para linfonodos regionais. O tratamento dessas lesões pode ser cirúrgico ou endoscópico, com a ressecção completa da lesão. O paraganglioma gangliocítico pode apresentar padrão histológico semelhante a uma lesão neuroendócrina, GIST, neurofibroma ou ganglioneuroma e o estudo imunohistoquímico é geralmente necessário para o seu diagnóstico. Não existe uma diretriz para o tratamento e tanto a abordagem cirúrgica quanto a endoscópica podem ser efetivas desde que a ressecção completa da lesão seja obtida.

AUTORES: DANIELA M MILHOMEM CARDOSO; LAIZE MARIANE M G S DE CASTRO; GIOVANA F CAVALCANTI; AMERICO DE OLIVEIRA SILVERIO; ARNALDO SERGIO NEIRS PEREIRA; ISABELA SILVERIO MOREIRA; VANESSA VALADARES DE PAULA; VITOS LINHARES RIBEIRO; IZABEL JACKELINE MORAIS LIMA MOREIRA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - HGG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE PERFURAÇÕES ESOFÁGICAS BENIGNAS.

Perfurações esofágicas são complicações graves, com alta taxa de mortalidade. O tratamento cirúrgico por muito tempo foi considerado o padrão-ouro, porém as próteses endoscópicas surgiram como opção terapêutica minimamente invasiva. Este trabalho descreve dois casos de perfuração esofágica, tratados endoscopicamente com sucesso. Caso 1: Feminino, 14 anos, com ingestão de cáustico, evoluindo com disfagia, evidenciado em endoscopia digestiva alta (EDA) áreas de estenose em esôfago proximal. Indicou-se dilatação esofágica com velas de Savary-Gilliard, evoluindo com dor retroesternal, observando perfuração iatrogênica a 26 cm da ADS. Realizada gastrostomia endoscópica, drenagem pleural e mediastinal, antibioticoterapia e suporte clínico. No dia seguinte, foi locada uma prótese esofágica metálica autoexpansiva totalmente recoberta. Com boa evolução, retornou após 05 semanas para retirada da prótese, com necessidade de dilatação para retirada do dispositivo. Retomou-se as dilatações após um mês com balão pneumático, permanecendo apenas cicatriz residual em área de subestenose. Caso 2: Masculino, 32 anos, com cirrose hepática de etiologia alcoólica, em uso irregular de beta-bloqueador. Deu entrada com hematêmese, melena e instabilidade hemodinâmica. Realizada EDA, com grande quantidade de sangue no esôfago, optando-se por passagem de balão de Sengstaken-Blakemore que, em radiografia de controle, mostrou balão gástrico insuflado acima do diafragma, sendo reposicionado. Após 12 horas realizada nova EDA, com grande quantidade de coágulos, realizando-se tratamento com ligadura elástica, com melhora hemodinâmica. Evoluiu com dispnéia, sendo encaminhado para tomografia de tórax que mostrou extravasamento de contraste em esôfago médio e, na EDA, lesão ulcerada profunda de 3 cm, com necrose e coágulos aderidos. Realizada passagem de prótese metálica totalmente recoberta, além de drenagem de tórax e mediastino e suporte clínico em unidade de terapia intensiva. Apresentou novo episódio de hemorragia digestiva alta, optado por tratamento com ligadura elástica abaixo da prótese. Após 5 semanas, retirada a prótese, mantendo áreas cicatriciais e sem extravasamento de contraste na radiografia contrastada. Paciente permanece em programa de profilaxia secundária com ligadura elástica e propranolol. Conclui-se que o uso de prótese auto expansiva é uma modalidade segura e inovadora no tratamento minimamente invasivo das perfurações esofágicas.

AUTORES: Thais Raquel da Silva; Gabriela Domingues Andrade Ribeiro; Thianny Liz Machado Santos; Claudia Lorenzetti; André Brandalise; Ciro Garcia Montes; Simone Lopes Guedes Moreira;

INSTITUIÇÃO: GASTROCENTRO UNICAMP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

**TUMORES GÁSTRICOS SINCRÔNICOS: TUMOR NEUROENDÓCRINO E ADENOCARCINOMA.
RELATO DE CASO.**

Introdução: O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum entre os tumores malignos gástricos, sendo dividido entre o tipo difuso e o intestinal relacionado às lesões pré-neoplásicas atrofia e metaplasia intestinal. Apesar do amplo reconhecimento dos fatores de risco e carcinogênicos, continuam sendo diagnosticados na fase avançada da doença. Outro tipo de tumor gástrico são as neoplasias neuroendócrinas (NNE), consideradas potencialmente malignas e com propriedades endócrinas. A NNE gástrica vem aumentando em prevalência devido ao maior conhecimento destes tumores e respectivos marcadores bioquímicos responsáveis pela sua diversidade funcional. Podemos classificá-la nos tipos hipergastrinêmicos (I e II) e não hipergastrinêmicos (III/espórádico). Há ainda o tipo IV, carcinoma NE e mistos (adenoneuroendócrino). Apesar da possibilidade de presença do padrão atrófico de mucosa em ambas as neoplasias, não há correlação descrita de uma mesma via carcinogênica no aparecimento simultâneo destes dois tipos de tumor em topografias distas do estômago. Alguns autores descrevem tumores gástricos combinados do tipo colisão verdadeiros e compostos, ou seja, células tumorais de linhagem diferente englobando o mesmo sítio anatômico de forma bem distinta ou mal delimitada. Tumores sincrônicos de população celular diferente interposta por células normais ainda não foi observado no estômago. Objetivo: Relato de caso de adenocarcinoma e tumor neuroendócrino gástrico sincrônicos. Paciente: Fem., 51 anos, branca. Refere melena de repetição há 5 meses; PS 2. EDA: corpo exibindo atrofia e múltiplas lesões polipóides sésseis diminutas (Biópsia 1); no antro, presença de extensa lesão vegetante, ulcerada e infiltrativa, com coágulo aderido, compatível com blastoma gástrico Bormann III (Biópsia 2). Imunohistoquímica 1: Tumor neuroendócrino bem diferenciado (cromogranina, sinaptofisina, CD56 e CAM5.2 positivos). Histopatológico 2: adenoma viloso com displasia de alto grau. TC de abd.: sem alterações. Tratamento: Gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux. Peça cirúrgica: Adenocarcinoma diferenciado e ulcerado, infiltrando até camada muscular com linfonodos livres de neoplasia. Estadiamento: IB (T2N0M0). Conclusão: O relato de caso surpreende pela rara associação de dois tumores gástricos de linhagem celular e topografia distintas, resultando maior atenção por parte de endoscopistas, cirurgiões e patologistas na avaliação de todo o estômago.

AUTORES: Mariana Roque Beserra; Vanessa Rodrigues Julião; Mariana Frizzera Carvalho; Bárbara Pereira de Almeida Costa; Sarah Dias Miranda; Joana Albrecht Bonomo; Rosana Ciuffo;
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ÚLCERA DE DIEULAFOY DO FUNDO GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência clínica exteriorizada através de melena, hematêmese além de alterações hemodinâmicas decorrentes de perda volêmica. Existem vários diagnósticos etiológicos causadores de hemorragias digestivas altas, dentre eles uma causa rara é Lesão de Dieulafoy, sendo relacionada a cerca de 2% dos casos de HDA. Nesse relato descreveremos um caso de lesão de Dieulafoy evidenciando a relevância dessa lesão como um importante diagnóstico diferencial nas causas de hemorragia digestiva alta. O procedimento diagnóstico e manejo atual é fundamentado pela endoscopia digestiva alta. A hemostasia endoscópica é realizada utilizando injeções de solução de adrenalina e hemo-clips.

AUTORES: Ricarddo Haddad Zeve; Christiana Haddad Zeve; Gabriel Mattheus Bernardi; Jorge Luiz de Mattos Zeve;

INSTITUIÇÃO: FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ÚLCERA ESOFÁGICA INDUZIDA POR CLINDAMICINA - RELATO DE CASO

A esofagite induzida por medicamentos (EIM) é um problema comum, e centenas de drogas já foram associadas ao seu desenvolvimento. Os sintomas são muitas vezes auto-limitados e a prevalência é frequentemente subestimada. A exposição persistente ao medicamento causador pode levar a complicações graves como estenose e hemorragia digestiva alta. Relato de Caso: Mulher, 41 anos, dona de casa, em tratamento há 3 dias com clindamicina 600mg de 6/6 horas para abscesso mamário procurou atendimento por odinofagia e dor torácica intensas. Realizado endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou úlceras confluentes profundas com enantema nos bordos que envolvem parede anterior, posterior e parede lateral esquerda do esôfago, no esôfago médio. A biópsia evidenciou abundante infiltrado neutrocitário e ulceração compatíveis com a EIM. Foi iniciado o tratamento com inibidores de bomba de prótons em dose alta, além da suspensão da droga com melhora do quadro. Discussão: A incidência estimada é de 3,9 casos/100000 habitantes, com uma idade média no surgimento da doença de 41,5 anos, e atingindo mais o sexo feminino. As medicações mais relacionadas com a esofagite induzida por drogas são alguns Antibióticos, como tetraciclina, doxiciclina e clindamicina, anti-inflamatórios Não Esteroides (AINES), e os bifosfonados. Os antibióticos são a causa mais comum de EIM. A Clindamicina é comumente utilizada para tratamento de diversas afecções e sua relação causal com esofagite é rara. O diagnóstico de EIM pode ser realizado com uma boa anamnese e exame físico; porém a EDA é o método diagnóstico considerado padrão-ouro. Os sintomas mais comumente observados nestes pacientes são odinofagia, dor retroesternal e disfagia, seguidos por vômitos, hematêmese, melena e dor epigástrica; que iniciam-se dentro de poucas horas até 10 dias após o uso do medicamento. Os pacientes geralmente apresentam história de alteração de anatomia e motilidade esofagiana, pouca ou nenhuma ingestão de água e posição supina durante o uso do medicamento. Os achados endoscópicos mais comuns incluem eritema superficial, erosões, úlceras, fragmentos de medicamentos, componentes de drogas revestindo a mucosa, estenose esofagiana e as kissing ulcers que ocorrem no terço médio do esôfago. A estratégia terapêutica da EIM consiste no abandono da medicação causadora. Drogas antiácidas e de citoproteção, como Inibidores da Bomba de Prótons e Sucralfato mostraram-se efetivas no tratamento e na melhora sintomática dos pacientes.

AUTORES: José Henrique Koth Sedrez; Eduarda Jaine Facchinello Dall'Aqua; Matheus Barcelos Pereira Rocha; Gustavo Gonzales Real;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

ÚLCERAS ESOFÁGICAS INDUZIDAS POR UM ÚNICO COMPRIMIDO DE ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDE EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Úlceras esofágicas induzidas por medicamentos representam 22% de todas as úlceras esofágicas. O efeito nocivo da droga é produzido pela ação direta sobre a parede do esôfago após o contato prolongado que desidrata os tecidos, tornando suscetíveis à ulceração. A ingestão com pequena quantidade de líquido e a posição supina após o uso da droga são fatores de risco. O quadro clínico é caracterizado por odinofagia e disfagia súbitas iniciadas algumas horas ou dias após a administração do comprimido. A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha para a detecção de lesões da mucosa esofágica. O tratamento consiste na suspensão do medicamento responsável pela injúria, atrelado a um inibidor da bomba de prótons. Objetivo: Relatar um caso de úlceras esofágicas induzidas por um único comprimido de anti-inflamatório não esteroide em paciente jovem. Método: Os dados foram obtidos por meio da anamnese, análise do prontuário e exames complementares em um hospital de Maceió-AL. Resultado/Descrição do caso: Paciente BKLM, sexo masculino, 25 anos, natural e procedente de Maceió-AL, procura um gastroenterologista com relato de dor retroesternal, odinofagia e disfagia de início abrupto, há 2 dias. Refere que os sintomas apareceram 24 horas após a ingestão de um comprimido de diclofenaco sódico 50mg sem auxílio de água e imediatamente antes de se deitar. Paciente nega sintomas semelhantes anteriormente e patologias prévias. Foi submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou no terço proximal do esôfago quatro lesões ulceradas de bordas elevadas, edemaciadas e fundo limpo, situadas em paredes inferior, lateral esquerda e lateral direita, sugestivas de lesões agudas medicamentosas. A conduta adotada foi a suspensão do uso do diclofenaco e a utilização de um inibidor da bomba de prótons, inicialmente em dose dupla nos primeiros 14 dias, seguido de mais 2 semanas com dose plena em jejum. Após trinta dias, paciente retorna assintomático e através de uma nova endoscopia, constata-se a remissão das lesões. Conclusão: Este caso demonstra a grande importância de orientar aos pacientes quanto à utilização adequada de medicamentos que possam provocar lesões agudas no trato digestivo. A úlcera esofágica medicamentosa, apesar de rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial das demais esofagites agudas, a fim de que o fármaco agressor seja imediatamente suspenso e o tratamento adequado estabelecido, evitando o agravamento das lesões.

AUTORES: Maria Isabel Ciríaco Lima; José Nobre Pires; Sarah de Souza Lira Gameleira; Clarita Machado de Melo Santos; Patrícia Carvalho Medrado; Clarissa Araújo Vasconcelos Patl; Adriana Melo Barbosa Costa; Marianne Danielle de Araújo; Jéssica da Silva Alves;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM UM PACIENTE CIRRÓTICO: RELATO DE CASO DE SANGRAMENTO POR LESÃO DE DIEULAFOY DUODENAL.

Introdução: A lesão de Dieulafoy (LD), foi descrita em 1897 pelo francês P.G Dieulafoy. Trata-se de afecção congênita, secundária a presença de uma arteríola de calibre anormal na submucosa que faz protrusão no lúmen intestinal, responsável por 6% dos casos de hemorragia digestiva alta (HDA). Acomete mais frequentemente o estômago proximal, na pequena curvatura, mas pode ser encontrada em todo o trato gastrointestinal. A apresentação clínica, em geral, ocorre em episódios de hemorragia digestiva volumosa, cujo tratamento endoscópico é bem-sucedido em 90% dos casos. Objetivo: Relatar o caso de um paciente cirrótico, que desenvolveu HDA, atribuída a LD. Relato de caso: Paciente masculino, 72 anos, com diagnóstico de cirrose hepática alcoólica, escore de Child-Pugh B9/MELD 17, e carcinoma hepatocelular, em avaliação pré-transplante hepático, admitido no serviço de urgência por quadro de ruptura espontânea de hérnia umbilical. Submetido, a fechamento do tecido subcutâneo e pele; evoluiu com descarga recorrente de líquido ascítico através da linha de sutura, associada a evisceração de omento no segundo dia pós fechamento, tratada com herniorrafia umbilical. No terceiro dia pós-operatório, o paciente apresentou dois episódios de hematêmese, com repercussão hematemétrica e taquicardia. Transferido ao CTI, foi iniciado suporte clínico e solicitada endoscopia digestiva alta (EDA), que descreveu varizes gastroesofágicas de pequeno calibre, com retração cicatricial por ligadura elástica prévia, sem sinal de sangramento e presença de vaso saliente, circundado por mucosa normal, localizado na parede anterior do bulbo duodenal, medindo 3 mm, com sangramento ativo. Tratamento endoscópico inicial com injeção de salina hipertônica-epinefrina, sem resolução, seguido, por clipadura mecânica, com controle satisfatório do sangramento. Após o procedimento retornou ao CTI, onde apresentou encefalopatia, falência renal aguda e piora da função hepática, evoluindo a óbito 8 dias após HDA. Conclusão: Estatisticamente, assim como na população geral, no paciente cirrótico a LD está entre as causas incomuns de HDA. Porém, deve ser lembrada no diagnóstico diferencial, especialmente em casos obscuros e com repercussão hemodinâmica, sendo o diagnóstico endoscópico acurado, com grande probabilidade de resolução terapêutica no mesmo tempo.

AUTORES: Lucas Figueiredo Cardoso; Renato Gomes Campanati; Filipe de Paula Martins; Nathália Silva Braga; Ranieri Leonardo de Andrade Santos;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

USO DE PRÓTESE METÁLICA AUTOEXPANSÍVEL PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE SUBESTENOSE DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL EM STATUS PÓS-GASTRECTOMIA: RELATO DE CASO

Introdução: Estenose de anastomose gastrojejunal é uma complicação pouco frequente, mas com riscos e decréscimo da qualidade de vida após a gastrectomia total ou parcial (Billroth II/Y de Roux). A passagem de stents metálicos autoexpansíveis têm eficácia limitada devido à alteração anatômica peculiar e suas dificuldades técnicas. Objetivo: Relatar melhora importante do estado nutricional após passagem de prótese metálica em paciente com desnutrição intensa devido gastroparesia e dificuldade de alimentação em status pós gastrectomia por neoplasia gástrica (subestenose benigna de anastomose gastrojejunal). Relato de Caso: M.L.S., 68 anos, feminino, procedente de Santos, é encaminhada ao serviço de Endoscopia Digestiva por subestenose de anastomose gastrojejunal e perda ponderal de 30 kg em cinco meses, em status pós operatório de gastrectomia parcial há dois anos, por neoplasia gástrica. Submetida à endoscopia, onde foi evidenciado grande quantidade de estase alimentar esofagogástrica. Optado pela realização de passagem de sonda de Fouchet sob regime de internação hospitalar para esvaziamento do trato gastrointestinal. Realizado nova endoscopia, com melhora parcial da visibilização do órgão, evidenciado anastomose gastrojejunal ampla, pérvia e sem lesões e presença de subestenose de alça jejunal eferente porém, transponível ao aparelho com certa dificuldade. Realizada tentativa de dilatação balonada da anastomose, sem sucesso, nesta e em mais outras duas tentativas posteriores. Após discussão de caso, decidiu-se pela passagem de prótese metálica autoexpansível parcialmente coberta em região de subestenose. Efetuado o procedimento sob fluoroscopia e visão endoscópica direta, com sucesso e sem intercorrências. Orientada retorno em sete, trinta e noventa dias, obtendo ótimos resultados no esvaziamento gástrico e na melhora clínica e nutricional. Em endoscopia de controle, oito meses após a passagem da prótese, a paciente apresenta reganho de peso (40 kg), assintomática. Conclusão: A passagem de SEMS mostra-se ser um método eficaz, seguro e minimamente invasivo em pacientes com subestenose/estenose de anastomose gastrojejunal tanto na palição quanto em pacientes sem condições clínico-cirúrgicas. Para isso, é necessário conhecimento e habilidade técnica ideais, além do material necessário para realização do procedimento.

AUTORES: Diego Soares Coca; Carolina Manna Santos; Everson Luiz de Almeida Artifon; Renato Brassolotto Bello; Carlos Kiyoshi Furuya Jr;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANA COSTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva alta

VOLVO GÁSTRICO AGUDO ASSOCIADO À HÉRNIA HIATAL PARAESOFAGIANA

Volvo gástrico é uma condição rara, onde ocorre a rotação do estômago ao longo do seu eixo maior que 180 graus. Foi descrito a primeira vez por Berti, em 1866. Sendo o relato do primeiro tratamento cirúrgico realizado em 1895, por Berg. É observado em adultos com mais de 50 anos, ou em crianças com menos de 1 ano (10-20%). A prevalência não está associada a etnia ou sexo. Sua classificação se dá segundo seu eixo de rotação: organoaxial, mesenteroaxial ou misto. Quanto a extensão, pode ser total, geralmente associada à dilatação do órgão, ou parcial, usualmente envolvendo piloro. A rotação pode ocorrer em sentido horário, quando o cólon se torna posicionado em frente ao estômago ou anti-horário, com posicionamento do cólon abaixo. No que concerne à etiologia, pode ser primário ou secundário, sendo essa segunda a mais comum. Na forma idiopática existe um relaxamento anormal dos ligamentos que sustentam o estômago, enquanto na forma secundária, existe a presença de uma patologia concomitante que resulta em uma mobilidade patológica. O presente caso relata o diagnóstico endoscópico de uma paciente de 81 anos, que procurou o setor de emergência, com queixa de vômitos incoercíveis há 18 horas, associado a dor em andar superior do abdome. Após exame físico, foram solicitados RX de tórax e abdomen, tomografia computadorizada de tórax e abdomen, assim como endoscopia digestiva alta. A radiografia de tórax evidenciou nível hidroaéreo no mediastino posterior, sugerindo volumosa hérnia de hiato. A tomografia de Abdome Total sem contraste, evidenciou volumosa hérnia de hiato com distensão gástrica associada, com posicionamento de grande parte do estômago dentro do tórax. A endoscopia digestiva evidenciou grande hérnia paraesofágica, com migração do corpo e antro gástrico para cavidade torácica, com torção quase total da transição corpo-antro, caracterizando quadro de volvo gástrico parcial. Após diagnóstico endoscópico, foi indicado tratamento cirúrgico em caráter de urgência. No tratamento cirúrgico foi realizado a redução do estômago para a cavidade gástrica, hiatoplastia utilizando tela e colecistectomia por via videolaparoscópica. O diagnóstico dessa condição patológica muitas vezes é tardio pela inespecificidade da sintomatologia e o tratamento cirúrgico deve ser precoce, visto alto risco de complicações e elevada taxa de mortalidade.

AUTORES: Dalton Lustosa de Figueirêdo; Suellen Vieira da Silva; Alexandre Chartunni; Fernando Maluf; Isadora Vieira Fernandes; Pedro Guilherme Mendonça Carapito;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

ABSCESSO CEREBRAL COMO COMPLICAÇÃO EM PACIENTE APÓS DILATAÇÃO DE ESÔFAGO

INTRODUÇÃO: A ingestão de substâncias cáusticas ocorrem com certa frequência, principalmente em países em desenvolvimento, que não apresentam uma legislação mais rígida para a comercialização desses produtos. A falta de embalagens com mecanismo de proteção contra a violação por crianças de proteção de violação para crianças e a comercialização em concentrações acentuadas de bases e alguns ácidos fortes, tornam esses acidentes mais graves. A consequente evolução para estenose de esôfago após ingestão de produto cáustico, pode ocorrer entre 10 a 15 % dos casos, e a principal abordagem terapêutica ocorre por meio de dilatações endoscópicas. As principais complicações das dilatações são sangramento, dor torácica, febre e perfuração. A formação de abscesso cerebral após dilatação é muito rara e existem pouquíssimos relatos de casos na literatura de língua inglesa.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo é relatar um caso de uma criança que desenvolveu abscesso cerebral após dilatação de estenose caustica de esôfago. **RELATO DO CASO:** MWRT, 3 anos, masculino, submetido a seis procedimentos de dilatação de esôfago retrogrado com sondas de Tucker, e posteriormente onze dilatações anterógrada com sondas de Savary-Gilliard. Após o procedimento de março de 2012 não retornou para nova dilatação que estava sendo realizadas a cada 15 dias. Em março de 2012 deu entrada no setor de urgência do hospital com crises convulsivas focais a esquerda, anisocoria a direita e Glasgow 4. Foram realizadas uma tomografia computadorizada e uma ressonância nuclear magnética de crânio, que mostraram extensa lesão hipodensa com captação anelar de contraste e importante desvio da linha média. Submetido a trepano drenagem dia 04/05/12 e craniotomia dia 28/06/12. Realizado tratamento com vários esquemas antimicrobianos com oxacilina, ceftriaxone e metronidazol durante 15 dias, e vancomicina, imipenem e metronidazol por 60 dias. A cultura do material drenado do abscesso cerebral mostrou-se polimicrobiano. Recebeu alta hospitalar em 04/08/12 e retomou as dilatações em setembro de 2012. Ainda em dilatação até hoje. Evoluiu com sequela neurológica importante. **CONCLUSÃO:** abscesso cerebral é uma complicação possível, apesar de rara e já relatada após dilatação de estenose caustica de esôfago. Deve-se estar atento a sinais e sintomas para o diagnóstico e tratamento precoce na tentativa de evitar complicações graves e sequelas.

AUTORES: Pedro Magalhães Bittencourt; Mariana Rodrigues Tolentino; Paulo Fernando Souto Bittencourt; Raquel dos Santos Malheiros; Denise de Oliveira Andrade; Marco Menicucci Esteves de Castro;

INSTITUIÇÃO: FASEH

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

ASSOCIAÇÃO DE ESTENOSE ESOFAGIANA CONGÊNITA EM PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE ATRESIA DE ESÔFAGO.

Introdução:A estenose congênita do esôfago é uma mal formação rara, sua incidência global é de 1:25.000-50.000 nascidos vivos. Pode ser classificada em três tipos: membranosa, associada a remanescentes traqueobrônquicos e muscular. Os pacientes podem apresentar morbidades como perda de peso, desnutrição, impactação alimentar e aspiração pulmonar. A anomalia associada mais comum é a atresia de esôfago (AE), sendo a taxa de incidência global da estenose congênita esofagiana entre os pacientes com AE e ou de fístula traqueo esofágica de 9,6%. **Objetivo:**Descrever a associação de estenose congênita esofagiana em pacientes após correção cirúrgica de atresia do esôfago. **Método:**Estudo retrospectivo com análise de prontuários dos pacientes com atresia de esôfago que evoluíram no pós-operatório com disfagia ou sintomas respiratórios e foram encaminhadas ao serviço de endoscopia digestiva, no período de 2011 a 2016. Também foi aplicado um questionário aos pais e cirurgiões pediátricos dos pacientes, sob condições cirúrgica e quadro clínico atual. **Resultados:**Foram avaliados 39 pacientes com sintomas disfágicos ou com pneumonias de repetição após correção cirúrgica da atresia de esôfago. Desses pacientes, seis (12%) tiveram diagnóstico de estenose esofagiana congênita associada. A prevalência do sexo masculino ocorreu na proporção de 2:1. A cirurgia para correção da AE foi realizada entre 2 e 64 dias de vida. O tempo entre o pós-operatório e o diagnóstico endoscópico de estenose congênita variou de 21 dias a 2 anos e 6 meses. Do total dos pacientes, quatro foram submetidos a tratamento endoscópico com boa resposta. Um deles necessitou de tratamento cirúrgico, e outro, optou-se por conduta expectante. Atualmente, dois pacientes estão tolerando alimentação pastosa e os demais alimentam sem dificuldades. **Conclusão:** Além da estenose de anastomose, deve-se atentar para estenose congênita associada à AE nos pacientes que evoluem com sintomas no pós-operatório de correção da AE. Também suspeitar dessa associação, nos pacientes com manutenção da disfagia ou sintomas respiratórios, apesar da boa resposta às dilatações da estenose da anastomose esôfago-esofágica.

AUTORES: Ana Paula Bernardes de Faria; Laura Miranda Kilimnik; Edivaldo Fraga Moreira; Paulo Fernando Souto Bittencourt; Patrícia Coelho Fraga Moreira; Luiz Ronaldo Alberti; Rafael Faleiro Pinto Guerra Coelho; Marcela Magalhães Bittencourt;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL FELICIO ROXO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

DILAÇÕES ENDOSCÓPICAS REALIZADAS EM CRIANÇAS DE 0 A 14 ANOS INCOMPLETOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

Introdução: As estenoses benignas de esôfago decorrem de lesão da mucosa com formação de fibrose. Na faixa pediátrica as causas mais comuns são as pós-cirúrgicas, ingestão de cáusticos e as pépticas. Preferencialmente o tratamento é a dilatação com velas de Savary-Gilliard. A resposta terapêutica, tempo ideal de tratamento e intervalo entre sessões podem ser variáveis. **Objetivo:** Apresentar a experiência em dilatações esofágicas em crianças, em um hospital filantrópico de Pernambuco e o perfil dessas dilatações. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, corte transversal das dilatações endoscópicas em um hospital filantrópico de Pernambuco, onde foram analisadas 168 dilatações realizadas em 47 pacientes no período de janeiro de 2008 a junho de 2015. Os dados foram coletados de prontuários, laudos de endoscopias digestivas e laudos anatomopatológicos das biópsias realizadas por endoscopia. Foram estudados os seguintes aspectos: sexo, comorbidades, etiologia da estenose esofágica, idade da primeira dilatação, número de dilatações realizadas, período de tratamento endoscópico, uso de inibidor de secreção ácida, uso de corticóide intralesional, ocorrência de complicação secundária ao procedimento, necessidade de internamento decorrente do procedimento e tempo de internamento (naqueles que necessitaram). **Resultados:** Foram realizadas de janeiro de 2008 a junho de 2015, dilatações em 47 crianças e adolescentes, entre 4 meses e 12,5 anos. Com relação ao sexo, o masculino representou a maioria, com 53,2%. Dentre as comorbidades, as mais prevalentes entre os pacientes estudados foram as cardiopatias. A estenose pós-cirúrgica (atresia esofágica) foi a mais frequente (70,2%) seguida da estenose péptica (17%) e da estenose por cáusticos (4,3%). A maior média de dilatação foi vista nas estenoses cáusticas (4,5 dilatações) e o tempo médio de internamento foi de 6,15 dias. O tempo de dilatação variou de 0 a 43 meses, com uma média de 8,8 meses por criança. O corticóide intralesional foi utilizado em cinco pacientes. Dos 47 pacientes do estudo, 31 (65%) apresentaram registros de uso de supressores de secreção ácida. Foi registrada apenas uma perfuração. **Conclusão:** O perfil das dilatações realizadas pela instituição estudada se assemelha ao perfil das dilatações de outros serviços com tênues diferenças. Diante dos resultados, a dilatação endoscópica com velas de Savary-Gilliard mostrou-se um procedimento seguro com mínima taxa de complicação.

AUTORES: Gustavo José Carneiro Leão Filho; Marcos Paulo Gomes de Mattos; Thiago Guimarães Vilaça; José Luiz Figueiredo; Suênia França; Julyanne Luize de Lima Rios Castro; Maria Angélica Soares Gomes; Stella Máris de Araújo e Sá; Raimundo Nonato Lopes Neto;

INSTITUIÇÃO: IMIP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA ENDOSCÓPICA NA DOENÇA DE MÉNÉTRIER

A doença de Ménétrier, ou gastropatia hipertrófica perdedora de proteína, cursa com o aumento do tamanho das pregas gástricas (> 10mm), o que ocorre devido a proliferação das células da mucosa oxíntica. De incidência rara, predomina em homens de meia-idade, porém existe uma variante especial pediátrica. O risco de evolução para adenocarcinoma gástrico é de 2 a 15%, sendo necessária a vigilância endoscópica para detecção precoce de neoplasias. Os principais sintomas são epigastralgia, astenia, anorexia, perda de peso, edema e vômitos. Laboratorialmente, cursa com hipoalbuminemia. O diagnóstico é realizado por biópsia ou macrobiópsia obtidas por endoscopia, necessário para diferenciar principalmente de poliposes gastrointestinais. Apresenta-se, no vídeo, o caso de uma paciente portadora dessa afecção, diagnosticado aos 9 anos de idade, que realizou seguimento endoscópico anual até os 18 anos, quando foi constatado o aparecimento de um adenocarcinoma gástrico. A detecção da lesão ocorreu pela observação de mudança do padrão da mucosa gástrica em relação aos exames anteriores e pela realização de biópsias nas áreas suspeitas, o que reforça a importância da vigilância endoscópica a cada 1 a 2 anos nos pacientes portadores da doença de Ménétrier.

AUTORES: Rodrigo Silva de Paula Rocha; Maurício Kazuyoshi Minata; Elisa Ryoka Baba; Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura; Diamari Caramelo Ricci Cereda; Manoel Ernesto Peçanha Gonçalves; Silvia Regina Cardoso;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS COM ESTENOSE CÁUSTICA DO ESÔFAGO ATENDIDAS NO SETOR DE ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (HC-FMB).

Introdução: Lesões esofágicas corrosivas permanecem como um sério problema de saúde pública na população pediátrica. Cerca de 85% das ingestas acontecem de maneira incidental com uma pequena quantidade de produto cáustico. No entanto, isso não significa baixa morbimortalidade. As complicações podem ser devastadoras variando desde perfurações esofágicas e gástricas até estenoses e neoplasias esofágicas. A estenose cáustica do esôfago é a complicação tardia mais comum encontrada nestes pacientes, ocorrendo em 7 a 15% dos casos. **Objetivo:** Demonstrar o perfil epidemiológico e clínico de crianças que ingeriram cáusticos e evoluíram com estenose, atendidas no HC-FMB. **Métodos:** Estudo retrospectivo que analisou prontuários de crianças com estenose esofágica por cáustico e que foram atendidas no setor de endoscopia pediátrica do HC-FMB no período de 2000 até 2016. **Resultados:** Foram analisados 15 prontuários. Nove deles eram masculinos (60%) e 6 femininos (40%). Treze pacientes (86,66%) foram ingestões acidentais (idade entre 1 e 3 anos) e 2 pacientes (13,33%), ambos acima de 14 anos, foram ingestões propositais como tentativa de suicídio. A apresentação mais comum foi a soda cáustica in natura (11 casos = 77,33%). Nove crianças necessitaram de gastrostomia. Pelo EED, a região mais comumente acometida por estenose foi o terço médio do esôfago (n=5), seguida por terço proximal (n=2), terço médio mais terço distal (n=2), terço distal isolado (n=1), sem estenose (n=1), sem EED (4). Quatro pacientes foram atendidos antes de 48 horas da ingesta sendo realizada EDA de urgência sendo classificados com escala proposta por Zargar (2 pacientes = 3b; 1 paciente = 2a; 1 paciente = 1). Quanto as dilatações, 11 pacientes necessitaram de 1 ou mais sessões de dilatações (variando entre 1 e 30 sessões = total = 116 sessões). Quatro pacientes tiveram perfurações na tentativa de dilatação, sendo que 3 deles necessitaram de esofagectomia. **Conclusão:** Nossa casuística segue os resultados encontrados na literatura sendo a causa mais comum a ingesta acidental em crianças do sexo masculino entre 1 e 3 anos de idade, que necessitam de múltiplas sessões de dilatação endoscópica para a manutenção de uma qualidade de vida adequada. Apesar de seguras as dilatações não são isentas de complicações. A Ingesta acidental não deve ser subestimada pois suas complicações são acompanhadas de grande morbimortalidade.

AUTORES: Giovana Tuccille Comes; Marcos Curcio Angelini; Wilson Elias Oliveira Junior; Grazielle do Vale Pires; Erika Veruska Paiva Ortolan; Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção; Rodrigo Corsato Scomparin; Debora Rodrigues Jozala;

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU UNESP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

RELAÇÃO ENTRE ACHADOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS NA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA EM CRIANÇAS.

Introdução: A esofagite eosinofílica (EoE) é a causa mais comum de disfagia em homens jovens e a segunda causa mais comum de esofagite crônica sendo sua fisiopatologia relacionada à resposta imunomediada do organismo. Em crianças os sintomas são variados e vão desde dor abdominal e torácica até distúrbios do sono. Endoscopia digestiva alta (EDA) faz parte da investigação diagnóstica de sintomas esofágicos e por isso importante no diagnóstico da EoE. Como o aspecto endoscópico é variável e inespecífico, a realização de biópsias é imprescindível. Os achados mais comuns são exsudatos esbranquiçados, edema da mucosa, sulcos longitudinais, anéis e estenoses. A presença de 15 eosinófilos/cma determina o diagnóstico histológico. Estudos demonstram baixa concordância entre os achados endoscópicos e histológicos o que vem justificando na prática realizações de biópsias mesmo com aspecto endoscópico normal e por isso, o setor de endoscopia pediátrica do HCFMB faz biópsias rotineiras mesmo quando o aspecto endoscópico é normal. **Objetivo:** comparar achados endoscópicos característicos de EoE com achados anatomopatológicos de pacientes pediátricos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de todos exames endoscópicos pediátricos (0 a 18 anos de idade) realizados de janeiro de 2006 a dezembro de 2015. Foram incluídos pacientes com diagnóstico histopatológico de EoE e/ou com achados endoscópicos compatíveis com esse diagnóstico e comparados achados histológicos e endoscópicos destes pacientes. **Resultados:** No período foram realizadas 1500 endoscopias digestivas altas pediátricas. Baseados nos critérios de inclusão foram selecionados 39 pacientes (29 masc. e 10 fem.). A idade variou de 2 anos e 2 meses até 17 anos e 10 meses (média = 9 anos e 3 meses). A sensibilidade, especificidade e índice Kappa (IC 95%) dos achados endoscópicos foram respectivamente: Estrias Longitudinais (57,8 %, 70%, 0,27 (0 a 0,58)); Perda do padrão vascular (15,7%, 95%, 0,11 (0 a 0,42)); Espessamento da mucosa (10,5%, 95%, 0,05 (0 a 0,37)); Pontilhados esbranquiçados (47,3%, 80%, 0,27 (0 a 0,57)); Traqueinização (15,7%, 70%, < 0,00); Estenoses (5,2%, 95%, 0,002 (0 a 0,323)). **Conclusão:** Achados endoscópicos característicos de EOE mostram boa especificidade, mas baixa sensibilidade em relação ao diagnóstico anatomopatológico, justificando realização de biópsias rotineiras e na suspeita clínica da doença.

AUTORES: Rodrigo Corsato Scomparin; Marcos Curcio Angelini; Wilson Elias de Oliveira Junior; Giovana Tuccile Comes; Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção; Simone Antunes Terra; Erika Veruska Paiva Ortolan;

INSTITUIÇÃO: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR SANGRAMENTO AGUDO DE VARIZ DE FUNDO GÁSTRICO EM CRIANÇAS COM CIANOACRILATO: RELATO DE CASOS.

Introdução: Em crianças as principais causas de Hipertensão Portal (HP) são a obstrução extra hepática da veia porta e atresia de vias biliares. A mortalidade no sangramento ativo varicoso parece menor em crianças (0-8%) comparado com adultos (25-55%). Segundo o consenso Baveno VI, o tratamento de escolha no sangramento ativo de VG isolada (IGV) ou gastroesofágica tipo 2 (GOV-2) é a injeção de cianoacrilato. Objetivo: Relatar dois casos de tratamento de HDA com cianoacrilato por sangramento agudo de VG em crianças. Relato de casos: Feminino, 8 anos, encefalopata, HP secundária à trombose de veia porta por cateterização de veia umbilical e masculino 14 anos, encefalopata, HP secundária à trombose de veia porta sem causa definida. Ambos apresentaram HDA e instabilidade hemodinâmica. Após medidas iniciais foram internados em UTI. Apresentaram hemoglobina de 7,2 com 106000 plaquetas e 6,7 com 50000 plaquetas. Após estabilizações, foram realizadas endoscopias, constatando sangramento ativo em babação em VG (IGV-1 e GOV-2 respectivamente). Foram tratadas com injeção de 1 ampola de cianoacrilato, sem intercorrências. Houve resolução dos quadros de HDA. Não houveram complicações relacionadas ao procedimento nas 8 semanas seguintes ao tratamento. Discussão: O sangramento por VG em adultos é responsável por até 30% das HDAs varicosas, sendo geralmente de grande volume, e apesar de 70% das VG serem GOV-1, a maioria das HDAs ocorre em GOV-2 e IGV-1. Em crianças, os dados na literatura são escassos, há somente relato de casos e séries de casos não controlados. Não há relato de profilaxia primária ou estudos prospectivos randomizados. Segundo o último consenso Baveno VI, o tratamento com injeção de cianoacrilato só está indicado no sangramento ativo ou na profilaxia do ressangramento e não se recomenda como profilaxia primária. A taxa de sucesso com interrupção do sangramento em adultos é de 93 a 100%, com ressangramento em até 30%, sendo superior a outros métodos endoscópicos como a ligadura elástica para variz esofágica (86 a 92%). Os casos relatados em crianças apresentam taxas de resultados e complicações similares aos estudos em adultos. Conclusão: Mesmo com amostra pequena, a terapêutica com cianoacrilato no sangramento ativo de VG mostrou-se efetiva. Dados os raros casos de VG com sangramento na faixa etária pediátrica, fazem-se necessários mais trabalhos e estudos multicentricos com maior amostragem para confirmar o uso do cianoacrilato em crianças.

AUTORES: Rodrigo Corsato Scomparin; Marcos Curcio Angelini; Wilson Elias de Oliveira Junior; Giovana Tuccile Comes; Cássio Vieira de Oliveira; Pedro Luiz Toledo de Arruda Lourenção; Erika Veruska Paiva Ortolan;

INSTITUIÇÃO: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Endoscopia digestiva pediátrica

ULCERA PRÉ PILÓRICA POR USO DE AINH COM OBSTRUÇÃO GÁSTRICA EM INFECÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR PEDIÁTRICA

O uso de anti-inflamatório não hormonal (AINH) no controle dos sintomas das infecções de via aérea superior (IVAS) é uma conduta observada na prática pediátrica. No entanto, a literatura é clara ao alertar que existem riscos consideráveis de doença péptica gástrica com o uso destes medicamentos mesmo usado em doses habituais. O vídeo relata o caso de uma criança de 4 anos com história de uso de cetoprofeno por 5 dias em dose habitual para o peso com o intuito de controle dos sintomas de IVAS. Após aproximadamente 6 semanas evoluiu com redução progressiva do volume da dieta, náuseas e vômitos pós alimentares. Os sintomas se intensificaram com distensão abdominal importante seguida de vômitos após ingestão de pequenos volumes de sólidos ou líquidos. Foi realizada EDA com colocação de sonda enteral fina em pequeno orifício antral, que delimitava a região ocluída, para estudo por radioscopia, demonstrando obstrução pré-pilórica. Dilatada a região com balão 10 FR, e após passagem do aparelho pediátrico observada cicatriz de lesão ulcerada. Após 5 semanas devido manutenção dos sintomas foi submetido a nova EDA com dilatação por balão 16 FR. Evoluiu com melhora dos sintomas e na EDA controle após 4 semanas observou-se dilatação satisfatória da área ocluída com deformidade antral. O uso de AINH deve ser utilizado com cautela em pediatria e em situações selecionadas. O uso da medicação no controle dos sintomas de IVAS não está indicado pelo risco de lesões pépticas importantes diante de um pequeno benefício em patologia de curso autolimitado.

AUTORES: Cristina Palmer Barros; Luciane Borges Marson; Mariza Rodrigues de Faria;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

A SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS (SPJ): RELATO DE CASO

A Síndrome de Peutz-Jeghers é uma doença autossômica dominante caracterizada por polipose hamartomatosa do trato gastrointestinal principalmente no jejuno (65-95%) associada à pigmentação melânica cutâneo-mucosa. É uma doença rara com grande variabilidade da sintomatologia podendo apresentar instussepção ou sangramento decorrente do grande crescimento de pólipos. Adicionalmente estes pacientes apresentam risco de desenvolver neoplasias com o risco cumulativo para todos os cânceres de 93%. **OBJETIVO** Relatar um caso de síndrome de Peutz-Jeghers em que foi usado a enteroscopia com duplo balão para ressecar pólipos no intestino delgado. **RELATO DE CASO** L. S, 29 anos, masculino, encaminhado para realizar enteroscopia de duplo balão. Ao exame, presença de múltiplos pólipos em todo o intestino delgado, variando de 10 a 40 mm de diâmetro, realizado polipectomias porém o paciente não retornou com o anatomopatológico. Realizado nova enteroscopia de duplo balão, no mesmo ano, evidenciando múltiplos pólipos aglomerados, com 5 a 35 mm de diâmetro cada, alguns pediculados e outros sésseis. Realizado polipectomia dos maiores devido a quantidade e risco da ressecção. A histologia revelou presença de pólipos hiperplásicos com epitélio granular regenerativo padrão adenomatoso sem displasia de alto grau. Após um ano realizado nova enteroscopia de duplo balão demonstrando presença de inúmeros pólipos, de 5 a 15 mm de diâmetro, com superfície vilosa em todo o intestino delgado. Realizado a polipectomia dos maiores, pelos mesmos riscos referidos no exame anterior. O diagnóstico do anatomopatológico demonstrou adenoma tubulo-viloso duodenal e adenoma tubulo-viloso jejuno-ileal em ambos ausência de displasia de alto grau. **DISCUSSAO** A Síndrome de peutz-jeghers apesar de rara é uma doença que pode causar muitas complicações durante a vida do paciente. Estudos demostram que até 50% dos paciente com até 20 anos irão evoluir para instussepção. Além disso apesar de haver crescimento de pólipos hamartomatosos considerados benignos há risco acumulado desconhecido para cânceres intestinais e extraintestinais. Nesse contexto a endoscopia principalmente através da cápsula e da enteroscopia por duplo balão para avaliação da área mais acometida nessa síndrome, intestino delgado (jejuno). Além disso empregando a enteroscopia por duplo balão há possibilidade de realizar a terapêutica ressecando pólipos com risco de complicações muito baixas (1-5%) evitando procedimento invasivos como a cirurgia.

AUTORES: Flavio H. Ivano; Thaisa Sami Nakadomari; Ricardo T. Sugisawa; Leandro Y. Kashiwagui; Mariana C. Sao Miguel; Malcolm Sugisawa; Adriana M. K. Nery; Gabriel Esmanhotto Ribas; Thiago S. Chamma;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SUGISAWA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

ANÁLISE DESCRITIVA DA ENTEROSCOPIA COM BALÃO ÚNICO NA INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS DO INTESTINO DELGADO.

Introdução: A Enteroscopia com Balão Único (EBU) é efetiva para diagnóstico e possibilita intervenção terapêutica em pacientes com doença do intestino delgado. Objetivo: Avaliar as indicações e os achados dos exames de EBU realizados em hospital terciário. Métodos: Estudo retrospectivo, de abril/2015 a junho/2016. Foram analisados: sexo, idade, indicação, via (anterógrada ou retrógrada), distância percorrida (cm) e necessidade de terapêutica endoscópica. Estatística: descritiva. Resultados: Foram avaliados 19 exames em 17 pacientes. As indicações foram pesquisa de sangramento de intestino delgado (n=5), avaliação de Doença de Crohn em delgado (n=9) e avaliação de diarreia crônica (n=5). Para investigação de anemia foram 5 exames em 4 pacientes, 2 homens (50%), idade média de 61,75 ($\pm 24,1$) anos. Todos os pacientes haviam realizado EDA e colonoscopia. Todos os exames foram via anterógrada, distância média percorrida de 514cm (± 271). Foram detectados ectasia vascular em 2 exames (40%), tratados com Heater Probe. Foram realizados 9 exames em 9 pacientes portadores de Doença de Crohn, sendo 5 homens (55,6%) e 4 mulheres (44,4%). A idade média foi de 38,2 ($\pm 10,6$) anos. Cinco pacientes realizaram exame de enterotomografia previamente, sendo visualizado estenose em 3 (60%), fístula em 1 (16,7%), dilatação em 1 (16,7%) e sinais de inflamação em 5 pacientes (83,3%). Via anterógrada em 4 pacientes, distância média 355cm (± 118) e retrógrada em 5 pacientes, distância média 336cm (± 118). Não foram visualizadas estenose, fístula ou dilatação. Quatro pacientes apresentaram sinais inflamatórios. Foram realizados 5 exames em 4 pacientes para investigação de diarreia crônica, todas mulheres. A idade média foi de 29,5 ($\pm 11,9$) anos. Todas apresentavam colonoscopia normal. A enteroscopia foi anterógrada em 3 exames com distância média de 550cm (± 304) e via retrógrada em 2 exames com distância média de 170cm (± 183). Sinais de inflamação foram encontrados em 2 exames. Nenhuma estenose, fístula ou dilatação. Houve um diagnóstico de doença celíaca. Para todas indicações, nenhuma enteroscopia foi total. Conclusão: A enteroscopia proporcionou diagnóstico em cerca de 40% dos casos com possibilidade de terapêutica endoscópica em 2 pacientes. Não houveram complicações relacionadas ao exame.

AUTORES: Rodrigo Corsato Scomparin; Francielen Furieri Rigo; Bruna Damásio Moutinho; Erika Veruska Paiva Ortolan; Cássio Vieira de Oliveira; Ligia Yukie Sasaki;

INSTITUIÇÃO: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

ENTERORRAGIA MACIÇA DE REPETIÇÃO PÓS MANIPULAÇÃO DE ESTENOSE URETERAL ACTÍNICA

Introdução: A hemorragia em topografia de intestino delgado (ID) corresponde a 5% dos casos de hemorragias digestivas e pode se manifestar como hemorragia digestiva obscura (HDO).
Relato de caso: HVA, masculino, 46 anos, apresentou quadro de enterorragia aguda maciça intermitente. HPP: melanoma inguinal D há 9 anos sendo alocado para tratamento experimental (cirúrgico + RT) curativo nos EUA. Anterior a enterorragia, iniciou quadro de lombalgia recebendo diagnóstico de hidronefrose com estenose ureteral à D sendo optado pela colocação de cateter de duplo J. Evoluiu com hematúria macroscópica sendo então retirado o cateter e sequencialmente com episódios de enterorragia volumosa. Realizou duas EDAs e colonoscopias normais. Cápsula endoscópica revelou sangramento em topografia cólica em ângulo hepático. AngioTC evidenciou ureterohidronefrose à D com fator obstrutivo no cruzamento ureteral com a bifurcação da a. ilíaca comum D e discreta irregularidade focal adjacente às paredes do íleo distal. Realizado colonoscopia com avaliação adequada do íleo sendo encontrado à 10 cm da papila ileocecal coágulo aderido. Realizado, contralateral ao coágulo, posicionamento de cliques metálicos como marcadores radiológicos e marcação cirúrgica com tatuagem com nanquim. Submetido à arteriografia, direcionada para os cliques metálicos posicionados no íleo, que identificou pseudoaneurisma ao nível da bifurcação da a. ilíaca comum D com a ilíaca interna mas sem vazamento no momento do exame. Paciente foi submetido à implantação de stent vascular coberto na a. ilíaca comum D bloqueando completamente o pseudoaneurisma. A seguir, realizada nova colonoscopia com fechamento com cliques em região do coágulo, na tentativa de minimizar eventual contaminação do stent. Paciente não recorreu com enterorragias e foi optado por tratamento conservador urológico.
Discussão: No caso acima, a história prévia do paciente de cirurgia extensa e RT no trajeto do ureter D, associado à manipulação urológica complexa, foi essencial para se aventar o diagnóstico de trauma do ureter e consequente fístula vascular. O raciocínio clínico e propedêutica foram baseados nestas informações, mesmo com a angioTC não evidenciando fístula vascular. A literatura é escassa no relato de eventos semelhantes, sendo impossível propor algoritmo direcionado. Cabe, portanto, o raciocínio clínico como guia na condução de casos semelhantes.

AUTORES: Juliana de Sá Moraes; Walton Albuquerque; Roberto Motta Pereira; Ricardo Castejon Nascimento; Renata Figueiredo Rocha; Rodrigo Albuquerque Carreiro; Luana Germano Tose;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MADRE TERESA BELO HORIZONTE

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

JEJUNITE EOSINOFÍLICA DIAGNÓSTICADA COM AUXÍLIO DA ENTEROSCOPIA DE BALÃO ÚNICO (EBU): RELATO DE CASO.

Introdução: Jejunité eosinofílica é rara e caracteriza-se por infiltração eosinofílica no intestino delgado. A biópsia é necessária para o diagnóstico e a enteroscopia é uma importante ferramenta. Objetivo: Relatar um caso de jejunité eosinofílica diagnosticada por biópsias colhidas por enteroscopia de balão único (EBU). Relato de caso: Feminino, 40 anos, deu entrada no HCFMB Unesp com queixa há 3 semanas de dor epigástrica moderada em cólica com irradiação para hipocondrio direito, associada a náuseas e vômitos, com piora há 15 dias. Ausência de icterícia, febre e sinais de sangramento do TGI. Negava alergias e uso de drogas ilícitas. Sem melhora com Pantoprazol, Sulfato de Magnésio e tratamento antiparasitário. EF: descorada 2+/4, T 36,5°, FR 28, FC 98, PA 110x60, StO2 96%. Abdome flácido e indolor a palpação. LABS: Hb 10,8, Ht 34,8, leucograma 11300 sem desvio, com eosinófilos 5,3%, Albumina 2, PCR 6,9, PPF e Clostridium negativo. Exames imagem: USG Abd normal, EDA pangastrite e duodenite erosiva intensa, Colonoscopia normal e EBU com duodenite e jejunité erosivas e enantemáticas, sendo realizadas biópsias. AP: Jejunité eosinofílica. Tratamento inicial com Hidrocortisona 100mg, EV, 8/8h, por 3 dias, com desaparecimento dos sintomas. Após 3ºdia, alta hospitalar assintomática com prednisona 40mg/dia, com posterior regressão gradual. Discussão: A jejunité eosinofílica é rara e sua etiologia permanece desconhecida. Há poucos casos descritos na literatura. Existem relatos com a técnica de "Push enteroscopy" e um caso relatado de diagnóstico através de enteroscopia de duplo balão. Este é o primeiro relato de caso com EBU. A biópsia é essencial para o diagnóstico. Como o órgão envolvido é o intestino delgado, o acesso para coleta de biópsia pode ser difícil. A capsula endoscópica tem seu uso limitado, devido à incapacidade de obter biópsia. A EBU é útil para avaliação macroscópica e coleta de biópsias para análise histopatológica. Essa patologia pode ser tratada cirurgicamente, em centros que não dispõem destes exames, quando o paciente se manifesta inicialmente com abdome agudo obstrutivo. Conclusão: A EBU é técnica segura e efetiva para coleta de biópsias auxiliando no diagnóstico da jejunité eosinofílica. Quando realizada precocemente, evita tratamentos desnecessários.

AUTORES: Rodrigo Corsato Scomparin; Francielen Furieri Rigo; Bruna Damásio Moutinho; Alecsandro Moreira; Talles Bazeia Lima; Fábio da Silva Yamashiro; Erika Veruska Paiva Ortolan; Cássio Vieira de Oliveira;

INSTITUIÇÃO: UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

RELATO DE CASO: ENTEROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ANGIODISPLASIA INTESTINO DELGADO

Introdução: Angiodisplasias são anormalidades vasculares caracterizadas por ectasias de vasos submucosos da parede do trato gastrointestinal, podendo causar enterorragias maciças. Como muitos casos permanecem assintomáticos por longos períodos sua incidência é controversa. Estima-se uma prevalência de 0,83 a 67%, porém estudos mostram que é causa de 6% das hemorragias digestivas baixas. O padrão de acometimento na angiodisplasia do intestino delgado tem origem provavelmente congênita, afetando pacientes jovens ou adultos jovens, com lesão geralmente extensa e por vezes múltipla, inclusive em outros locais do trato gastrintestinal. Objetivo: Relatar um caso de angieodisplasia de delgado em paciente idosa. Relato de caso: E. O. C. feminina, 74 anos, HAS, DM, doença de Parkinson, passado de esquistossomose, hipertensão portal, internada na clinica de Gastroenterologia do HNMD devido quadro de melena e queda importante de hematócrito (14,3), hemoglobina 4,2. Endoscopia digestiva alta mostrou varizes de esôfago de pequeno calibre, gastrite endoscópica enantematosa leve de antro, com erosões planas. Colonoscopia normal, com biópsia de íleo sem alterações. Cintilografia com hemácias marcadas mostrou consistente sangramento intermitente na região de íleo terminal-ceco. Realizada enteroscopia com estudo de mucosa ileal 350cm partir da válvula ileocecal. Nos 200cm distais observou-se pequenos coágulos vermelhos e lesões angiectásicas, a maioria puntiforme, sem sangramento ativo, que foram tratadas com argon plasma, controlando o sangramento. Discussão: Um dos grandes debates em relação à angiodisplasia de intestino delgado diz respeito aos exames diagnósticos e terapêuticos empregados na abordagem da lesão. Dentre os métodos diagnósticos podemos citar a cápsula endoscópica (CE), angiografia seletiva de ramos aórticos, a tomografia computadorizada com angiografia e a enteroscopia com duplo ou único balão, a qual também pode ser usada na terapêutica de algumas lesões. Em relação ao diagnóstico a CE se mostrou superior em comparação aos demais métodos, sendo efetiva no esclarecimento do sítio de sangramento em 72% dos casos, já a enteroscopia mostrou-se inferior, porém apresentou a grande vantagem de ser terapêutica em várias doenças que acometem o intestino delgado, tais como angiodisplasias e úlceras. Conclusão: A enteroscopia foi um método essencial para diagnóstico e tratamento das angiectasias de delgado, controlando o sangramento apresentando pela paciente.

AUTORES: Keite Azevedo Lima; Erico Pessoa Canal; Marcela Mathias; Cynara Feuchard; Bruna Silva; Gabriela Nielsen; Camila Adour; Carlos Eduardo Ferreira de Mesquita; Afonso Paredes;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

TEMÁRIO: Endoscopia / - Intestino delgado

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE BULBO DUODENAL ▯ RELATO DE DOIS CASOS.

Introdução Os tumores neuroendócrinos, ou carcinóides, tem origem nas células enterocromafins e tem incidência de 0,7 casos por 100 mil habitantes. Os tumores carcinóides de bulbo duodenal representam 2% do total deste tipo de neoplasia no trato digestivo e seu comportamento não é completamente compreendido devido à sua raridade. Podem produzir serotonina, ACTH, histamina, catecolaminas ou prostaglandinas, o que gera diferentes reações orgânicas, como ondas de calor, rubor facial, diarreia. Relato de caso Entre julho de 2015 e maio de 2016 foram ressecadas duas lesões carcinóides em bulbo duodenal. Os pacientes WGP, masculino, 67 anos e AEVS, masculino, 63 anos apresentavam lesões subepiteliais, menores que 1 cm, na parede anterior do bulbo duodenal. Ambos foram submetidos a ecoendoscopia que mostrava lesões hipoecogênicas, homogêneas, de contornos regulares, localizadas e restritas a submucosa. As lesões foram ressecadas pela técnica de mucosectomia. Os procedimentos foram realizados no bloco cirúrgico, sob anestesia geral. Não houveram complicações relacionadas ao procedimento e todos os pacientes tiveram alta hospitalar em 24 horas. Os estudos histológicos demonstraram tratar-se de tumores neuroendócrinos de baixo grau, tipo G1 e os pacientes foram encaminhados ao serviço de oncologia para seguimento. Conclusão Tumores neuroendócrinos de duodeno têm sido cada vez mais diagnosticados graças ao acesso cada vez maior à endoscopia digestiva alta. Tumores menores que 1 cm, com baixo índice de mitoses e que não invadam a camada muscular própria podem ser ressecados localmente, pois raramente apresentam metástases linfonodais ou à distância. A ressecção endoscópica por mucosectomia é um procedimento que apresenta menor morbidade em relação à cirurgia, rápida recuperação, sela o diagnóstico e envolve materiais comuns a qualquer serviço de endoscopia terapêutica.

AUTORES: Felipe Ferreira Pimentel; Rodrigo Roda Rodrigues Silva; Camila Marques Madureira;

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MATER DEI - FUNDAÇÃO LUCAS MACHADO - FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MG

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL POR DISSECÇÃO DE ARTÉRIA VERTEBRAL APÓS REAÇÃO PARADOXAL AO MIDAZOLAN UTILIZADO EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Introdução: A dissecção arterial vertebral é caracterizada por lesão/laceração da camada íntima do vaso, com formação de trombo local e obstrução ao fluxo sanguíneo. É importante causa de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em paciente jovens (menores de 45 anos). A lesão inicial pode ocorrer de forma espontânea, assim como pode ter relação com algumas doenças do colágeno e traumatismos locais do pescoço, desde aqueles de maior energia até pequenos traumas e movimentos bruscos cervicais, incluindo aqueles porventura relacionados a procedimentos médicos. O Midazolam é largamente utilizado na prática médica como sedativo e entre seus efeitos adversos descritos está a chamada reação paradoxal, caracterizada por agitação, movimentos involuntários e hiperatividade. Objetivo: relatar um caso de reação paradoxal ao Midazolam que contribuiu para trauma cervical e AVC em paciente jovem. Relato de caso: paciente feminina, A.V.C, 17 anos, com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa, é submetida à EDA (Endoscopia Digestiva Alta), com sedoanalgesia com Midazolam e Fentanil. Ao longo da indução, foram utilizadas 5mg de Midazolam e 50 mcg de Fentanil. Ao contrário do efeito aguardado de sedação, paciente apresentou intensa agitação após infusão da solução, com movimentos involuntários agressivos, inclusive cefálicos. Administrados 100 mg de Propofol na tentativa de prosseguir o exame, sem sucesso. O procedimento foi cancelado e a agitação cessou em poucos minutos. Em aproximadamente 24h, paciente evoluiu com quadro de AVC isquêmico de hemisfério cerebelar secundário à dissecção de artéria vertebral. Outras causas de AVC em paciente jovem foram investigadas, sendo realizado diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), baseado em achados laboratoriais e exames de imagem (vasculite em SNC). A paciente iniciou tratamento para vasculite por LES e tratamento para o AVC. Atualmente assintomática. Conclusão: A paciente apresentou dois fatores de risco importantes para o desenvolvimento de lesão vascular e dissecção arterial, a presença de LES e a agitação psicomotora como reação paradoxal ao Midazolam. Provavelmente houve a sobreposição dos fatores na gênese da lesão vascular. Devemos estar atentos aos efeitos colaterais das drogas amplamente utilizadas nos exames endoscópicos na prática diária.

AUTORES: Valbert Alves Batista; Bruna Damásio Moutinho; Thiago Henrique de Aguiar Sousa; Julio Pinheiro Baima; Ligia Yukie Sasaki; Rodrigo Corsato Scomparin; Fernando Gomes Romeiro;

INSTITUIÇÃO: UNESP

QUANDO REALIZAR MUCOSECTOMIA NO CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE

Introdução: Câncer gástrico precoce é definido como neoplasia maligna confinada à mucosa ou submucosa(T1), independente da presença de metástases linfonodais. O Centro Nacional do Câncer do Japão mostrou que as taxas de sobrevida em 5 anos dos pacientes com câncer gástrico, ressecados previamente, foi de 96-99%. O adenocarcinoma é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade, sendo considerado a segunda causa mundial de morte por câncer, compreendendo 95% do número total de tumores malignos. A endoscopia permite a visualização direta da localização do tumor, avaliação da extensão do envolvimento da mucosa e biópsia para diagnóstico. A ecoendoscopia (EUS) permite o estadiamento das neoplasias malignas do trato digestivo, avaliando a possibilidade de ressecção endoscópica. A mucosectomia (ERM) é uma técnica endoscópica que teve início em 1984 e que permite a remoção de tumores precoces por via endoscópica, principalmente de lesões < 20 mm. O procedimento é curativo quando atende a 4 critérios: 1.Lesão superficial (limitada à camada mucosa e até 500 µm da submucosa);2.Adenocarcinoma tubular bem diferenciado; 3.Margens de ressecção livres do tumor;4.Ausência de invasão angiolinfática. Relato de caso: Paciente de 58 anos, masculino, sem comorbidades, apresentou queixa de dispepsia. Realizada endoscopia digestiva alta, visualizando-se em parede anterior para grande curvatura da transição corpo-antra, uma lesão elevada, polipoide, rósea, de limites precisos, medindo cerca de 12 mm (Yamada II). O resultado anatomopatológico revelou adenoma com displasia de alto grau. Realizada mucosectomia com alça diatérmica com diagnóstico posterior de adenocarcinoma tipo intestinal bem diferenciado, intramucoso, com margens livres de neoplasia. Discussão: Pacientes com câncer gástrico precoce (limitado à mucosa e submucosa T1), são candidatos à ressecção endoscópica da lesão, realizada pela técnica de mucosectomia (EMR) se < 20 mm ou dissecação submucosa endoscópica (ESD) quando > 20 mm. A mucosectomia em neoplasias gastrointestinais < 20 mm tem maior chance de ressecção com margens livres, evitando-se terapia incompleta e/ou recidiva tumoral, com necessidade de tratamento adicionais, podendo ser mais agressivos. Conclusão: O diagnóstico precoce da neoplasia gástrica permite o tratamento por via endoscópica. A mucosectomia é um dos métodos utilizados para ressecção e, quando corretamente indicada, possui altas taxas de ressecção completa e cura.

AUTORES: Nádia Korkischko; Joaquim Coelho da Cruz Portela; Diogo Turiani Hourneaux de Moura; Eduardo Turiani Hourneaux De Moura; Felipe Iankelevich Baracat; Gustavo Luis Rodela Silva; Paulo Sakai; Eduardo Guimaraes Hourneaux de Moura;

INSTITUIÇÃO: HCFMUSP

TEMÁRIO: Endoscopia / - Miscelânea

TEMA: ASPECTOS ENDOSCÓPICOS DO TRATO DIGESTIVO, NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO (DECH)

Introdução:Doença do enxerto contra hospedeiro(DECH) é uma complicação comum do halo-transplante de células-tronco hematopoiéticas.O quadro clínico é inespecífico(diarréia, vômitos e/ou dor abdominal).O seu diagnóstico é feito pela avaliação endoscópica associada análise histopatológica.A histologia é confirmada pela presença de apoptose glandular células intestinais,na ausência de causas como inflamação ou infecções virais,como citomegalovírus(CMV).Os achados endoscópicos e os locais para realização de biópsias ainda é controverso.Objetivo:Caracterizar achados endoscópicos de pacientes adultos transplantados,com suspeita clínica de DECH,e relacionar sua contribuição ao diagnóstico da doença confirmado por análise histológica.Métodos:Trinta pacientes acima de 18 anos,com suspeita clínica de DECH,foram avaliados retrospectivamente,entre agosto de 2012 a abril de 2016.Destes, 6 pacientes com sorologia positiva para CMV foram excluídos.Nenhum dos pacientes tinham sido transplantados com menos de 3 semanas(excluindo assim,outas causas de apoptose celular,reacionais à drogas, pós transplante precoce).Foram avaliados endoscopicamente 24 pacientes,e colhidas biópsias de mucosa de todos os segmentos(esôfago,estômago,duodeno,colon e reto),totalizando 46 exames(20 endoscopias digestivas altas-EDA,11 colonoscopias-COLO e 11 retossigmoidoscopias-RETO).Das 20 EDA,3 confirmaram DECH no estômago(15%)e 3 no duodeno(15%).Das 11 COLO,9 confirmaram DECH(82%).Das 11 RETO,8 confirmaram DECH(73%).Dentre os exames positivos para DECH, os achados endoscópicos mais frequentes no estômago foram enantema/edema e erosões 3 exames em 3(3/3).No duodeno,normal em 2/3 (66,6%).No colon,edema/enantema e erosões em 2/9,úlceras em 3/9 e normal 4/9 (44,4%),e nodularidade com aspecto de "casco de tartaruga" em 3/9,porém foram normais 5/9.No RETO, os achados foram os mesmos que no colon, exceto uma das biópsias positivas para DECH exibia mucosa normal no reto e nodular no colon.Conclusão:Apesar do número reduzido da amostra,achados isolados endoscópicos são inespecíficos para DECH ,assim como achados normais não excluem a necessidade de biópsias,como observamos predominantemente no duodeno(66% dos exames normais eram positivos para DECH).Observamos também alta correlação entre achados colonoscópicos e retossigmoidoscópicos, sugerindo o papel da retossigmoidoscopia no diagnóstico do DECH,em detrimento ao exame mais completo do colon.

AUTORES: Leonardo Correa da Silva; Kelly Menezio Giardina Oliveira; Denise Peixoto Guimarães; Leonardo Nogueira Taveira; Eduardo Jose de Alencar Paton; Gilberto Fava; Marcelo Calmeto Noronha Barleta; Rondinelle Martins Arruda; Tiago Franco Vilela Filho; Wilson Eli

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS