

# Pôsteres

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA

### COLONOSCOPIA NOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Silva ABFB, Ribeiro JA, Penna FGC, Andrade AMF, Bassi ACSR, Dias NES

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** A indicação de colonoscopia na triagem para o transplante hepático ortotópico ainda é controversa. Enquanto alguns centros transplantadores recomendam apenas retossigmoidoscopia, outras instituições realizam colonoscopia em pacientes com idade superior a 45 ou 50 anos. O principal motivo da não realização do procedimento é a preocupação com complicações potencialmente fatais, como sangramento ou perfuração, tendo em vista que trata-se de pacientes habitualmente portadores de coagulopatia e estado geral comprometido. **Objetivo:** Este estudo avalia a segurança e os resultados da colonoscopia nos candidatos ao transplante hepático. **Métodos:** Análise retrospectiva de dados de prontuário e exames complementares dos pacientes submetidos à colonoscopia no Hospital Felício Rocho (HFR) durante o período de avaliação para o transplante hepático entre os anos de 2011 e 2014. Os dados demográficos, clínicos e achados endoscópicos foram registrados em um formulário padronizado. **Resultados:** Durante o período, 271 pacientes foram encaminhados para avaliação no ambulatório de transplante hepático do HFR. 71 tinham idade superior a 50 anos e foram submetidos à colonoscopia. Apenas 35 (49%) apresentavam colonoscopia normal. As alterações encontradas ao exame foram: diverticulose (n=14); pólipos (n=17); úlcera (n=1), hemorroida (n=2), varizes retais (n=2), angiodisplasias (n=6), espessamento da mucosa (n=1) e colopatia hipertensiva (n=1). Pólipos foram encontrados em 24 pacientes, sendo mantidos em 6% dos pacientes. Dos pólipos retirados, 12% eram adenomatosos, sendo 1 com displasia de alto grau. Houve uma aplicação de clipe metálico após polipectomia, para reduzir os riscos de sangramento. Nenhuma complicação relacionada ao exame foi observada. **Conclusão:** A colonoscopia pode ser considerada segura em candidatos a transplante hepático, porém o real benefício desse exame em pacientes candidatos a transplante hepático precisa ser melhor estudado. Nesta pequena série, nenhum câncer foi identificado precocemente e a colonoscopia não impactou na realização do transplante.

**Palavras-chave:** Colonoscopia; Indicação; Transplante Hepático.

### PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMENTO DE COLEDOCOLITÍASE EM PACIENTE GASTRECTOMIZADA

Kilimnik LM, Rabello I, Fraga E, Bittencourt PFS, Coelho P, Alberti LR

*Instituição Feluma/Hospital Felício Rocho*

Paciente do sexo feminino, 84 anos, previamente submetida a gastrectomia com reconstrução à Billroth II (BII) para tratamento de úlcera e a colectomia por CaCr. Há 1 semana com dor abdominal, icterícia, febre, colúria, havendo diagnóstico de colecistolitíase e coledocolitíase em ColangioRM. Indicou-se tratamento endoscópico. No procedimento, após posicionamento adequado de duodenoscópio, realizou-se papilotomia endoscópica utilizando-se papilótomo de ponta (estilete), com auxílio do fio guia, seguida de extração de dois cálculos do colédoco com cesta de Dormiá. Colocada prótese plástica em via biliar. **Objetivo:** discutir técnicas para realização de papilotomia endoscópica em pacientes gastrectomizados com reconstrução à BII.

## OBESIDADE SARCOPÊNICA E SARCOPENIA: ASSOCIAÇÃO COM NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, CONSUMO DE ÁLCOOL E ALTERAÇÕES METABÓLICAS EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Bering T, Diniz KGD, Souza ACM, Soares MMS, Teixeira R, Silva LD

*Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Ambulatório de Hepatites Virais Instituto Alfa de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais*

**Introdução:** Sarcopenia (SC) e Obesidade Sarcopênica (OSC) são entidades associadas às desordens metabólicas e maior mortalidade. **Objetivos:** avaliar a prevalência de OSC e SC em pacientes com hepatite C crônica (HCC) e avaliar a associação da OSC e da SC com fatores relacionados ao estilo de vida, comorbidades clínicas e grau de hepatopatia. **Métodos:** Estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC). Massa gorda e MMA foram avaliadas pela absorciometria de raio X com dupla energia (DEXA) no densitômetro Discovery Wi®. Força muscular foi mensurada pelo dinamômetro (Jamar®). SC e OS foram avaliadas de acordo com os critérios de Baumgartner, 1998. Atividade física foi analisada pelo IPAQ. Síndrome metabólica foi avaliada pelos critérios do IDF. **Resultados:** Foram avaliados 61 pacientes com HCC: 41 (67,2%) com hepatite crônica e 20 (32,8%) com cirrose compensada; 75,4%, sexo masculino; idade média, 50,8±10,3 anos. SM foi detectada em 19 (31,0%). Força muscular da mão [mediana (IQR)] foi de 31,0 (21,8) kg. Pelo IMC, 22 (36,0%) e 9 (14,8%) pacientes apresentavam sobrepeso e obesidade, respectivamente. Excesso de gordura corporal, avaliado pelo DEXA, foi verificado em 25 (41,0%) pacientes. Trinta e quatro (55,7%) pacientes eram sedentários. SC foi identificada em 20,4% (40,0% com cirrose versus 11,8% sem cirrose, p=0,04). OSC foi verificada em 8,0% (20,0% com cirrose versus 3,0% sem cirrose, p=0,08). Na análise multivariada ajustada por idade e sexo, cirrose foi associada à sarcopenia (OR=9,66, IC95%=1,48-62,95, p=0,02). OSC correlacionou-se ao maior consumo de álcool [194,0 (345,0) versus 38,4 (121,8) gramas] e com níveis de insulina plasmática elevados [20,0 (49,7) versus 11,0 (10,5) ?U/mL]. **Conclusão:** SC associou-se à cirrose e OSC estava correlacionada ao maior consumo de álcool e a níveis de insulina elevados. Em conjunto, esses fatores demonstram o impacto do estado nutricional e do estilo de vida na evolução clínica de indivíduos com hepatite C.

**Palavras-chave:** Obesidade Sarcopênica; Sarcopenia; Hepatite C Crônica.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, ESTILO DE VIDA E SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Bering T, Diniz KGD, Melo LF, Vieira DA, Teixeira R, Silva LD

*Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. Ambulatório de Hepatites Virais Instituto Alfa de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas, Belo Horizonte, Minas Gerais*

**Introdução:** Vários estudos demonstram que excesso de gordura acelera a progressão das hepatopatias. Contudo, poucos estudos analisaram o impacto do estado nutricional em pacientes com hepatite C crônica (HCC). **Objetivos:** Avaliar o estado nutricional e impacto de fatores associados ao excesso de gordura corporal em pacientes com HCC. **Métodos:** Foram incluídos 130 pacientes com HCC e 58 indivíduos assintomáticos, pareados por sexo e idade. Antropometria, composição corporal, estilo de vida e atividade física foram avaliados. Índice de massa corporal (IMC), espessura das pregas cutâneas e composição corporal (impedância bioelétrica) foram usados para mensurar o estado nutricional. Consumo de álcool e tabaco também foram avaliados. IPAQ foi utilizado para mensurar a atividade física. Para avaliar a resistência à insulina (RI) foi considerado HOMA-IR<sub>2,5</sub>. Síndrome metabólica (SM) foi analisada pelos critérios do IDF. Modelos de regressão logística, ajustados por idade e sexo, foram utilizados para avaliar associação entre estado nutricional, estilo de vida, atividade física, SM, RI e cirrose. **Resultados:** Dentre os 130 pacientes: 90, hepatite crônica [(69,0%); média de idade, 53,6±12,3; 55 (61,0%) sexo feminino] e 40, cirrose compensada [(31,0%); média de idade, 57,3±9,8; 21 (52,6%) sexo feminino]. SM foi verificada em 39 (30,0%) dos pacientes com HCC. Classificação do estado nutricional segundo composição corporal dos pacientes com hepatite crônica e cirrose foi 45,2% e 50,0% eutróficos, 35,7% e 29,0% sobrepeso, 19,1% e 21,0% obesos, respectivamente (p=0,66). Na análise multivariada, cirrose associou-se ao HOMA<sub>2,5</sub> (OR=1,38; IC95% 1,10-1,17; p0,01). Obesidade/sobrepeso também se associou à SM (OR=37,90; IC95% 7,24-198,47; p0,001) e idade (OR=0,94; IC95% 0,90-0,98; p0,01). **Conclusão:** No presente estudo, prevalência de sobrepeso/obesidade é relevante em pacientes com HCC, independentemente da gravidade da doença. Os resultados demonstram que RI é fator relevante para fibrose hepática.

**Palavras-chave:** Hepatite C Crônica; Estado Nutricional; Resistência à Insulina.

## RELATO DE CASO: HEPATITE AUTO-IMUNE DE EVOLUÇÃO FULMINANTE

Andrade AMF, Dias NES, Fonseca LAS, Bassi ACSR, Mota EBR, Ribeiro JA

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** A hepatite auto-imune (HAI) é uma doença grave que pode evoluir para cirrose e óbito. Os imunossupressores modificaram sua história, porém a forma fulminante continua possível, com alta mortalidade. Para esta forma, está indicado o transplante hepático. **Relato de caso:** DSR, 49 anos, iniciou em junho de 2014 com náuseas e colúria. Em 04/07/14 apresentou icterícia, acolia fecal, astenia e prurido. Constatadas hiperbilirrubinemia e elevação das transaminases, sendo internada em hospital local em 12/07/14. Negou vícios, fatores de risco e outras comorbidades. RNM de abdome mostrou hepatomegalia, sem sinais de doença hepática crônica; colangiorrisonância sem alterações. Transferida para o Hospital Felício Rocho no dia 18/07/14 e prescrito N-acetilcisteína. À admissão: RNI 2,03 ALB 2,9 BBT 27,8 BBD 21,3 TGO 693 TGP 609 FA 94 GGT 96. Propedêutica evidenciou diagnóstico provável de HAI, score simplificado = 6 - FAN 1:320; anti músculo liso 1:40; IgG 2045 (VR 700-1600). Biópsia hepática mostrou colestase severa, infiltrado inflamatório intralobular, sem fibrose. Iniciados prednisona 30mg + azatioprina 50mg no dia 28/07/14. Após 1 dia evoluiu com flapping e sinais neurológicos de encefalopatia, sendo optado pela monoterapia com prednisona 60mg. Indicado transplante hepático seguindo os critérios do King's College. Inscrita na fila em 29/07/14 e submetida ao transplante no dia 31/07/14. Evoluiu com melhora clínica progressiva e recebeu alta hospitalar em 27/08/2014. 9 meses depois, encontra-se assintomática e completamente recuperada clinicamente. **Conclusão:** O uso de N-acetilcisteína para hepatites agudas não-paracetamol parece promissor, mas não produziu efeito neste caso. Não houve tempo hábil para resposta aos imunossupressores nesta paciente e mantê-los em doentes com forma fulminante permanece controverso sob risco de aumentar eventos infecciosos. Segue como principal terapêutica para estes casos o transplante hepático.

**Palavras-chave:** Hepatite Auto-imune; Hepatite Fulminante; Transplante Hepático.

## SÉRIE DE CASOS: HEPATITE AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Andrade AMF, Dias NES, Reis PP, Bassi ACSR, Mota EBR, Ribeiro JA

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** As hepatites agudas geralmente evoluem de forma benigna, entretanto, podem conduzir a complicações. Cursam com icterícia e podem apresentar alterações do nível de consciência compatíveis com hepatite fulminante. A insuficiência hepática aguda resulta de um dano hepático grave, de instalação súbita, em pacientes sem doença hepática prévia. **Objetivos:** Descrever uma série de casos de hepatite aguda admitidos no Hospital Felício Rocho. **Métodos:** Estudo analítico retrospectivo de pacientes admitidos com critérios clínicos e laboratoriais de hepatite aguda, entre os anos de 2013 e 2014. **Resultados:** De 21 pacientes com hepatite aguda, cerca de 57% (n = 12) eram do sexo feminino, e a idade média era de 43 anos. 28% (n = 6) evoluíram com a forma fulminante, com intervalo médio entre o surgimento de icterícia e encefalopatia hepática de 11 dias. Todos foram inscritos em fila de transplante hepático com prioridade, sendo o mesmo realizado em 4 casos, com intervalo médio entre inscrição na fila e realização da cirurgia de 42 horas. Dentre os pacientes com hepatite fulminante, a mortalidade foi de 83% (n = 5), e a mortalidade sem o transplante de 100%. Quanto à etiologia, hepatopatia induzida por drogas foi atribuída a 42% (n = 9) dos casos. Hepatite auto-imune foi sugestiva em 14% (n = 3) e as infecções virais em mais 14% (n = 3) dos casos. 1 paciente teve diagnóstico de linfoma hepatoesplênico e 1 crise tireotóxica. Em 19% (n = 4) não houve causa evidente. Dentre os pacientes com evolução fulminante, 2 tinham história de exposição a medicamentos, 2 apresentaram escore clínico e laboratorial compatível com hepatite auto-imune e os demais tiveram etiologia criptogênica. **Conclusão:** Os dados apontaram a etiologia medicamentosa não paracetamol como a mais frequente nas hepatites agudas, em divergência com a literatura.

**Palavras-chave:** Hepatite aguda. Hepatite fulminante. Transplante hepático.

## RELATO DE CASO: ACTINOMICOSE HEPÁTICA ISOLADA EM UM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Andrade AMF, Dias NES, Reis PP, Bassi ACSR, Mota EBR, Fonseca LAS

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** Actinomicose é uma doença crônica granulomatosa rara, causada por bactéria anaeróbica gram positiva, o *Actinomyces sp.* A infecção oro-cervico-facial é o modo de apresentação mais comum, seguido do acometimento abdominal (doença hepática representa apenas 5% de todos os casos). Os principais sinais e sintomas dos pacientes com a forma abdominal são: febre, perda ponderal, prostração, dor abdominal e tumoração palpável, de evolução indolente. **Descrição:** L.S.B, 73 anos, masculino, admitido no Hospital Felício Rocho no dia 15/02/14 com dor em hipocôndrio direito de 1 semana de evolução associada a episódios febris e prostração. Relato de implante dentário prévio (há 4 meses). Propedêutica evidenciou leucocitose com desvio. TC de abdome: lesão expansiva hepática (segmento VI e VII, medindo 9.1 cm), cabendo diagnóstico diferencial entre abscesso, lesão primária ou secundária necrosada. Iniciado antibioticoterapia aventando abscesso hepático. Submetido em 17/02 a drenagem percutânea guiada por TC com saída de 20ml de líquido inconclusivo em relação a etiologia. Devido a mínima resposta ao tratamento instituído, submetido a cirurgia videolaparoscópica para drenagem da lesão e biópsia hepática, com achado macroscópico de fígado esteatótico e lesão de aspecto tumoral. A biópsia mostrou-se inconclusiva. Marcadores tumorais e Anti HIV negativos. Devido piora clínica e laboratorial o paciente foi submetido a laparotomia no dia 22/02, com achado de lesão infiltrativa em parênquima hepático, sem possibilidade de drenagem. Foram realizadas novas biópsias, cujo resultados mostraram achados de grânulos amorfos e acidófilos, PAS e GMS positivos, sugerindo *Actinomyces sp.* e destruição do parênquima hepático associado a infiltrado inflamatório granulocítico compatível com abscesso hepático. Mantido Piperacilina+Tazobactam por 28 dias, com transição para Amoxicilina oral, que foi mantida por 9 meses. Apresentou melhora clínica e radiológica progressivas, com remissão completa da lesão. **Conclusão:** Trata-se de condição rara, mas ainda mais infrequente em paciente imunocompetente, o que trouxe grande dificuldade para o diagnóstico neste paciente, que só foi possível em função da avaliação de patologista experiente. Apesar da gravidade, o tratamento adequado é eficaz e a evolução foi favorável de forma mesmo impressionante.

**Palavras-chave:** Actinomicose; Abscesso Hepático; Lesão Pseudo-tumoral.

## ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA HEPATITE C CRÔNICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM HEMODIÁLISE

Teixeira R, Ribeiro IG, Soares EB, Silva LD, Menezes EG, Cambraia RD

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas Da UFMG*

**Introdução e objetivo:** A hepatite C crônica é mais prevalente em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) submetidos a hemodiálise (HD). Seu tratamento é complexo e há menor chance de resposta terapêutica. Contudo, está indicado especialmente para os candidatos ao transplante (TX) renal. Este estudo visa analisar as características clínicas e terapêuticas no tratamento desses pacientes. **Método:** Análise retrospectiva de 33 pacientes com hepatite C crônica e IRC em HD selecionados para o tratamento no pré-TX renal, atendidos entre 2001 e 2014. **Resultados:** 22/33 (67%) eram masculinos. A média de idade foi 44 anos (DP= 9,7) e tempo médio de HD de 8,6 anos (DP= 4,9). Glomerulopatia idiopática foi reconhecida em 75% dos casos enquanto a hipertensiva foi diagnosticada nos 15% restantes. 29/33 (87,8%) fizeram biópsia hepática e a fibrose teve a seguinte distribuição (Metavir): F0-F1= 24/29 (82,7%), F2=3/29 (10,3%) e F4 2/29 (6,9%). Os genótipos do HCV de 30 pacientes foram: G1(n=22, 73,3%), G3 (n=7, 23,3%) e G2b (n=1, 3,3%). Distintos esquemas terapêuticos foram empregados: 12/33 (36,3%) interferon (IFN) monoterapia, 15/33 (45,4%) IFN e ribavirina (RBV) (dose entre 250 a 750 mg VO/semana), 1/33 (3,03%) PegIFN monoterapia e 5/33 (15,15%) PegIFN e RBV. 21/33 (63,6%) completaram 48 semanas de tratamento enquanto que em 12/33 (36,36%) houve suspensão precoce por eventos adversos. Anemia (Hb10g/dl) e plaquetopenia (100.000) ocorreram em 10/33 (30,3%) e 8/33 (24,2%), respectivamente. 09/21 (42,8%) tiveram resposta virológica sustentada (RVS), 09/21 (42,8%) foram não respondedores e 3/21 (14,2%) recidivantes. **Conclusões:** Houve maior prevalência de glomerulopatia idiopática e infecção pelo genótipo 1 do HCV nos pacientes analisados. A despeito de diversos esquemas terapêuticos utilizados ao longo do tempo, obteve-se taxa global de RVS de 42,8%, semelhante à descrita para esses pacientes. Novos tratamentos livres de IFN são esperados em futuro próximo com mais segurança e eficácia para esses pacientes.

## ESTADO NUTRICIONAL E FATORES RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Diniz KGD, Bering T, Vieira DA, Pereira LFV, Teixeira R, Silva LD

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/ Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da UFMG*

**Introdução:** Infecção crônica associada aos vírus da hepatite C (VHC) constitui grave problema de saúde pública e, é considerada causa relevante de cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC), assim, em fase avançada resulta em grande impacto nutricional. No entanto, a relação do estado nutricional com a evolução da hepatopatia não foi, ainda, completamente esclarecida. **Objetivos:** avaliar o estado nutricional e os fatores relacionados ao estilo de vida de pacientes com HCC. **Métodos:** Foram incluídos, transversalmente, pacientes com diagnóstico confirmado de HCC (n=128) e grupo controle (n=58), doadores de sangue assintomáticos, pareados por sexo e idade. Foram analisados dados de composição corporal, de ingestão alimentar e de estilo de vida. Dados sociodemográficos, clínicos e bioquímicos também foram coletados. Foi verificada a presença de síndrome metabólica (SM) pelos critérios do *International Diabetes Federation* – IDF. *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) foi utilizado para avaliar a atividade física. Resultados: Sobrepeso/obesidade [Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ] foi observado em 60,4% e 72,4% de pacientes HCC e indivíduos assintomáticos, respectivamente. Excesso de gordura corporal, avaliado por bioimpedância elétrica (BIA), foi verificado em 74,5% e 77,6% de pacientes com HCC e indivíduos do grupo controle, respectivamente. Entre os indivíduos do sexo masculino, pacientes com HCC tinham massa muscular reduzida comparado aos controles, mesmo na ausência de cirrose. A gravidade da doença hepática também foi associada com redução da massa muscular. No modelo de regressão linear, ajustado para idade e sexo, SM e sedentarismo associaram-se à redução da percentagem da massa magra. No modelo logístico, *aspartato transaminase* (AST) to *Platelet Ratio Index* (APRI) *escore* (OR=0,24, CI 95%=0,08-0,72, p=0,01), gênero feminino (OR=5,97, CI 95%=2,14-16,61, p=0,001), SM (OR=5,97, CI 95%=1,40-20,19, p=0,008) e grau de atividade física (OR=0,51, CI 95%=0,26-0,99, p=0,05) permaneceram significativamente associados com excesso de gordura corporal, avaliada pela BIA. **Conclusão:** Os resultados desse estudo demonstram que, simultaneamente, desnutrição e excesso de gordura corporal podem estar presentes em pacientes com HCC. Desta forma, a abordagem integrada (médica/nutricional/orientação e educação para atividade física) deve ser vislumbrada no cuidado diário de pacientes com HCC.

**Palavras-chave:** Hepatite C Crônica; Estado Nutricional; Estilo de Vida.

## COLECISTITE ALITIÁSICA EM PACIENTE COM DENGUE

Falavigna F, Valadares LCA

*Hospital Socor*

**Introdução:** A dengue é uma doença infecciosa de etiologia viral que constitui um sério problema de saúde pública, especialmente nos países tropicais. A presença de sinais de alerta indica a gravidade do quadro. Os principais sintomas são dor abdominal, vômitos, hipotensão, hepatomegalia dolorosa, hemorragia digestiva e choque. As manifestações atípicas encontradas na dengue são hepatite, colecistite alitiásica, pancreatite, púrpura trombocitopênica, miocardite, além de manifestações do sistema nervoso central. **Relato de caso:** K.A.S, 38 anos, internada no Hospital Socor em abril de 2015 com quadro de febre, mialgia, artralgia e dor abdominal em hipocôndrio direito persistente e de forte intensidade. Exames complementares apresentavam leucócitos 1700 plaquetas 69.000 TGO 59; TGP 80; sorologia para dengue IgM: reagente. Realizado US de abdome no quinto dia de sintomas devido piora da dor abdominal com vesícula biliar distendida, paredes difusamente espessadas sem evidências ou sinais de litíase em seu interior (colecistite alitiásica), ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. A paciente evoluiu com melhora clínica no 10º dia de internação após hidratação venosa vigorosa e analgesia. Realizado controle laboratorial rigoroso até a elevação das plaquetas e a redução das enzimas hepáticas. No 11º dia de internação, a paciente se encontrava estável e assintomática, recebendo alta hospitalar. **Discussão:** A colecistite alitiásica ocorre em 5 a 10 % dos casos de colecistite, sendo recentemente descrita como manifestação atípica de quadros virais. Sua fisiopatologia ainda é desconhecida, porém se acredita que seja secundária a microangiopatia da vesícula causada pela dengue. A colecistite alitiásica na dengue é normalmente autolimitada e seu tratamento é conservador na maioria dos casos. A indicação cirúrgica está reservada nos quadros de complicações como peritonite difusa. **Conclusão:** A colecistite alitiásica nos pacientes com dengue e dor abdominal deve ser investigada pois é manifestação atípica da dengue e muitas vezes pode levar o paciente a internação hospitalar, e em raros casos pode evoluir com peritonite e tratamento cirúrgico.

## TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA ASCITE PANCREÁTICA – RELATO DE CASO

Silva RRR, Braga NS, Forn IPCR, Gomes RV, Ferrari TA, Coelho LGV

*Hospital das Clínicas – Universidade Federal Minas Gerais*

Paciente E.A.G., masculino, 46 anos, procedente de Belo Horizonte-MG, etilista, sem comorbidades. Internado devido náuseas, dor e distensão abdominal, sendo diagnosticado pancreatite aguda alcoólica. Evoluiu com ascite volumosa, sendo realizada paracentese, com amilase sérica = 505 e amilase do líquido peritoneal = 2287. Ressonância magnética: ascite volumosa, cistos esparsamente distribuídos (sugestivos de pseudocistos), ductos secundários pancreáticos ectasiados. **Diagnóstico:** Ascite pancreática. Realizado tratamento conservador com dieta zero, nutrição parenteral e octreotida por quatro semanas, entretanto, após término do tratamento, reiniciou quadro de ascite. Encaminhado ao HC-UFMG para tratamento endoscópico. Cinco meses após o início do quadro foi submetido a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com cateterismo do *wirsung* e injeção de contraste, que evidenciou: *Wirsung* dilatado na cabeça do pâncreas (4mm), visto até o colo do pâncreas onde havia escape do contraste para grande coleção, não sendo contrastado o ducto pancreático em corpo e cauda. Presença de ductos secundários dilatados em cabeça do pâncreas. Realizada esfínterectomia pancreática e introduzida prótese plástica tipo Amsterdam de 7F x 5 cm, sem o flap distal. Controle de 2 meses: paciente assintomático, sem ascite ao exame físico. Tomografia computadorizada de Janeiro/2015 evidenciou pâncreas de contornos regulares, raras calcificações puntiformes na porção cefálica e pequena quantidade de líquido livre entre alças e na pelve. Houve migração espontânea da prótese. A ascite pancreática é rara, sendo exsudativa, causada por irritação crônica pelas enzimas pancreáticas. Predomina no sexo masculino, entre 20-50 anos, sendo pancreatite crônica a principal causa. O diagnóstico é dado pela dosagem da amilase peritoneal acima de 1000 U/L e GASA 1,1 g/dL. Com o objetivo de reduzir a secreção exógena e a ascite, pode ser feito tratamento conservador com dieta zero, nutrição parenteral, paracentese de alívio e análogos de somatostatina. Na falha deste, opta-se por tratamento endoscópico através da esfínterectomia pancreática e colocação de prótese intraductal no intuito de reduzir o gradiente de pressão entre o ducto pancreático principal e o duodeno. A prótese deve ficar por poucas semanas (4 a 6 semanas), facilitando o fechamento espontâneo da fístula. Poucos estudos retrospectivos sobre o tema referem sucesso terapêutico em até 58% dos casos.

## DETERMINAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO DO INTESTINO DELGADO, EM PACIENTES COM SÍNDROME DE INTESTINO IRRITÁVEL, SUBMETIDOS AO TESTE RESPIRATÓRIO

Fernandes AB, Castro MGB, Bandeira T, Passos MCF, Domingues GRS, Taranto MPL

*Clínica CEMAD – Centro De Motilidade do Aparelho Digestivo*

**Introdução:** O Supercrescimento Bacteriano do Intestino Delgado (SCBID) é uma síndrome clínica responsável por vários sintomas gastrointestinais. Entretanto, é evidente a carência de estudos no Brasil voltados à investigação epidemiológica dessa síndrome em pacientes com critérios clínicos compatíveis com Síndrome do Intestino Irritável (SII). Para estabelecimento da prevalência de SCBID em pacientes com SII foram avaliados testes respiratórios de hidrogênio expirado com glicose ou lactulose para o diagnóstico de SCBID. **Objetivo:** Determinar a prevalência de SCBID em pacientes com SII que realizaram o teste respiratório do hidrogênio expirado com glicose ou lactulose. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo e transversal, no qual foram selecionados no período de janeiro de 2012 e dezembro de 2014, 1236 pacientes com diagnóstico clínico de SII, encaminhados para realização de teste respiratório do hidrogênio expirado para pesquisa de SCBID. O teste respiratório consistiu na dosagem em partículas por milhão do nível de hidrogênio expirado após a ingestão pelo paciente de uma solução aquosa contendo 50g de glicose ou 10g de lactulose. O presente estudo foi desenvolvido com base nos dados obtidos em duas clínicas privadas. Não há conflitos de interesse das instituições participantes. **Resultados:** Foram estudados 1236 pacientes atendidos de forma consecutiva. Destes, 975 pacientes (78,8%) foram submetidos ao teste de hidrogênio expirado com substrato glicose, dos quais 509 pacientes (52,2%) apresentaram níveis elevados de hidrogênio expirado compatíveis com SCBID. A amostra restante estudada constituiu-se, ainda, de 261 pacientes (21,1%), aos quais se realizou o mesmo teste, porém, empregando a lactulose como substrato; destes, 178 pacientes (68,2%) foram diagnosticados com SCBID. **Conclusão:** O SCBID é uma condição frequente entre os pacientes com diagnóstico clínico de SII e facilmente diagnosticada a partir de testes do hidrogênio expirado, podendo se utilizar tanto a glicose como a lactulose como substrato. Os dados obtidos nesses estudos demonstram que os dois substratos são eficazes para o diagnóstico, embora a positividade de SCBID tenha sido superior ao grupo da lactulose.

**Palavras-chave:** Prevalência; Supercrescimento Bacteriano do Intestino Delgado; Síndrome do Intestino Irritável.

## CITOMEGALOVIROSE RESISTENTE EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE HEPÁTICO

Andrade AMF, Fonseca LAS, Dias NES, Bassi ACSR, Ribeiro JA, Reis PP

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** A citomegalovirose (CMV) é uma das principais infecções em transplantados hepáticos. Apesar de rara, a resistência viral é grave. Deve-se pensar em todo paciente sem melhora da viremia ou do quadro clínico em vigência do uso de antivirais por longos períodos. **Relato de caso:** MAC, 57 anos, masculino, no 4º mês de pós-operatório de transplante hepático por cirrose hepática criptogênica, foi admitido com quadro de epigastria em queimação e episódio de melena. Fazia uso de Tacrolimus e Micofenolato, com adequada imunossupressão. Apresentava abdome difusamente doloroso e tenso. TC abdominal evidenciou massa heterogênea junto à parede de epigástrico e perfuração gástrica. Submetido à laparotomia exploradora que identificou extensa ulceração com áreas de necrose em esôfago distal e estômago. Realizada gastrectomia parcial e iniciado tratamento empírico para CMV em 12/06/14 com Ganciclovir, dose habitual. Recebeu também antibióticos de largo espectro, Aciclovir e Fluconazol. A CMV foi confirmada pela imunohistoquímica e PCR CMV na peça cirúrgica; antigenemia e PCR CMV em sangue periférico negativos. A imunossupressão foi reduzida ao mínimo. Houve piora clínica e surgimento de novas lesões ulceradas profundas em endoscopias copias de controle. Decisão de dobrar a dose de Ganciclovir em 28/07. Diante da persistência do quadro clínico e endoscópico e da indisponibilidade de Foscarnet, foi associado Leflunomida. Apesar de toda terapia medicamentosa, nova endoscopia mostrou novas úlceras gástricas e esofágicas profundas com estenose importante do esôfago, o que gerou disfagia severa e comprometimento nutricional. Paciente apresentou com novos episódios de melena e quadro de choque séptico grave de foco pulmonar. Evoluiu a óbito em 01/09/14. **Conclusão:** As complicações infecciosas permanecem como importante causa de mortalidade em pacientes transplantados. A CMV é uma das infecções mais frequentes nos transplantes de órgãos sólidos e causa de grande morbidade; não é comum que tenham alta mortalidade. Entretanto, este paciente apresentou sinais de resistência viral mesmo a doses elevadas de Ganciclovir, algo muito raro em nosso meio, o que levou a desfecho fatal.

**Palavras-chave:** Citomegalovirose; Transplante; Resistência.

## PANCREATITE AGUDA SECUNDÁRIA À HIPERTRIGLICERIDEMIA

Viera RC, Fonseca LAS, Dias NES, Bassi ACSR, Ribeiro JA, Reis PP

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** A hipertrigliceridemia representa cerca de 1 a 4% das causas de pancreatite aguda. É a terceira causa mais frequente, atrás da colelitíase e álcool. Pacientes com valores de triglicérides acima de 1000 mg/dL estão sob o risco de desenvolver a doença. **Descrição:** GNO, 20 anos, sexo feminino, com quadro de dor abdominal difusa, mais intensa em andar superior, irradiada para dorso, iniciada no dia anterior. Apresentou também náuseas e vômitos. Negou febre ou alterações do hábito intestinal. Paciente com história pregressa de pancreatite há 7 meses, à época com triglicérides de 618 mg/dl, sem outras causas identificáveis. Recebeu alta em uso de fibrato, mas suspendeu tratamento por conta própria. Negou demais comorbidades ou cirurgias prévias. Negou etilismo importante e estava em uso apenas de anticoncepcional oral. Exames da admissão evidenciaram triglicérides sérico de 17876 mg/dl, amilase e lipase de 1067 mg/dl e 1203 mg/dl, respectivamente. Tomografia abdominal mostrou pâncreas de dimensões aumentadas, com extenso processo inflamatório e presença de líquido peri-pancreático, peri-renal e em retrocavidade dos epíplons. Suspensa dieta, iniciada hidratação venosa e analgesia. No dia seguinte, apresentou piora importante da dor abdominal, associado à distensão e diminuição da diurese. Paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva. No setor, tentado realização de plasmaférese, porém procedimento indisponível naquele momento. Iniciada solução de glicose insulina. Recebeu 0,3 UI de insulina regular por Kg dia por 2 dias, com queda do triglicérides para 1510 mg/dL. Houve melhora do quadro algico, sendo introduzida dieta oral. Introdução de nutrição parenteral periférica por 2 dias para complementação do aporte. Tomografia realizada 1 semana após início do quadro evidenciou pequena área de necrose e processo inflamatório, com provável evolução para pseudocistos. Paciente recebeu alta após 16 dias de internação em bom estado geral, triglicérides de 676 mg/Dl, com orientação sobre o uso de fibrato e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O reconhecimento precoce da hipertrigliceridemia é importante para que seja iniciado tratamento adequado e para prevenir episódios futuros. A severidade do quadro independe do valor sérico do triglicérides. O tratamento baseia-se no suporte clínico e medidas para redução da trigliceridemia.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Hipertrigliceridemia; Tratamento.



## DIVERTICULOSE DUODENAL ASSOCIADO A ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

Andrade AMF, Fonseca LAS, Dias NES, Bassi ACSR, Silva ABFB, Ribeiro JA

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** Os divertículos duodenais são encontrados em 22% da população geral e em 0,016%-5,2% dos pacientes submetidos a exames radiológicos do trato gastrointestinal. A localização preferencial é na segunda porção. Geralmente é único e pode levar a estase, ocasionando sintomas. A Encefalopatia de Wernicke (EW) é uma complicação neurológica da deficiência de tiamina (Vitamina B1), com necessidade de tratamento emergencial. **Descrição:** E.L.C, 62 anos, feminino, admitida no Hospital Felício Rocho em 18/09/2013, com relato de plenitude pós-prandial de longa data que piorou no último mês. Apresentava náuseas e vômitos em grande quantidade com restos alimentares, dor epigástrica e emagrecimento de 5kg em 1 mês. Relato de episódios de desorientação temporária e perda da memória recente. US abdominal evidenciou distensão gasosa do cólon e estômago. Endoscopia Digestiva Alta: pangastrite de grau moderado, predominante no antro, aventando possibilidade de gastropatia secundária a estase gástrica; na segunda porção duodenal, notou-se um pequeno divertículo. A biópsia (bx) mostrava focos de metaplasia intestinal completa e hipotrofia de glândulas oxínticas, fortalecendo hipótese de gastropatia secundária a estase. TC abdominal: primeira porção duodenal dilatada, com conteúdo líquido formando nível hidroaéreo, observando-se redução abrupta do calibre ao nível da transição com a segunda porção duodenal, onde notou-se acentuada angulação; segunda porção duodenal com morfologia atípica, tortuosa e com paredes espessadas; presença de prováveis divertículos duodenais. REED confirmou diverticulose duodenal. Em 27/09/2013 a paciente foi submetida a gastrectomia parcial e derivação Y Roux. Bx evidenciou nos cortes da vertente duodenal, hipertrofia dos nervos, que pode estar relacionada ao quadro de megaduodeno. A paciente apresentou boa evolução, porém manteve quadro neurológico. Propedêutica constatou deficiência de tiamina, diagnosticando EW. Paciente recebeu reposição de tiamina e teve alta hospitalar em 03/10/2013. **Conclusão:** Trata-se de condição rara e crônica, que se apresentou como semi-obstrução ao trânsito do trato gastrointestinal alto, trazendo grande morbidade; os vômitos recorrentes e a dificuldade de absorção da tiamina levaram aos sintomas neurológicos que 18 meses depois do diagnóstico permanecem como sequelas.

**Palavras-chave:** Diverticulose Duodenal; Vômitos; Wernicke.

## ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA HEPATITE C CRÔNICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM HEMODIÁLISE

Teixeira R, Ribeiro IG, Soares EB, Silva LD, Menezes EG, Cambraia RD

**Introdução e objetivo:** A hepatite C crônica é mais prevalente em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) submetidos a hemodiálise (HD). Seu tratamento é complexo e há menor chance de resposta terapêutica. Contudo, está indicado especialmente para os candidatos ao transplante (TX) renal. Este estudo visa analisar as características clínicas e terapêuticas no tratamento desses pacientes. **Método:** Análise retrospectiva de 33 pacientes com hepatite C crônica e IRC em HD selecionados para o tratamento no pré-TX renal, atendidos entre 2001 e 2014. **Resultados:** 22/33 (67%) eram masculinos. A média de idade foi 44 anos (DP= 9,7) e tempo médio de HD de 8,6 anos (DP= 4,9). Glomerulopatia idiopática foi reconhecida em 75% dos casos enquanto a hipertensiva foi diagnosticada nos 15% restantes. 29/33 (87,8%) fizeram biópsia hepática e a fibrose teve a seguinte distribuição (Metavir): F0-F1= 24/29 (82,7%), F2=3/29 (10,3%) e F4 2/29 (6,9%). Os genótipos do HCV de 30 pacientes foram: G1(n=22, 73,3%), G3 (n=7, 23,3%) e G2b (n=1, 3,3%). Distintos esquemas terapêuticos foram empregados: 12/33 (36,3%) interferon (IFN) monoterapia, 15/33 (45,4%) IFN e ribavirina (RBV) (dose entre 250 a 750 mg VO/semana), 1/33 (3,03%) PegIFN monoterapia e 5/33 (15,15%) PegIFN e RBV. 21/33 (63,6%) completaram 48 semanas de tratamento enquanto que em 12/33 (36,36%) houve suspensão precoce por eventos adversos. Anemia (Hb10g/dl) e plaquetopenia (100.000) ocorreram em 10/33 (30,3%) e 8/33 (24,2%), respectivamente. 09/21 (42,8%) tiveram resposta virológica sustentada (RVS), 09/21 (42,8%) foram não respondedores e 3/21 (14,2%) recidivantes. **Conclusões:** Houve maior prevalência de glomerulopatia idiopática e infecção pelo genótipo 1 do HCV nos pacientes analisados. Apesar de diversos esquemas terapêuticos utilizados ao longo do tempo, obteve-se taxa global de RVS de 42,8%, semelhante à descrita para esses pacientes. Novos tratamentos livres de IFN são esperados em futuro próximo com mais segurança e eficácia para esses pacientes.

## TAXA DE DETECÇÃO DE ADENOMAS EM COLONOSCOPIAS EM CLÍNICA PARTICULAR

Fernandes AB, Rocha LCM, Natal CSF, Freitas AHA, Silva HA

*Clínica Gastrointestinalmed*

**Introdução:** Pólipos adenomatosos são neoplasias benignas com potencial de malignização e a sua remoção precoce previne a evolução da lesão para câncer colorretal (CCR). O rastreamento de câncer de colorretal (CCR) em pacientes assintomáticos, geralmente, ocorre em indivíduos acima de 50 anos de idade e pode reduzir a incidência e mortalidade por esse tipo de câncer. Pólipos adenomatosos são achados frequentes durante o rastreamento de CCR e a detecção de adenomas durante a realização do exame é um dos principais indicadores de qualidade em colonoscopia. **Objetivo:** Determinar a taxa de detecção de adenomas em pacientes acima de 50 anos de idade que se submeteram ao exame de colonoscopia em clínica particular de Belo Horizonte. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo e transversal no qual foram selecionados, no período de julho a dezembro de 2014, 647 pacientes que se submeteram ao exame de colonoscopia. Foram selecionados os pacientes com mais de 50 anos de idade e o laudo endoscópico foi analisado. Foram revistos os resultados dos exames histológicos daqueles que apresentavam relato de polipectomia ou mucosectomia. Foram excluídos aqueles pacientes que apresentavam pólipos hiperplásicos ou pólipos inflamatórios e selecionados os que apresentavam adenomas. Separamos e analisamos os pacientes por sexo. Dessa forma calculamos o índice de detecção de adenomas geral e separado por sexo. **Resultado:** No período de julho a dezembro de 2014, 647 pacientes se submeteram ao exame de colonoscopia. Destes, 483 possuíam mais de 50 anos de idade e entre eles 266 (55,07%) eram do sexo feminino e 217 (44,9%) eram do sexo masculino. Dos 483 pacientes 182 tiveram adenomas. Entre os 266 do sexo feminino 78 tiveram adenomas e entre os 217 homens foram diagnosticados 104 com adenomas. Dessa forma a taxa geral de detecção de adenomas em pacientes acima de 50 anos foi de 37,6%. A taxa de detecção de adenomas em homens acima de 50 anos foi de 47,9% e em mulheres de 29,3%. **Conclusão:** No nosso levantamento a taxa de detecção de pólipos adenomatosos em pacientes acima de 50 anos de idade esta acima do que é encontrado na literatura, especialmente com relação aos homens.

**Palavras-chave:** Pólipos Adenomatosos; Rastreamento CCR; Colonoscopia.

## HÁ LUGAR PARA O USO DE PROBIÓTICOS NA SAÚDE BUCAL? REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Soares SH, Rego JACL, Woitas LR, Ferreira MEA, Souza NM, Andrade VLA

UNIFENAS-BH – Acadêmicos e Docentes de Medicina – Membros da Ligastro

**Introdução:** Há crescente investimento na pesquisa e comercialização de Probióticos devido a seus benefícios à saúde humana. Principais espécies: *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* e *Streptococcus*. "Probióticos são microrganismos vivos que quando administrados em quantidades adequadas conferem benefícios à saúde do hospedeiro". Considerando a alta prevalência de doenças da cavidade oral (DCO) sua íntima relação com bactérias patogênicas e a insuficiente sistematização da literatura científica brasileira sobre o uso de Probióticos neste campo, objetivou-se revisar a literatura sobre os efeitos dos deles na profilaxia e tratamento de DCO. **Metodologia:** Revisão sistemática sobre efeitos dos probióticos na profilaxia e no tratamento de DCO. Usou-se artigos publicados no Medline, Lilacs e Scielo com descritores do DeCS e MeSH. Avaliou-se a qualidade metodológica dos incluídos através das escalas CASP/Oxford. **Resultados:** Incluiu-se 14 artigos (revisão, ensaio clínico e caso controle; publicados na Alemanha, Brasil, Cuba, Dinamarca, Índia, Inglaterra, Peru; nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola; nos anos 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013) de alta qualidade metodológica. Parece inexistir características específicas capazes de determinar o perfil de uma população susceptível à doenças da cavidade oral; dois estudos relataram doses probióticas e não localizamos estudos sobre custo-efetividade do uso de Probióticos. O uso de Probióticos está associado à prevenção e redução de cáries dentárias, gengivite, periodontite e cárida oral; controle da halitose; equilíbrio e reforço da microbiota oral. Pouco se conhece sobre os riscos associados ao uso de probióticos exceto por relatos de bacteremia e fungemia em imunodeprimidos. **Discussão:** Há evidências favoráveis às ações terapêuticas dos probióticos, produzidas, em parte, pela indústria farmacêutica, o que necessita ser criticamente analisado. O uso indiscriminado de medicamentos alopáticos, a excessiva medicalização dos processos normais da condição humana hodierna e a busca por lucro pelas indústrias têm contribuído com aumento da produção científica sobre os Probióticos. Entretanto, tem-se que esse campo é vasto e ainda necessita ser muito mais investigado. **Conclusão:** Dada a importância dos Probióticos e seu potencial promissor, conclui-se a necessidade de realizar mais estudos para confirmar os benefícios, explorar melhor os danos, a segurança e aceitação dos probióticos na profilaxia e tratamento das doenças da cavidade oral.

E-mail do autor: sarahelena7@gmail.com

## ESTENOSE PÉPTICA ESOFAGIANA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO EM PEDIATRIA

Fedrigio CZ, Sousa Filho EAR, Soares SH, Andrade VLA, Moura EB

UNIFENAS-BH – Acadêmicos e Docentes de Medicina – Membros da Ligastro

**Introdução:** A estenose péptica de esôfago resulta da inflamação crônica da mucosa, sendo a etiologia mais comum o refluxo gastroesofágico (RGE) crônico (60%-70%). O RGE é uma das afecções mais frequente em pediatria, contudo, a estenose esofágica secundária a esofagite de refluxo é pouco conhecida na infância e estimada em torno de 1,5%. O diagnóstico da estenose péptica é clínico, porém, a avaliação esofagográfica, bem como a endoscopia digestiva alta (EDA) são de suma importância complementares. Pode-se ainda utilizar-se da pH impedanciometria, exame empregado para medir o refluxo (especialmente no período pós-prandial, quando o refluxo é tamponado) e detectar os sintomas associados aos episódios de refluxo ácido e/ou não ácido. **Objetivo:** Relatar caso de estenose péptica esofagiana em paciente pediátrico a despeito de sua baixa prevalência. **Metodologia:** ETS, masculino, cinco anos, com histórico de vômitos frequentes desde o nascimento e quadro de disfagia a sólidos. Diagnosticado com estenose esofagiana, após a realização de REED (2013), realizou três EDA (outubro/2013, novembro/2013 e dezembro/2013) para dilatações desta estenose e pH impedanciometria (2015). **Resultados:** As estenoses em sua maioria são anelares e localizadas no segmento distal do esôfago. Respondem muito bem à terapia de dilatação (sucesso 80%), embora haja recorrência do quadro, necessitando outras dilatações. ETS realizou três dilatações: 1ª em novembro/2013, 2ª em dezembro/2013 e a 3ª em fevereiro/2015. Verificou-se melhora do quadro aliada ao uso de terapia antissecretora para tratamento do RGE. A pH impedanciometria confirmou o refluxo gastroesofágico ácido e não ácido. **Conclusão:** o refluxo gastroesofágico crônico possibilita uma inflamação e consequente espessamento da mucosa esofágica com deposição de fibrina, determinando a estenose péptica esofagiana de ETS.

**Palavras-chave:** Estenose Esofagiana Pediátrica; pH Impedanciometria; Refluxo Gastroesofágico

E-mail do autor: emanuelacaiaba94@hotmail.com

## PERICARDITE CONSTRICTIVA MANIFESTANDO-SE COM ASCITE: RELATO DE CASO

Carvalho FAC, Guimaraes RG, Rocha HC, Guedes LR, Ferrari MLA, Cunha AS

Hospital das Clínicas – Universidade Federal de MG

**Introdução:** Ascite é manifestação clínica que pode surgir no curso de diversas entidades e se tornar um problema diagnóstico. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com pericardite constrictiva que manifestou-se com ascite. **Caso clínico:** WBC, 23 anos, ascite com 2 anos de evolução abordada em outro serviço como secundária à hepatopatia crônica. Paciente hígido até início da moléstia atual, sem história de etilismo. Propedêutica prévia: US abdominal: sinais de hepatopatia crônica fibrosante, ascite moderada. Sorologias para hepatites e HIV negativos. Anticorpo anti-LKM, anti-mitocondrial, anti-músculo liso negativos. FAN 1:80; IFI para esquistossomose 1:40; ceruloplasmina, Cu urinário, alfa-1-antitripsina e cinética de ferro normais; TSH 1,5, T4 1,6. Biopsia peritoneal: processo reacional inflamatório. Líquido ascítico: transudato, negativo para infecção/neoplasia. Admitido no IAG/HC-UFMG em 10/11/2014 para propedêutica de ascite. PA 100x70mmHg, FC 90 bpm, ascite moderada, indolor, hidrocele importante. Uso de furosemida 40mg/dia, espironolactona 100mg/dia. Radiografia de tórax da internação revelou calcificação pericárdica, sugestiva de pericardite constrictiva crônica. Confirmação por ecocardiograma. Realizada pericardiectomia. Estudo histopatológico do pericárdio com alterações inflamatórias inespecíficas. **Discussão:** O diagnóstico etiológico da ascite se confunde entre entidades que cursam com este sinal. Principais causas: cirrose hepática, doenças vasculares hepáticas, peritoneais, pancreáticas, renais, infecciosas e cardíacas. Manifestações como ascite, hepatomegalia pulsátil, efusão pleural e edema periférico são observadas tanto na pericardite como na cirrose hepática. Avaliação da pressão venosa jugular pode auxiliar no diagnóstico diferencial, aumentada na pericardite constrictiva em 93% dos casos. Outros aspectos para o diagnóstico diferencial: sinal de Kussmaul e pulso paradoxal menos frequentes. Calcificação pericárdica ocorre em 27% dos casos de pericardite. Entretanto, pode haver calcificação pericárdica sem pericardite crônica. As calcificações associam-se à maior probabilidade de doença pericárdica idiopática e pior prognóstico. Eletrocardiograma em geral apresenta alterações inespecíficas de ST, onda T e taquicardia, baixa amplitude. Líquido ascítico é classicamente transudativo. **Conclusão:** História clínica, um exame físico completo e atenta interpretação de propedêutica inicial são fundamentais para o adequado diagnóstico etiológico de ascite.

## CARCINOMA HEPATOCELULAR - AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR

Melo JRC, Cambraia RD, Couto OFM, Scalabrini Neto AO, Ribeiro IG, Resende V

*Hospital Das Clinicas UFMG – Instituto Alfa de Gastroenterologia*

A Coexistência de duas patologias torna a abordagem do Carcinoma-Hepatoceleular (CHC) um desafio para Hepatologistas, Cirurgiões, Radiologistas interencionistas e Oncologistas. Neoplasia hepática e cirrose têm estreita relação, e interdependem no aspecto mórbido, com incidência de tumor e descompensação da cirrose muito frequente. O diagnóstico precoce, decorrente de vigilância adequada, é incomum. Atualmente o CHC é um problema de saúde global, a terceira causa mais comum de mortalidade por câncer, e apresenta incidência progressivamente aumentando, tendo em vista a prevalência de Hepatites Crônicas Virais B e C, Esteatose Hepática e consumo de bebidas alcoólicas. O objetivo de um atendimento multidisciplinar fundamenta-se em maior agilidade entre o diagnóstico preciso e a decisão terapêutica. O atendimento compartilhado resulta numa avaliação clínico-cirúrgica mais ampla, sem necessidade de interconsultas. A interface próxima com serviço de transplantes hepáticos e radiologia interencionista agrega maior eficiência na execução da conduta tomada. Desde fevereiro de 2013, médicos das especialidades: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hepatologia, Oncologia, Radiologia e Radiologia interencionista, atuam conjuntamente no atendimento ao paciente com CHC (ambulatorio de Fígado, Vias Biliares e Pâncreas do Instituto Alfa de Gastroenterologia). As atividades do serviço nos anos 2013 e 2014 são demonstradas abaixo: Pacientes com CHC (confirmação radiológica ou histológica): Idade: media 62 (n108). Gênero: masculino: 90 (78,9%), feminino: 24 (21,05%) (n114). Cirrose Hepática: 105(92,4%) (n114). Etiologia: Viral 65(68%), Álcool 35 (33%), Esquistossomose/Criptogênica 2(2%) (n95). Hep C: 54(47%) (n114). Hep B: 24 (21%) (n114). Child-Pugh: A: 60 (57%), B: 36 (33%), C: 9 (8%) (n104). Alfa-feto proteina: mediana 107 (n96). Performance Status: 0: 81 (82%), 1: 14 (14%), 2: 3 (3%), 3: 0(0%), 4: 1 (1%) (n98). Etilismo (40g/dia): 83 (73%) (n113). Tabagismo: 22 (23%) (n112). Hipertensão portal: 32 (28%) (n113). Decisão Terapêutica: Ressecção Cirúrgica: 11(12%), TX: 7 (8%). RFA: 3 (3%) PEI: 1(1%), TACE: 26 (28,8%), Sorafenibe: 25 (27,7%), Suporte Paliativo: (17(18,8%). A partir dos dados analisados, verifica-se predomínio de Cirrose por Vírus B e C como etiologia predominante. A maior proporção de pacientes submetidos a terapias não curativas (TACE, Sorafenibe, Cuidados paliativos) evidencia maior proporção de pacientes com diagnóstico de CHC mais avançado.

## NEOPLASIA INTESTINAL DO TIPO CÉLULAS EM ANEL DE SINETE EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Guedes LR, Rocha HC, Carvalho FAC, Guimaraes RG, Ferrari MLA, Vilela EG

*Hospital das Clinicas da UFMG*

**Introdução:** A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico, transmural do aparelho digestório que evolui com deformidades estruturais e necessidade cirúrgica em cerca de 80% dos pacientes a longo prazo. As complicações principais incluem fístulas, estenoses, abscessos, além de doenças neoplásicas. A abordagem da entidade sofreu importantes modificações principalmente após o advento do uso da terapia biológica em gastroenterologia. **Relato de caso:** Paciente de 41 anos com DC diagnosticada em 2005 de localização ileocolônica e fenótipo penetrante, com doença perianal associada. Foi submetido a ileocelectomia direita após cinco anos de evolução da doença devido a fístula entero-entérica. Apresentava-se refratário a terapia imunossupressora com infliximabe e azatioprina. Foi admitido em nosso serviço em 2013 com quadro clínico de dor abdominal, diarreia e perda de peso importante. A propedêutica laboratorial sugeria atividade da doença, com anemia ferropriva e aumento de VHS, além de piúria estéril e os métodos de imagem abdominal (ultrassonografia e enterotomografia computadorizada) mostraram presença de fístula entero-vesical. A colonoscopia mostrava atividade da doença no íleo e canal anal. A opção de tratamento foi a abordagem cirúrgica da fístula e a peça de intestino delgado mostrou adenocarcinoma com células em anel de sinete. No momento do diagnóstico, a doença já era avançada e metastática, sem proposta terapêutica curativa. Está em uso de quimioterapia paliativa e como consequência da ressecção intestinal evoluiu com síndrome do intestino curto e por sua vez, diarreia e distúrbios hidroeletrólíticos que motivam frequentes internações neste serviço. **Conclusão:** Neoplasia do intestino delgado associada a DC é uma condição rara, de difícil rastreamento e o diagnóstico pré-operatório consiste em um desafio. O subtipo histológico com células em anel de sinete é ainda mais incomum e guarda um prognóstico sombrio, com índice elevado de metástases. Os estudos na área são escassos e não há fatores de risco dentro do contexto das doenças inflamatórias intestinais que comprovadamente aumentem a chance de desenvolvimento da neoplasia. Postula-se, entretanto, que o tempo de duração e a intensidade da inflamação possam contribuir para a carcinogênese, à semelhança do que acontece no câncer colorretal. Dessa forma, o objetivo da abordagem terapêutica da DC visando a cicatrização da mucosa pode ter uma contribuição importante na prevenção dessa entidade.

## SÉRIE DE CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO E REVISÃO DA LITERATURA

Ferreira MP, Ribeiro JA, Lisboa QC, Andrade AMF, Fonseca LAS, Reis PP

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é definida como sangramento no tubo digestivo acima do ângulo de Treitz. HDA não varicosa resulta da lesão da mucosa com ulceração ou erosão de um vaso subjacente e HDA varicosa das complicações da hipertensão portal. Trata-se de emergência médica com mortalidade de até 43%. **Objetivos:** Descrever uma série de casos de HDA admitidos em um hospital terciário e comparar os desfechos encontrados com dados da literatura. **Métodos:** Realizada coleta prospectiva de dados de pacientes com HDA submetidos a exames no setor de Endoscopia Digestiva do Hospital Felício Rocho no período de julho a setembro de 2014 e daqueles com HDA atendidos pela equipe de Gastroenterologia no período de outubro a janeiro de 2015. **Resultados:** 52 pacientes, de 14 a 94 anos, apresentaram HDA, sendo 34 (65,4%) do sexo masculino e 18 (34,6%) do sexo feminino. 30 (57,6%) foram admitidos com HDA e 22 (42,4%) apresentaram HDA durante internação. 8 (16%) evoluíram para óbito e 42 (84%) tiveram alta hospitalar. 1 apresentou escore de Rockall pré e pós Endoscopia Digestiva Alta (EDA) igual a 0; 6 apresentaram escore ? 8 pós-EDA e, destes 6, 1 paciente faleceu (16,6%). 44 apresentaram escore entre 3-7 e, neste grupo, 7 (15,9%) evoluíram a óbito. Todos os pacientes do estudo foram submetidos à EDA e 28 (53,8%) em até 24 horas da solicitação. Nenhum caso evoluiu com falha terapêutica e/ou ressangramento e/ou necessidade de abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A mortalidade, em geral, de pacientes com HDA varia de 10-14%, sendo que em nosso estudo foi encontrada mortalidade de 16%. A maior taxa de mortalidade do nosso estudo pode estar relacionada a uma maior proporção de HDA varicosa entre nossos casos em comparação com a literatura geral, por se tratar de serviço de referência em hepatologia, e que sabidamente possui maior mortalidade. O uso do score de Rockall nos permite avaliar nosso protocolo e os resultados de atendimento, nos fornecendo um parâmetro de qualidade e estimulando a melhoria contínua da atividade do serviço.

**Palavras-chave:** Hemorragia Digestiva Alta; Rockall; Mortalidade.



## ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: REVISÃO

Santos AH, Santos LCH, Weber AMN, Andrade VLA

### UNIFENAS

**Introdução:** A Esofagite Eosinofílica é uma condição caracterizada por sintomas gastrointestinais, principalmente esofágicos, associada a hiperplasia do epitélio escamoso. A patogênese não é bem elucidada, a maioria dos pacientes apresenta evidências de hipersensibilidade a certos alimentos e alérgenos aéreos. A incidência anual é de 12,8 casos por 100.000 habitantes. A doença atinge sobretudo o sexo masculino. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre os sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da esofagite eosinofílica. **Discussão:** Os sintomas variam de acordo com a faixa etária, manifestando-se, por recusa alimentar, irritabilidade, vômitos, sintomas de refluxo gastro-esofágico, aversão à alimentação e também déficit de peso e crescimento. A doença é diagnosticada através da Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia, que mostra presença de 15 eosinófilos/campo de grande aumento em um ou mais fragmentos. É necessário ausência da doença do refluxo gastroesofágico, que é descartada por pHmetria de esôfago distal ou por falha terapêutica dos inibidores da bomba de próton. As anormalidades encontradas na EDA são: estrias longitudinais, friabilidade, edema, placas ou exsudatos esbranquiçados, traqueização do esôfago e estreitamento da mucosa. Não existem relatos de que a doença pode malignizar com o tempo. Além disso, não há redução da expectativa de vida nas pessoas diagnosticadas. A terapia dietética e os corticoides orais são as opções terapêuticas iniciais. Os corticoides sistêmicos são reservados aos pacientes muito graves. **Conclusão:** A esofagite eosinofílica deve ser considerada nos pacientes que não respondem ao tratamento da doença do refluxo esofágico. A análise do número de eosinófilos deve ser considerada para fechar o diagnóstico.

## ACALÁSIA NA INFÂNCIA

Santos AH, Santos LCH, Weber AMN, Andrade VLA

### UNIFENAS

**Introdução:** A acalásia de esôfago consiste em uma doença motora, na qual há relaxamento parcial ou ausente do esfíncter esofágico inferior. Tem uma incidência de 0,11: 100.000 casos a cada ano na população pediátrica. A forma idiopática é a mais comum e afeta mais o sexo masculino. Tem sido associada à Doença de Chagas, Esofagite Eosinofílica, Trissomia do 21, Síndrome da Hipoventilação Congênita e Insuficiência de Glicocorticoides. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre os sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da acalasia na infância. **Materiais e métodos:** Os sintomas mais comuns são vômitos, baixo peso, disfagia e regurgitação. Lactentes podem apresentar pneumonia recorrente, dificuldade de alimentar-se, aspiração e tosse noturna. Cerca de 50% das crianças com acalasia são tratadas com anti-ácidos ou pró-cinéticos pensando-se em doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). A doença é diagnosticada através do estudo contrastado de esôfago, estômago e duodeno, e confirmado pela manometria esofágica. A Miotomia a Heller videolaparoscópica é o tratamento de escolha. Outros tratamentos podem ser usados como a dilatação endoscópica, entretanto não tem tanta efetividade quanto a técnica de Heller. A Miotomia endoscópica peroral tem trazido bons resultados, entretanto, necessita de mais estudos para comprovar sua eficácia. **Conclusão:** A acalasia é uma doença rara em crianças e de difícil diagnóstico, o que retarda o tratamento a ser utilizado.

## DEPRESSÃO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFLUENCIAM NEGATIVAMENTE A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Vieira DA, Cunha LR, Teixeira R, Neves FS, Silva LD

*Ambulatório de Hepatites Virais (IAG/HC/UFMG), Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM)/UFMG, Departamento de Saúde Mental – FM/UFMG*

**Objetivo:** Identificar variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com hepatite C crônica (HCC). **Métodos:** 125 pacientes com HCC, atendidos em centro de referência em hepatites virais, foram incluídos. Dados clínicos, bioquímicos, virológicos e histológicos foram avaliados. A entrevista clínica foi realizada por meio de questionários que avaliaram características: sociodemográficas, clínicas, comorbidades psiquiátricas (abordagem clínica e questionário: *Mini-International Neuropsychiatric Interview*) e QVRS [questionário: *Liver Disease Quality of Life Questionnaire* (LDQOL1.0)]. Regressão linear múltipla foi usada para avaliar a associação entre a QVRS e variáveis clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas. **Resultados:** Características dos pacientes com HCC: média idade de 53,2±11,6 anos; 72(57,6%), sexo feminino; 104(83,2%), 21(16,8%), 44(35,5%) e 23(18,5%) apresentavam hepatite crônica, cirrose compensada, hipertensão (HAS) e diabetes, respectivamente. Dentre as comorbidades psiquiátricas, destacaram-se transtorno depressivo maior (TDM) (n=36, 28,8%) e transtornos de ansiedade (TA) (n=35, 28,0%). TDM associou-se à menores pontuações em 10 domínios do LDOQL, independentemente do estágio da hepatopatia. QVRS reduzida foi observada em pacientes com TA e uso abusivo de álcool. Cirrose, HAS e níveis elevados de alanina aminotransferase (ALT) também se associaram à diminuição da pontuação do LDQOL. Quando a gravidade da depressão foi avaliada pela escala de Hamilton (HDRS), pacientes com depressão moderada a grave tinham menor pontuação do LDQOL que indivíduos com depressão leve nas dimensões "isolamento" e "estigma da doença hepática". Quando o grau de depressão foi obtido pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) escores reduzidos do LDQOL foram observadas em seis domínios. **Conclusão:** Os resultados ressaltam a importância de avaliar comorbidades psiquiátricas, especialmente depressão e TA em pacientes com HCC.

## A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO OSTEOPÁTICO NA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Vale JR, Carvalho HFB, Andrade VLA, Almeida LC

*Universidade José do Rosário Velano*

**Introdução:** A constipação intestinal é considerada como uma doença funcional do intestino, multifatorial, caracterizada por uma desordem da motilidade gastrointestinal e por evacuações difíceis ou diminuídas. O tratamento e a prevenção devem ser individualizados, considerando as orientações comportamentais, além da possível intervenção farmacológica ou de terapias complementares como a osteopatia. **Objetivos:** Revisar a literatura disponível sobre os efeitos do tratamento osteopático na constipação intestinal. **Metodologia:** A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados eletrônicas Portal CAPES, Bireme, Cochrane Library, LILACS, MEDLINE, PubMed e Scielo utilizando os seguintes descritores: “osteopatia”; “manipulação osteopática”; “fáscia”; “constipação intestinal”; “obstipação”. Os 106 estudos utilizados nesta pesquisa seguiram os seguintes critérios de inclusão: publicações no período de 1989 a 2015; escritos em português, inglês e espanhol; artigos apresentados na íntegra, sem restrições sobre o tipo de estudo ou amostra. Foram excluídos os trabalhos que não apresentaram os critérios descritos anteriormente. **Resultados:** A osteopatia visceral é um conjunto de técnicas manuais com concepção diagnóstica e terapêutica que visa normalizar as disfunções mecânicas, vasculares e neurológicas das vísceras e dos tecidos corporais. A abordagem osteopática aplicada no tratamento da constipação tem como objetivo a melhora do funcionamento do intestino, influenciando o tônus do músculo liso e a mobilidade visceral, melhorando a função gastrointestinal e, indiretamente normalizando o suprimento nervoso autossômico para a víscera. A fáscia é formada por uma matriz intracelular tridimensional de contiguidade, rica em mecanorreceptores, envolvendo e protegendo os tecidos e órgãos do corpo. Assim, resultados obtidos após a realização de técnicas osteopáticas, possivelmente, são compreendidos pelas propriedades mecânicas, autonômicas e neuro-musculares. **Conclusão:** A osteopatia é um tratamento complementar para a constipação intestinal, melhorando os sintomas, reduzindo a gravidade dos quadros, diminuindo o tempo do trânsito colônico, aumentando a motilidade intestinal e a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Osteopatia; Manipulação Osteopática; Fáscia; Constipação Intestinal; Obstipação.

## AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA

Castro MC, Vieira DA, Cunha LR, Neves FS, Teixeira R, Silva LD

*Ambulatório de Hepatitesvirais (IAG/HC/UFMG), Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM)/UFMG, Departamento de Saúde Mental – FM/UFMG*

**Introdução:** A hepatite C crônica (HCC) é causa importante de morbimortalidade no mundo e uma das principais causas de descompensação hepática, cirrose e carcinoma hepatocelular. Além do acometimento hepático, manifestações neuropsiquiátricas são frequentemente associadas à HCC. No entanto, estudos prospectivos utilizando entrevistas psiquiátricas estruturadas em pacientes com HCC são escassos. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com HCC. **Métodos:** Foram incluídos 167 pacientes com HCC e 100 indivíduos assintomáticos, pareados por sexo e idade. Todos indivíduos estudados foram avaliados por meio do MINI - Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-Plus 5.0), Escala Hamilton de Depressão (EHD) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os dados foram analisados pelo SPSS 20.0. **Resultados:** Principais características dos pacientes com HCC: média de idade de 53,2 ±11,6 anos; 52,9%, do sexo feminino, 83,1% com hepatite crônica e 16,9% com cirrose compensada. Presença do transtorno depressivo atual e passado (TDM) foi identificada em 32,9% e 19,2% dos pacientes, respectivamente; transtornos de ansiedade foram encontrados em 18,6%; abuso/dependência de álcool prévia e atual foi identificada em 26,3% e 9%, respectivamente; abuso/dependência de drogas ilícitas prévia e atual foi identificado em 11% e 3%; transtorno de estresse pós-traumático foi identificado em 1,2%; e as alterações psicóticas em 1,7%. O TDM atual e o abuso/dependência de álcool prévia foram mais frequentemente verificados em pacientes com HCC que nos indivíduos assintomáticos [32,9% vs. 2,6% (p 0,0001)] e [26,3% vs. 7,7% (p 0,0001)], respectivamente. Os transtornos ansiosos também foram mais significativos nos pacientes com HCC [18,6% vs. 2,0% (p 0,0001)]. **Conclusões:** Os transtornos psiquiátricos podem influenciar o curso e o tratamento da HCC. Nossos resultados destacam que a triagem de rotina para transtornos psiquiátricos é necessária neste grupo de pacientes. Dependência química, transtornos depressivos e ansiosos devem receber maior atenção. Considerando-se a hepatite C como doença sistêmica, o cuidado integrado clínico /psiquiátrico/ psicológico deve ser almejado no tratamento desses pacientes. A abordagem interdisciplinar e multiprofissional torna-se relevante na assistência desses indivíduos, visando a prevenção de abandono do tratamento e o diagnóstico precoce das comorbidades para que o acompanhamento mais adequado seja alcançado.

## DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TUMOR NEUROENDÓCRINO NÃO FUNCIONANTE DO PÂNCREAS

Matoso AGB, Oliva HLOGR, Andrade NB, Ribeiro AP, Silveira LP

*Universidade Federal de Uberlândia*

Os tumores neuroendócrinos são neoplasias raras, de crescimento lento e com diferenciação neuroendócrina predominante. Representam 3% dos tumores pancreáticos e, de acordo com a capacidade ou não de armazenar e secretar peptídeos e neuroaminas, são classificados em funcionantes e não funcionantes, respectivamente. O diagnóstico dos tumores não funcionantes é mais difícil, feito por imagem e biópsias da lesão. Relatamos o caso de uma paciente de 53 anos, colecistectomizada há 15 anos. Apresentou quadro de dor epigástrica contínua, intensa, piorava com a alimentação e melhorava com antiespasmódicos, associada a vômitos e perda de peso há 15 dias. Nos exames laboratoriais apresentava aumento de enzimas hepáticas canaliculares (GGT aumentada 20 vezes), transaminases (ALT e AST aumentadas cerca de 10 vezes), sem hiperbilirrubinemia, sem alterações de amilase e lipase e sem evidências de síndrome infecciosa. O Ultrassom de abdome mostrou apenas dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Foi solicitada Colangiorrressonância a qual evidenciou coledocolitíase com dilatação das vias biliares e nódulo na superfície anterior do pâncreas com reforço precoce pelo meio de contraste e medindo 0,9 cm. Foi realizada Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPER) com achado de múltiplos cálculos no colédoco, realizada papilotomia com retirada dos mesmos. A síndrome coleostática foi resolvida e a paciente voltou a ser assintomática. Foi realizada Ecoendoscopia que identificou lesão hipoecóica na parte anterior do corpo pancreático, 1 cm, sendo que o resultado da biópsia convencional e imunohistoquímica foi inconclusivo com achado de células adiposas apenas. Foi optado por acompanhamento clínico com repetição da Ressonância Magnética em 3 meses. O achado foi idêntico ao do primeiro exame e, por isso, a paciente foi novamente levada a Ecoendoscopia com biópsia do nódulo que, desta vez, mostrou neoplasia neuroendócrina bem diferenciada Grau I da OMS. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico. A paciente foi encaminhada para ressecção cirúrgica do tumor. Tumores neuroendócrinos do pâncreas não funcionantes geralmente são lesões pequenas ocorrendo em pacientes assintomáticos. Nesse caso, o diagnóstico foi no contexto de síndrome coleostática devido a coledocolitíase. Na persistência da dúvida em relação a nódulos pancreáticos pequenos a Ecoendoscopia com biópsias pode ser muito útil no esclarecimento.

**Palavras-chave:** Neuroendócrino; Ecoendoscopia; Pâncreas.

## ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA HEPATITE C CRÔNICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM HEMODIÁLISE

Teixeira R, Ribeiro IG, Soares EB, Silva LD, Menezes EG, Cambraia RD

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG*

**Introdução e objetivo:** A hepatite C crônica é mais prevalente em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) submetidos a hemodiálise (HD). Seu tratamento é complexo e há menor chance de resposta terapêutica. Contudo, está indicado especialmente para os candidatos ao transplante (TX) renal. Este estudo visa analisar as características clínicas e terapêuticas no tratamento desses pacientes. **Método:** Análise retrospectiva de 33 pacientes com hepatite C crônica e IRC em HD selecionados para o tratamento no pré-TX renal, atendidos entre 2001 e 2014. **Resultados:** 22/33 (67%) eram masculinos. A média de idade foi 44 anos (DP= 9,7) e tempo médio de HD de 8,6 anos (DP= 4,9). Glomerulopatia idiopática foi reconhecida em 75% dos casos enquanto a hipertensiva foi diagnosticada nos 15% restantes. 29/33 (87,8%) fizeram biópsia hepática e a fibrose teve a seguinte distribuição (Metavir): F0-F1= 24/29 (82,7%), F2=3/29 (10,3%) e F4 2/29 (6,9%). Os genótipos do HCV de 30 pacientes foram: G1(n=22, 73,3%), G3 (n=7, 23,3%) e G2b (n=1, 3,3%). Distintos esquemas terapêuticos foram empregados: 12/33 (36,3%) interferon (IFN) monoterapia, 15/33 (45,4%) IFN e ribavirina (RBV) (dose entre 250 a 750 mg VO/semana), 1/33 (3,03%) PegIFN monoterapia e 5/33 (15,15%) PegIFN e RBV. 21/33 (63,6%) completaram 48 semanas de tratamento enquanto que em 12/33 (36,36%) houve suspensão precoce por eventos adversos. Anemia (Hb10g/dl) e plaquetopenia (100.000) ocorreram em 10/33 (30,3%) e 8/33 (24,2%), respectivamente. 09/21 (42,8%) tiveram resposta virológica sustentada (RVS), 09/21 (42,8%) foram não respondedores e 3/21 (14,2%) recidivantes. **Conclusões:** Houve maior prevalência de glomerulopatia idiopática e infecção pelo genótipo 1 do HCV nos pacientes analisados. A despeito de diversos esquemas terapêuticos utilizados ao longo do tempo, obteve-se taxa global de RVS de 42,8%, semelhante à descrita para esses pacientes. Novos tratamentos livres de IFN são esperados em futuro próximo com mais segurança e eficácia para esses pacientes.

## SOBREPOSIÇÃO ENTRE HEPATITE AUTOIMUNE E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA DE PEQUENOS DUCTOS - RELATO DE CASO

Guimaraes RG, Couto CA, Faria LC, Rocha HC, Carvalho FAC, Guedes LR

*Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG*

Colangite Esclerosante Primária (CEP) e Hepatite Autoimune (HAI). Não há critérios padronizados de diagnóstico e nomenclatura. A sobreposição HAI-CEP normalmente é acompanhada de achados sorológicos de HAI e anormalidades colangiográficas sugestivas de CEP. Achados compatíveis com CEP à colangiorressonância e à biópsia hepática tem sido encontrada em até 10 % dos paciente com HAI. Suspeita-se de sobreposição nos pacientes com HAI que apresentem prurido, retocolite ulcerativa, alterações de ductos biliares à bôpsia ou colangioressonância e não resposta ao corticoide. Há raros casos relatados na literatura de pacientes com HAI e características clínicas mais biópsia hepática compatíveis com CEP, porém sem nenhuma anormalidade à colangioressonância. Esses pacientes tem sido nomeados como sobreposição de HAI - CEP de pequenos ductos. O impacto da sobreposição não é bem estabelecido, mas observa-se menor resposta a imunossuppressores, maior risco de descompensação da cirrose, transplante e óbito. Pacientes com sobreposição HAI-CEP podem se beneficiar do uso combinado de ácido ursodesoxicólico (AUDS) e imunossuppressores. **Relato de caso:** masculino, 28 anos, há 4 anos atrás, durante realização de exames de rotina, constatou-se alteração de transaminases (6x LSN) e canaliculares ( 2x LSN). Não apresentava sintomas. Propedêutica com autoanticorpos (anti-musculo liso / FAN + 1:80, AMA -), aumento de IgG e biópsia hepática com infiltrado linfoplasmocitário (acentuado). Iniciado Azatioprina mais Prednisona (manutenção 150 mg e 5 mg, respectivamente), com bom controle da doença. Após um ano evoluiu com piora das enzimas canaliculares (10x LSN) e transaminases (3x LSN). Colangioressonância não apresentou alteração de via biliar intra ou extra-hepática, sendo optado por biópsia que evidenciou colangite obliterativa, "em casca de cebola." Associado AUDS(15mg/kg/dia) aos imunossuppressores com normalização das enzimas em 6 meses. **Conclusão:** HAI-CEP pequenos ductos tem sido raramente descrito na literature e esse relato acrescenta novos dados para o estudo dessa entidade, com impacto no prognóstico e tratamento dessas doenças.

Palavras-chave: HAI; CEP; Sobreposição.

## ACALASIA ESOFAGIANA X APERISTALSE: ESTUDO DE CASUÍSTICA

Andrade VLA, Melo AL, Oliveira RL, Silva AFB, Pasquale MMBA, Melo LSC

*Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH Membros da Ligastro*

**Introdução:** Acalasia é um relaxamento parcial ou ausente do esfíncter esofágico inferior (EEI) e contrações não peristálticas no corpo do esôfago. Pode ser primária ou secundária (doença de Chagas), sendo a secundária a mais prevalente. Fisiopatologicamente ocorre degeneração dos neurônios do plexo mioentérico inibitório intramural. O diagnóstico definitivo é feito por meio da manometria. **OBJETIVO:** Estudo de casuística de acalasia no ano de 2014, no Serviço de Diagnóstico em Gastroenterologia (SEDIG), em BH/MG. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de 896 laudos monométricos do ano de 2014. Foram excluídos 23 pacientes com menos de 20 anos de idade, totalizando 873 casos. Todos os exames foram realizados por um mesmo profissional, utilizando o sistema de perfusão pneumohidráulico. Foi considerada acalasia clássica quando havia hipertonía, ausência de relaxamento do EEI e ausência de ondas peristálticas no corpo do esôfago. Todos os outros casos foram diagnosticados como aperistalse. **Resultados:** Dos 873 laudos foram diagnosticados 49 casos, sendo que 33 (67,3%) foram considerados acalasia, 12 (24,5%) aperistalse e em 4 (8,2%) pacientes a hipertrofia não permitiu a passagem da sonda. A média de idade dos pacientes com acalasia foi de 51,03 e de aperistalse foi 43,9 anos. Nos casos de acalasia 60,5% dos pacientes são mulheres e 39,5% são homens. Os sintomas mais prevalentes relatados na acalasia foram dificuldade para engolir (84,8%) e refluxo (75,7%), com média de pressão do EEI de 22,7 mmHg (DP=15,5). Dentre os pacientes diagnosticados com aperistalse, 33,3% são mulheres e 66,7% são homens. Nestes casos, os sintomas mais prevalentes foram dor no peito, refluxo e dificuldade para engolir, todos com 58,3%. A média de pressão do EEI foi de 12,5 mmHg (DP=7,6). **Conclusão:** Na aperistalse verifica-se ausência de ondas, pressão no EEI normal ou baixa, o que indica relaxamento, diferente do que ocorre na acalasia. Os resultados demonstram que jovens do sexo masculino são mais acometidos pela aperistalse, ao contrário do que ocorre na acalasia. O EEI apresenta pressão maior na acalasia do que na aperistalse, como esperado. Embora o primeiro caso a ser reconhecido como acalasia tenha sido descrito em 1672, ainda há confusão com o conceito de aperistalse.

Palavras-chave: Acalasia; Aperistalse; Manometria.

## LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS EM MUCOSA INTESTINAL – RELATO DE CASO

Mendes CMC, Gomes RV, Forn IPCR, Braga NS, Santos RLA, Ribeiro TML

*Hospital das Clínicas – UFMG*

Paciente J.G.S., 50 anos, sexo masculino, procedente de Santa Maria de Itabira – MG. Encaminhado para o HC - UFMG em Fevereiro de 2015 devido a quadro iniciado há aproximadamente três meses de disfagia para sólidos, dor abdominal, diarreia crônica sem elementos anormais, além de ascite e edema de membros inferiores secundários à hipoalbuminemia. Exames de imagem inicialmente realizados evidenciaram extensa linfonodomegalia cervical profunda bilateral acompanhada de componente infiltrativo muscular do pescoço, indicando possível acometimento secundário, além de linfonodomegalias na cadeia ilíaca externa direita. Não foram evidenciados sinais de hepatopatia. Paciente foi submetido à endoscopia digestiva alta que evidenciou, a partir da segunda porção duodenal até o alcance do aparelho no jejuno proximal, alterações difusas da mucosa com inúmeras lesões elevadas com depressão central, com aspecto infiltrativo nas bordas e áreas de desnudamento da mucosa, que foram biopsiadas. A avaliação histopatológica demonstrou infiltração em biópsia jejunal por neoplasia indiferenciada, sugestiva de origem linfoide, e a análise imunohistoquímica confirmou tratar-se de linfoma anaplásico de grandes células em mucosa intestinal. Paciente foi encaminhado para realização de quimioterapia. O linfoma anaplásico de grandes células é um tipo raro de linfoma não-Hodgkin (LNH), sendo as lesões gastrintestinais o tipo mais comum de linfoma extranodal primário, representando cerca de 5% a 10% de todos os LNH. A localização gástrica é a mais encontrada, seguida pelo intestino delgado. A doença apresenta-se frequentemente com comportamento agressivo, manifestações sistêmicas, estágio avançado e localização extranodal. A apresentação muitas vezes disseminada faz com que na avaliação inicial a procura da doença através de imagens seja exaustiva.

**Palavras-chave:** Linfoma; Gastrointestinal; Neoplasia.

## ANÁLISE COMPARATIVA DE TESTES DIAGNÓSTICOS DA PHMETRIA EM PESSOAS COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Soares SH, Tolentino AE, Andrade VLA, Souza NM, Andrade VLA

*UNIFENAS-BH, Membros Diretores Ligastro (Liga Acadêmica de Gastroenterologia)*

**Introdução:** Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) apresenta moderada prevalência global, impacta negativamente a qualidade de vida das pessoas portadoras e acarreta gastos significativos para serviços e sistemas de saúde. A pHmetria esofágica ambulatorial é um dos testes complementares de auxílio diagnóstico de DRGE mediante mensuração do grau de exposição ácida esofágica. DeMeester criou um escore de padrão de normalidade de refluxo gastroesofágico em 1974, que foi atualizado em 2006, e posteriormente corrigido pela curva ROC (ferramenta de análise estatística). **Metodologia:** Estudo transversal com análise comparativa de três testes diagnósticos: DeMeester 1974, DeMeester 2006 e ROC em 223 resultados pHmétricos via uso do EpilInfo. **Resultados:** Em 223 resultados pHmétricos, 45,7% foram diagnosticados com DRGE pelo escore DeMeester (1974/2006) e 41,3% pela correção da curva ROC. Segundo Critérios DeMeester 1974, evidenciou-se 58,82% pacientes com refluxo patológico em ortostatismo, 76,47% em posição supina e 83,33% em período total. Tais discriminações sugerem níveis de gravidade da doença. Em relação ao escore de 2006 evidenciou-se 43,13% pacientes com refluxo patológico em ortostatismo, 60,78% em posição supina e 81,37% em período total. Após correção pela curva de ROC encontrou-se 56,52% pacientes com refluxo patológico em ortostatismo, 77,17% em posição supina e 86,95% em período total. **Discussão:** A propedêutica da DRGE pode incluir a pHmetria cujos resultados variam segundo níveis de normalidade deste teste diagnóstico. No contexto da existência de três versões de um mesmo teste, pode-se indagar: esses três diferentes critérios hipo ou hiperdiagnosticam a DRGE? **Conclusão:** Verificou-se que escores obtidos pelo critério DeMeester 1974 hiperdiagnosticam DRGE se comparado aos outros dois critérios diagnósticos. Recomenda-se mais estudos comparativos em maiores amostras e comparações com outros testes para determinação de sensibilidade, especificidade e precisão destas três versões da pHmetria em pessoas com DRGE.

**Palavras-chave:** Phmetria; Doença do Refluxo Gastro Esofágico; DeMeester.

## HEPATITE C CRÔNICA EM MINAS GERAIS: UMA DOENÇA SILENCIOSA

Pereira GS, Umbelino AA, Ribeiro IG, Cambraia RD, Scarabelli MLE, Teixeira R

*Ambulatório de Hepatites Virais IAG/HC/UFMG – Secretária de Estado da Saúde DVE/CDAT*

**Introdução e objetivo:** A hepatite C constitui, na atualidade, um sério problema de saúde pública em razão de seu alto potencial de cronicidade e evolução para as formas graves da doença, como a cirrose hepática e o carcinoma hepatocelular. Contudo, tem-se reconhecido mundialmente que a maioria dos pacientes infectados desconhece seu estado de portador crônico do vírus C. Este estudo visa analisar esta situação com base no estudo de prevalência sorológica de Anti-HCV positivo em Minas Gerais e na taxa de notificação de casos no SINAN do estado. **Métodos:** Estimou-se a prevalência de hepatite C em Minas Gerais a partir da prevalência sorológica global de 1.33% descrita recentemente para o estado (Inquérito Estadual de Hepatites Virais, TEIXEIRA, 2012), com base na atual população do estado de 20.734.097 indivíduos (estimativa TCU 2014), e assumindo que cerca de 80% daqueles com hepatite C aguda evoluem para as formas crônicas. **Resultados:** Estima-se a população de 276.000 indivíduos Anti-HCV positivo em Minas Gerais e que, desses, 220.800 sejam portadores crônicos do HCV. Contudo, 6516 (2.95%) indivíduos com hepatite C crônica confirmada foram notificados em Minas Gerais a partir de 2007 até o presente (SINAN 2015). **Conclusão:** Esses dados reforçam duas hipóteses: a) a notificação de casos de hepatite C em Minas Gerais é mínima e b) a maioria dos indivíduos com hepatite C crônica desconhece seu estado de portador dessa infecção. Portanto, há necessidade de ações governamentais visando melhorar a notificação desse agravo e a ampliar o conhecimento populacional a respeito dessa epidemia silenciosa.



## HALITOSE: UMA ENTIDADE GASTROENTEROLÓGICA?

Santos LGM, Silva CM, Queiroz VBS, Andrade VLA

Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH/MG

A Halitose pode ser considerada um problema de saúde pública devido à prevalência atingir até 30% da população. A sua etiopatogênese é multifatorial. Autores sugerem que em cerca de 90% dos casos diagnosticados, a fonte primária do problema está relacionada à cavidade oral. Contudo é importante que potenciais fontes patológicas extra orais sejam investigadas. Atualmente, para fins diagnósticos, a Halitose é classificada em genuína, Pseudohalitose e Halitofobia. Os compostos sulfurados voláteis parecem desempenhar o papel principal na Halitose e são produzidos por bactérias que metabolizam diferentes células. **Metodologia:** Foram avaliados 30 pacientes, dos sexos masculino e feminino, com idade maior que 20 anos que se autodeclararam portadores de Halitose. Foi aplicado um questionário estruturado, avaliado em pré-teste. Depois aplicados halimetria, teste organoléptico e sialometria. Depois, foi realizada uma avaliação oral por dentista. Os participantes assinaram o TCLE e a pesquisa obedeceu aos aspectos éticos, após aprovação do CEP. A análise estatística considerou IC de 95% e nível de significância estatística p0,01. **Resultados:** Avaliou-se resultados da halimetria e organoléptico para diagnosticar halitose, halitofobia e pseudohalitose. Concluiu-se que halitose estava presente em 46,67% dos pacientes na halimetria e 46,43% no organoléptico. Do total, 6,67% receberam diagnóstico de halitofobia e 46,67% tinham pseudohalitose. Analisando a relação entre halimetria e o teste organoléptico, obteve-se um p0,01, verificando-se concordância entre os testes. A relação entre presença de úlcera e halimetria obteve p0,05. Contudo, ao comparar com organoléptico obtivemos o valor de p=0,01. A relação dos sintomas azia e pirose com halimetria/organoléptico, obteve valores de p0,01 não demonstrando relações estatísticas entre os achados. **Conclusão:** Na pesquisa foram avaliados sialometria e outras variáveis como saúde oral, hábitos de vida e alimentares. Pela análise verificou-se que os casos de halitose não se relacionaram com distúrbios gastrointestinais como azia, pirose e úlcera. Os autores trabalham com as variáveis citadas objetivando concluir acerca das possíveis causas da halitose na amostra.

**Palavra-chave:** Halitose; Saúde Bucal; Azia.

## RELATO DE CASO: ACTINOMICOSE HEPÁTICA ISOLADA EM UM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Andrade AMF, Dias NES, Reis PP, Bassi ACSR, Mota EBR, Fonseca LAS

Hospital Felício Rocho

**Introdução:** Actinomicose é uma doença crônica granulomatosa rara, causada por bactéria anaeróbica gram positiva, o *Actinomyces sp.* A infecção oro-cervico-facial é o modo de apresentação mais comum, seguido do acometimento abdominal (doença hepática representa apenas 5% de todos os casos). Os principais sinais e sintomas dos pacientes com a forma abdominal são: febre, perda ponderal, prostração, dor abdominal e tumoração palpável, de evolução indolente. **Descrição:** L.S.B, 73 anos, masculino, admitido no Hospital Felício Rocho no dia 15/02/14 com dor em hipocôndrio direito de 1 semana de evolução associada a episódios febris e prostração. Relato de implante dentário prévio (há 4 meses). Propedêutica evidenciou leucocitose com desvio. TC de abdome: lesão expansiva hepática (segmento VI e VII, medindo 9.1cm), cabendo diagnóstico diferencial entre abscesso, lesão primária ou secundária necrosada. Iniciado antibioticoterapia aventando abscesso hepático. Submetido em 17/02 a drenagem percutânea guiada por TC com saída de 20ml de líquido inconclusivo em relação a etiologia. Devido a mínima resposta ao tratamento instituído, submetido a cirurgia videolaparoscópica para drenagem da lesão e biópsia hepática, com achado macroscópico de fígado esteatótico e lesão de aspecto tumoral. A biópsia mostrou-se inconclusiva. Marcadores tumorais e Anti HIV negativos. Devido piora clínica e laboratorial o paciente foi submetido a laparotomia no dia 22/02, com achado de lesão infiltrativa em parênquima hepático, sem possibilidade de drenagem. Foram realizadas novas biópsias, cujo resultados mostraram achados de grânulos amorfos e acidófilos, PAS e GMS positivos, sugerindo *Actinomyces sp.* e destruição do parênquima hepático associado a infiltrado inflamatório granulocítico compatível com abscesso hepático. Mantido Piperacilina+Tazobactam por 28 dias, com transição para Amoxicilina oral, que foi mantida por 9 meses. Apresentou melhora clínica e radiológica progressivas, com remissão completa da lesão. **Conclusão:** Trata-se de condição rara, mas ainda mais infrequente em paciente imunocompetente, o que trouxe grande dificuldade para o diagnóstico neste paciente, que só foi possível em função da avaliação de patologista experiente. Apesar da gravidade, o tratamento adequado é eficaz e a evolução foi favorável de forma mesmo impressionante.

**Palavras-chave:** Actinomicose; Abscesso hepático; Lesão Pseudo-tumoral.

## SÍNDROME HEPATORRENAL: UM CASO PARADIGMÁTICO

Moreira BO, Dias ACM, Castro Júnior RA, Monteiro LfV, Cruz SG, Henrique NP

Hospital SEMPER

**Introdução:** Síndrome hepatorenal (SHR), definida por insuficiência renal (IR) na presença de hepatopatia grave, aguda ou crônica, sem doença renal estrutural, ocorre em até 80% dos pacientes com cirrose ou insuficiência hepática (IH) durante internação hospitalar, sendo desafio diagnóstico e terapêutico. Neste relato, é apresentado caso de paciente com (SHR), múltiplas comorbidades, e breve revisão de literatura. **Relato de Caso:** DHO, 42 anos, com diagnóstico de Síndrome de Poems (SP), doença de Castleman, hipotireoidismo, doença hepática esquistossomótica, passado de insuficiência adrenal e hemorragia digestiva alta por varizes esofágica. Em 2014, submetida à pan-histerectomia e radioterapia devido à adenocarcinoma de células claras, iniciando descompensação da doença hepática, ascite com paracentese de repetição e expansão volêmica semanal. Internada em anasarca, ascite grau III, sangramento anal há 20 dias, diarreia e elevação aguda de creatinina. Diagnosticadas varizes de esôfago de médio calibre sem sangramento e intensa colite actínica, com sangramento difuso em reto e sigmoide. Iniciadas ceftriaxona e albumina, desenvolvendo síndrome hepatorenal refratária ao uso de terlipressina, necessitando de hemodiálise. Não candidata ao transplante hepático (TXH), recebeu tratamento suportivo, apresentou choque hemodinâmico refratário, distensão e dor abdominal, suspeitado de isquemia mesentérica, sem condições de ser abordada. Evoluiu para óbito. **Discussão:** Classifica-se a SHR em tipo 1, com IR rapidamente progressiva; ou tipo 2, com IR de início e progressão mais lentos. Neste relato, foi aventada hipótese de SHR pela má resposta à albumina e expansão volêmica adequada, justificando o uso da terlipressina. A Síndrome Poems e endocrinopatias associadas atuaram como contribuintes para hipotensão refratária. Os pacientes com IH são susceptíveis à azotemia pré-renal por hipovolemia e redução do volume central efetivo. Nesta paciente, contribuíram a hemorragia digestiva, diuréticos, vômitos, diarreia e paracentese de repetição. **Conclusão:** Descreveu-se caso de paciente com múltiplas comorbidades, cursando com insuficiência hepática e SHR durante a internação, refratária ao tratamento, refletindo sua alta morbimortalidade. O prognóstico é limitado, o TXH é tratamento definitivo, com maior mortalidade entre os com SHR.

**Palavras-chave:** Síndrome Hepatorrenal; Terlipressina; Esquistossomose.

## COLITE PSEUDOMEMBRANOSA: *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* E SUAS NOVAS CEPAS

Moreira BO, Dias ACM, Monteiro LFV, Henrique NP, Gomide DFF, Tondo CT

Hospital *SEMPER*

**Introdução:** A Colite pseudomembranosa é causa comum de diarreia infecciosa hospitalar. O *Clostridium difficile* é o agente etiológico, e como fator de risco tem-se o uso de antibióticos. As manifestações clínicas são diarreia, dor abdominal tipo cólica, febre, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, distensão abdominal, hemorragia digestiva e até choque séptico. Recentemente, esta patologia aumentou sua incidência e sua mortalidade. O objetivo deste artigo é uma revisão sobre a Colite Pseudomembranosa e suas mudanças epidemiológicas. Foram levantados artigos a partir dos últimos 10 anos, em bases de dados como PubMed e Scielo. **Discussão:** Este aumento na gravidade da infecção pelo *Clostridium difficile* se relaciona com a nova cepa hipervirulenta, denominada por seus métodos de tipagem, BI/NAPI/Ribotipo 027. Ela tem a capacidade de produzir 16 vezes mais toxinas A e 23 vezes mais toxinas B, e são responsáveis pelas manifestações clínicas, aumentando os casos de colite associada à megacólon tóxico e colite fulminante. Pode ser devido à deleção do gene TCD C, que regula negativamente a expressão das toxinas e também pela produção da toxina binária, que potencializa a ação dessas. Desde 2004, estão sendo publicados surtos de diarreia e de colite grave nos EUA, Canadá e Reino Unido, foram atribuídos a cepa BI/NAPI/027. Estudos mostram esta cepa em países mais próximos, como Costa Rica, estimando-se a possibilidade de sua presença na América Latina. Um trabalho no Hospital Universitário do Chile em 2011, foi descrito dois casos de colite por ribotipo 027. No Brasil, analisou-se diarreia associada ao *Clostridium difficile* em pacientes admitidos em Hospital terciário do Rio de Janeiro, este estudo não evidenciou toxina binária nas fezes e nem deleção do gene TCD C. Não foi encontrado o ribotipo 027, mas encontraram ribotipos 135 e 038, sendo considerado ribotipo 135 exclusivo do Brasil. **Conclusão:** O *Clostridium difficile* BI/NAPI/027 apresenta elevada patogenicidade, maior capacidade de disseminação e resistência a alguns tipos de antimicrobianos, o que mostra a importância do conhecimento das características genética e molecular das cepas que circulam nosso país. Neste estudo foi possível visualizar que a nova cepa não foi detectada no Brasil, no entanto, já foi encontrada em países mais próximos, como Chile, o que demonstra sua preocupante capacidade de se alastrar pelo mundo.

**Palavras-chave:** Colite Pseudomembranosa; Epidemiologia e *Clostridium difficile*.

## HEPATOTOXICIDADE DEVIDO AO USO DE BICALUTAMIDA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Brito CRL, Castro MDC, Lovisi LC, Araújo JP, Veiga AMO, Miranda HCT

Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais

**Introdução:** Toxicidade hepática é uma reação adversa comum a diversos medicamentos. A bicalutamida, droga com efeito antiandrogênico, tem sido utilizada para pacientes com câncer de próstata avançado e metastático, com boa resposta ao tratamento. Seus efeitos colaterais mais comuns são ginecomastia, fadiga e perda de libido, enquanto os casos de injúria hepática são raros e, quando ocorrem, muitas vezes são assintomáticos. Porém o uso da droga pode acarretar em insuficiência hepática aguda, evoluindo para óbito do paciente. **Objetivo:** Exposição de caso sobre o uso da bicalutamida causando hepatotoxicidade, um evento adverso raro da droga e muitas vezes desconhecido da prática clínica. **Casuística e Métodos:** Revisão da literatura crítica nas bases de dados MEDLINE e SciELO, somado a um relato de caso sobre hepatotoxicidade associada ao uso de bicalutamida. **Relato de caso:** Paciente LNN, 88 anos, portador de câncer de próstata com 6 anos de diagnóstico, fazendo uso de bicalutamida. Iniciou com quadro de icterícia, dor abdominal, prostração e hiporexia com duas semanas de evolução. Internado no HPM para propedêutica, evidenciando nos exames da admissão elevação de enzimas hepáticas (AST 913, ALT 462, FA 226, GGT 301) e de bilirrubinas (total de 3,88 com predomínio de indireta). Durante a internação foi suspeitado de hepatotoxicidade secundária à bicalutamida, sendo que após a suspensão da mesma houve melhora dos sintomas e do laboratório (AST 17, ALT 04, FA 102, GGT 48). **Conclusão:** Bicalutamida é uma droga utilizada no tratamento do paciente com câncer de próstata metastático e, apesar de raro, o seu potencial hepatotóxico deve ser valorizado. Por isso, a interrupção do uso da droga deve ser levada em consideração em pacientes que apresentam elevação de enzimas hepáticas durante o tratamento. A dosagem das enzimas antes e durante o tratamento também é recomendada, visto que os pacientes podem apresentar alterações das mesmas de maneira assintomática.

**Palavras-chave:** Fígado; Toxicidade; Bicalutamida.

## SUPERCRESCIMENTO BACTERIANO NO INTESTINO DELGADO EM ADULTOS: ANÁLISE DE CASUÍSTICA

Brandão SRG, Henrique MC, Rocha SCB, Andrade VLA

Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS

A microbiota gastrointestinal é um complexo ecossistema de bactérias que interfere no sistema imunológico e na expressão gênica, tornando-se de extrema importância na manutenção da homeostase. Alterações qualitativas e quantitativas da mesma configuram a chamada disbiose. O supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SCBID) corresponde ao encontro de mais de 105 UFC/ml nesta região topográfica. Segundo a literatura os sintomas são: diarreia, distensão e dor abdominal e flatulência. O diagnóstico laboratorial é feito pelo Teste do hidrogênio no ar expirado (THE). **Objetivo:** Pesquisar relação entre positividade do THE para SCBID e fatores como idade, gênero e sintomas. **Metodologia:** análise retrospectiva de casuística. THE para SCBID considerado positivo quando há aumento em 20 ppm até 60 minutos do início do exame. **Resultados:** Foram analisados 236 THE para SCBID, realizados de janeiro de 2014 a março de 2015, sendo 55 (23,3%) positivos e 181 (76,7%) negativos. A média de idade entre os pacientes com resultado positivo foi 50,9 anos, e com resultado negativo foi de 50,6 anos (p0,05). Do total, 188 (79,7%) eram do gênero feminino e 48 (20,3%) do masculino, apresentando positividade de 21,8 % e 29,2% respectivamente. Os sintomas que apresentaram relevância estatística entre ambos os grupos foram distensão abdominal e constipação com valores de p=0,02 e 0,0012, respectivamente. Flatulência foi o sintoma de maior prevalência dentre positivos (90,9%) e entre os negativos (94,4%) p0,05. Distensão abdominal e náuseas, em ambos grupos, não mostraram diferença estatisticamente significativa (p0,05). **Conclusão:** a diarreia relatada na literatura, não foi o sintoma mais prevalente de SCBID na presente casuística. A prevalência de positividade do THE na casuística foi de 23,3%. Por ser um procedimento diagnóstico recente em nosso meio, deve-se avaliar se solicitações desnecessárias estão sendo realizadas.

## SÉRIE DE CASOS: HEPATITE AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL FELÍCIO ROCHO

Andrade AMF, Dias NES, Reis PP, Bassi ACSR, Mota EBR, Ribeiro JA

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** As hepatites agudas geralmente evoluem de forma benigna, entretanto, podem conduzir a complicações. Cursam com icterícia e podem apresentar alterações do nível de consciência compatíveis com hepatite fulminante. A insuficiência hepática aguda resulta de um dano hepático grave, de instalação súbita, em pacientes sem doença hepática prévia. **Objetivos:** Descrever uma série de casos de hepatite aguda admitidos no Hospital Felício Rocho. **Métodos:** Estudo analítico retrospectivo de pacientes admitidos com critérios clínicos e laboratoriais de hepatite aguda, entre os anos de 2013 e 2014. **Resultados:** De 21 pacientes com hepatite aguda, cerca de 57% (n = 12) eram do sexo feminino, e a idade média era de 43 anos. 28% (n = 6) evoluíram com a forma fulminante, com intervalo médio entre o surgimento de icterícia e encefalopatia hepática de 11 dias. Todos foram inscritos em fila de transplante hepático com prioridade, sendo o mesmo realizado em 4 casos, com intervalo médio entre inscrição na fila e realização da cirurgia de 42 horas. Dentre os pacientes com hepatite fulminante, a mortalidade foi de 83% (n = 5), e a mortalidade sem o transplante de 100%. Quanto à etiologia, hepatopatia induzida por drogas foi atribuída a 42% (n = 9) dos casos. Hepatite auto-imune foi sugestiva em 14% (n = 3) e as infecções virais em mais 14% (n = 3) dos casos. 1 paciente teve diagnóstico de linfoma hepatoesplênico e 1 crise tireotóxica. Em 19% (n = 4) não houve causa evidente. Dentre os pacientes com evolução fulminante, 2 tinham história de exposição a medicamentos, 2 apresentaram escore clínico e laboratorial compatível com hepatite auto-imune e os demais tiveram etiologia criptogênica. **Conclusão:** Os dados apontaram a etiologia medicamentosa não paracetamol como a mais frequente nas hepatites agudas, em divergência com a literatura.

**Palavras-chave:** Hepatite Aguda; Hepatite Fulminante; Transplante Hepático.

## PERFIL DOS PACIENTES ADMITIDOS COM SÍNDROME COLESTÁTICA EM ENFERMARIA DE GASTROENTEROLOGIA – SCMBH

Magalhães MF, Paulo ACG, Fantini JSE, Peixoto NCA, Valadares LCA, Matos VL

*Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*

A síndrome colestática é um motivo frequente de internação em serviços de gastroenterologia e o seu diagnóstico inclui causas intra e extra-hepáticas. Com o objetivo de conhecer o perfil dos pacientes admitidos na Enfermaria de Gastroenterologia da Santa Casa de Belo Horizonte por essa causa, foram estudados 23 pacientes, de forma aleatória, no período de um ano. Desses pacientes, 12 eram mulheres, a idade deles variou de 21 a 75 anos (média 50,54±16,94); O tempo de evolução da icterícia desses pacientes variou de 2 a 90 dias (média 26,8±24,36); Os exames laboratoriais desses pacientes apresentaram os seguintes resultados, expressos como média ±desvio padrão: BT 14,4±9,27(3-30,7); BD 10,26±6,56( 2-24,70); BI 4,47±3,96(1,05-7,11); fosfatase alcalina 539,18±426,66(113-2104); GGT 889,75 ±503,65 (75-1976); TGO 293,63±297(54-1136),42; TGP268,81±312,33 .Foram realizadas ainda sorologias para hepatites virais,VDRL e pesquisa de auto-imunidade, nos casos indicados. Os exames de imagem realizados foram ultrassom, tomografia e colangiorressonancia. O principais diagnósticos para os quadros de colestase estudados foram: para colestase intra-hepática, hepatite alcoólica e para colestase extra-hepática, obstrução tumoral( pâncreas, colangiocarcinoma e tumor de papila), 6 pacientes em cada grupo, litíase biliar,5 pacientes e hepatite B, hepatite medicamentosa, cirrose e sepse, 1 paciente cada. Os resultados laboratoriais de cada grupo de diagnóstico foram estudados. O grupo de neoplasia obstrutiva foi o que apresentou maior elevação dos níveis de fosfatase alcalina e a gamaGT foi mais elevada no grupo de hepatite alcoólica. No grupo de litíase biliar houve predomínio de mulheres e o único paciente a apresentar elevação significativa de gamaGT tinha história de etilismo. **Conclusão:** A síndrome colestática é uma importante causa de internação em enfermaria de gastroenterologia e sua elucidação depende da correta interpretação dos exames laboratoriais e dos métodos de imagem.

## INFECÇÃO RESISTENTE POR CITOMEGALOVÍRUS EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL E PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Baía CPG, Ribeiro JA, Vieira RC, Reis PP, Fonseca LAS, Dias NES

*Hospital Felício Rocho*

**Introdução:** Infecção por citomegalovírus (CMV) é comum em pacientes imunossuprimidos. É a infecção oportunista mais frequente após transplante de órgão sólido. Há evidências de que esta pode ser causa de exacerbação em pacientes com doença inflamatória intestinal em tratamento imunossupressor e é causa de maior refratariedade à este. **Relato de caso:** ESSJ, 52 anos, portador de Doença de Chron diagnosticada em 2007 após investigar hemorragia digestiva. Tratou com prednisona e azatioprina, sem sucesso. Colectomia direita na ocasião. Usou infliximabe e mesalazina por 03 anos. Transplantado renal há 7 anos, por glomerulonefrite. Falência do enxerto e retorno à diálise em 11/2014. Internado em 09/2014 com diarreia, disúria e febre alta, modificado micofenolato por azatioprina com melhora parcial. Enterotomografia: realce mucoso em todo cólon. Recebeu alta em boas condições. Proposto colonoscopia ambulatorial, porém paciente perdeu seguimento. Reinterna em 02/2015, com diarreia sem muco e com sangue, dor anal e febre. Retossigmoidoscopia em 19/02/15: úlceras com necrose central em reto e necrose circunferencial à 20cm da margem anal. Internação prévia em 04/2014 com infecção por CMV em outro serviço, tratada com ganciclovir. Optado por solicitar antigenemia e iniciar tratamento empírico com ganciclovir 1,25 mg/kg/ 3x semana em 17/02/15. Biópsias do reto: inclusões citomegálicas. Evoluiu com vários episódios de sangramento retal. Encaminhado ao CTI em 23/02/15 após enterorragia volumosa com repercussão hemodinâmica. Colonoscopia em 04/03: úlceras em todo cólon e íleo. Optado por retossigmoidectomia à Hartmann. Recorreu sangramento, com repercussão, uma semana após. Realizada nova colectomia e ileostomia. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, choque séptico e pancitopenia. Suspenso ganciclovir em 19/03 após 27 dias de uso. Iniciado antibiótico de largo espectro. Imunohistoquímica da peça: infecção mantida por CMV. Impossibilidade de tratamento com forscarnet devido tratamento dialítico. **Conclusão:** A colite por CMV é causa de complicações graves em pacientes imunossuprimidos, com alto índice de mortalidade e refratariedade aos tratamentos convencionais.

**Palavras-chave:** Imunossuprimido; Citomegalovírus; Refratariedade.

## ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM PACIENTE PORTADOR DE ESQUISTOSSOMOSE HEPATOESPLÊNICA E INTESTINAL: LESÕES POLIPOIDES

Valadares LCA, Peixoto NCA, Posses CCP, Coelho MCF, Koehne VB, Martins GM

*Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*

**Introdução:** A esquistossomose é uma doença parasitária, granulomatosa causada por espécies de *Schistosoma*. A maioria dos granulomas desenvolve-se em sítios de acúmulo máximo dos ovos – intestino e fígado, no caso do *S. mansoni*. **Relato de caso:** R.C.S, 35 anos, internado na Santa Casa de Belo Horizonte em setembro de 2014 com diarreia recorrente desde o início do ano, 03 evacuações líquidas que duravam 05 dias com melhora espontânea. Referia perda ponderal não quantificada há 3 meses da internação e há um mês aumento do volume abdominal. Foi submetido a exames: EPF: cistos de *Giardia lamblia*; US abdominal: hepatomegalia leve, alterações do sistema porta, redução da velocidade do fluxo e esplenomegalia leve, compatíveis com hepatopatia fibrosante com ascite; Biópsia hepática: cirrose hepática esquistossomótica; Colonoscopia: múltiplos pólipos em cólon e reto; Biópsia: pseudopólipos inflamatórios associados a *S. mansoni* (granulomas envolvendo ovos de *S. mansoni*); Enterotomografia: achados podem corresponder a doença inflamatória intestinal que acomete jejuno proximal e hepatoesplenomegalia associada a linfonodomegalias mesentéricas múltiplas, doença linfoproliferativa (?); EDA: nodosidades em bulbo e segunda porção duodenal; Biópsia: duodenite crônica leve esquistossomótica e pólipos gástricos esquistossomóticos. **Discussão:** A esquistossomose pode simular doenças por suas manifestações clínicas variadas tendo como diagnóstico diferencial parasitoses, mononucleose, malária, leptospirose, doença inflamatória intestinal (DII) dentre outras. **Conclusão:** A esquistossomose é prevalente em grande parte do mundo e deve ser considerada como diagnóstico diferencial de DII pois apresentam alterações endoscópicas semelhantes.

**Palavras-chave:** Esquistossomose; Lesões Polipoides; Diarreia.

## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA: PERSPECTIVAS E MANEJO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Souza IKF, Santos AO, Reggiani ALM, Frois GN, Souza HC, Duarte JAH

*Universidade Federal de Ouro Preto*

Insuficiência hepática aguda (IHA) é uma síndrome rara definida por um rápido declínio da função hepática, caracterizada por icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em pacientes sem evidência de doença hepática prévia. A classificação da Insuficiência Hepática é feita de acordo com o tempo decorrido entre a icterícia e o início da encefalopatia hepática. Identificar a causa da IHA tem importante valor prognóstico, além de determinar terapêutica específica. Este trabalho objetiva elucidar as principais características, o diagnóstico e o manejo do paciente com IHA. O quadro clínico da IHA apresenta-se de maneira insidiosa, ou rápida e progressiva, sendo a complicação mais temida a encefalopatia hepática. O estadiamento do quadro é realizado com base na gravidade clínica. O monitoramento e a hospitalização são muito importantes no manejo de pacientes com IHA, a fim de fornecer cuidados ideais e minimizar complicações. Os pacientes que apresentam a forma fulminante da doença possuem sobrevivência sem transplante hepático entre 40% a 60% enquanto que os com quadro subfulminante, apresentam sobrevivência sem transplante de 10% a 30%. Em quadro de intoxicação por acetaminofen deve-se administrar N-acetilcisteína por via endovenosa ou enteral até 8 a 10 horas após a ingestão do fármaco e não administrar após 72 horas depois da intoxicação. Quando o quadro for por infecção por vírus herpes ou citomegalovírus inicia-se tratamento antiviral com aciclovir e ganciclovir respectivamente. Na reativação por hepatite B iniciar terapia antiviral com lamivudina ou adefovir e em caso de Hepatite A, não há indicação de nenhuma droga. Na intoxicação por *Amanita* deve-se realizar a aspiração duodenal, induzir a diurese e administrar penicilina G e acetilcisteína. Conclui-se que a Insuficiência Hepática Aguda, durante a sua evolução, afeta vários órgãos, logo é necessário uma visão global da doença, uma vez que sem o diagnóstico precoce e o tratamento apropriado causa alta mortalidade.

## HIPERTRIGLICERIDEMIA COMO CAUSA DE PANCREATITE AGUDA: RELATO DE CASO

Peixoto NCA, Paulo ACG, Posses CCP, Valadares LCA, Magalhães MF, Rubinstein FOT

*Serviço de Gastroenterologia da Santa Casa de Belo Horizonte – MG*

**Introdução:** A hipertrigliceridemia é a terceira causa mais comum de pancreatite aguda (PA), após álcool e cálculos biliares. Níveis séricos de triglicérides (TGL) devem estar acima de 1000mg/dl para ser considerado fator de risco para PA. **Relato de caso:** MAO, 41 anos, dislipidêmica, hipertensa e diabética de difícil controle, iniciou quadro de dor epigástrica tipo cólica, de moderada intensidade com irradiação para o dorso associado a náuseas e hiporexia. Procurou atendimento médico de urgência devido a piora dos sintomas sendo evidenciado soro lipêmico e elevação discreta de amilase/lipase não diagnóstica de PA. TC de Abdome: densificação de gordura em cauda pancreática sugerindo PA, sem litíase biliar. Transferida ao serviço de Gastroenterologia da SCBH onde foi observado TGL acima de 5000 mg/dl mesmo em uso de fibratos sendo realizado tratamento específico de PA e ajuste de medicamentos com boa resposta clínica. **Discussão:** A PA por hipertrigliceridemia não tem seu mecanismo patogênico determinado com exatidão. A hipertrigliceridemia primária caracterizada pela hiperlipidemia familiar dos tipos I, IV e V (classificação de Fredrickson e Lees) é fator de risco da doença. A hipertrigliceridemia secundária tem como condições que a favorecem: diabetes tipos 1 e 2, etilismo, hipotireoidismo, suplementação hormonal, gravidez e outras medicações. No caso em questão existe a associação com o diabetes *mellitus* de difícil controle. O tratamento na fase aguda é semelhante a outras causas de PA, porém há necessidade de controle do TGL (200mg/dl) para se evitar novas crises. Como opção terapêutica deve ser realizada dieta, exercícios físicos e uso de fibratos associados ou não a estatinas. **Conclusão:** A PA por aumento de TGL apresenta sintomas semelhantes a outras causas e deve ser considerada na ausência do uso de álcool ou de colelitíase. A amilase/lipase podem não se elevar na mesma intensidade como em outras causas.

**Palavras-chave:** Dor Abdominal; Pancreatite Aguda; Hipertrigliceridemia.

**Referências bibliográficas:** 1- (American College of Gastroenterology Guideline: Management of acute pancreatitis). 2-(Gastroenterologia essencial). 3- Hipertrigliceridemia –induced acute pancreatitis (uptodate).



## SÍNDROME DE SJÖGREN X CUIDADOS DA CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Aguiar MB, Quadros MVRS, Andrade VLA, Chagas MRP

UNIFENAS-BH

**Introdução:** A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória auto-imune crônica com infiltração linfo-plasmocitária, que acomete glândulas de secreção exócrina, principalmente as lacrimais e salivares. Prevalência na população mundial é de aproximadamente 1-3%, principalmente mulheres de meia-idade. Sintomas além dos reumatológicos, disfagia, sensação de queimor lingual e aumento de cáries dentárias. Há hipossialia, atrofia das papilas filiformes e aumento de glândulas parótidas. Pacientes com SS apresentam elevada incidência de linfoma não-Hodgkin, quando comparados com a da população sadia. **Objetivo:** Relatar caso de SS com enfoque em cavidade oral. **Metodologia:** LSM, sexo feminino, leucoderma, 46 anos. Diagnóstico de SS em 1997: dores articulares, xerostomia, xeroftalmia e aumento das parótidas, segundo Critérios de San Francisco de 1994. Fez uso de Reuquinol e Colírio e recebeu indicação apenas para aumentar ingestão hídrica à época. Não foi estimulada secreção salivar. Apresentou Linfoma Não Hodgkin, Herpes Zoster e encefalite. Fazendo controle com dentista. Em 2014 piora da xerostomia, com disfagia e desgaste dentário atípico, sendo encaminhada para a gastroenterologista. Submetida a propedêutica: EDA com Esofagite erosiva, pHmetria confirmou refluxo atípico e Manometria com desordem motora esofágica inespecífica de moderada intensidade. Prescrito Pantoprazol e Alginato. Estimulada a salivação: mecânica (hiperboloide), química (pilocarpina-agonista muscarínico) e higiene rigorosa de cavidade oral. Mantendo tratamento específico para SS. **Resultados:** Reavaliada clinicamente em 2015, sintomas da SS controlados, com melhora da disfagia orofaríngea e melhora da qualidade de vida. A pergunta é: os gastroenterologistas avaliam e abordam terapêuticamente a cavidade oral de seus pacientes? **Conclusões:** Os cuidados da cavidade oral diminuem riscos de infecções locais. Embora a hipossialia na SS, leve a sintomas importantes, sua abordagem e orientação terapêutica frequentemente são negligenciadas na prática gastroenterológica. A avaliação destes pacientes deve ser interdisciplinar, envolvendo reumatologista, gastroenterologistas e dentistas.

**Palavras-chave:** Síndrome de Sjögren; Saúde Bucal; Cuidados da Cavidade Oral.

## IMPACTO DA FADIGA DE ACORDO COM O FATIGUE SEVERITY SCORE EM PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA E FATORES ASSOCIADOS

Pace FHL, Delgado AAA, Delgado AHA, Costa TMG, Reis CSML, Silva MF

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Introdução:** Fadiga é o sintoma mais frequentemente observado entre portadores de hepatite C crônica. **Objetivo:** Verificar o grau de fadiga de acordo com *Fatigue severity score* entre portadores de hepatite C crônica virgens de terapia antiviral e identificar os possíveis fatores associados. **Casuística/Métodos:** Foram incluídos portadores de hepatite C crônica em seguimento no ambulatório de hepatologia do HU-UFJF virgens de tratamento com idade superior a 18 anos após assinatura do TCLE. O questionário *Fatigue Severity Score* (FSS) foi aplicado no período de junho a julho de 2014. Para análise comparativa foram incluídos pacientes saudáveis. O FSS é um questionário que visa mensurar o impacto da fadiga nas atividades diárias em portadores de doenças crônicas. É composto por 9 itens graduados de 1 (menor impacto) a 7 (maior impacto). Variáveis sócio demográficas e clínicas foram analisadas na tentativa de identificar preditivos de fadiga. **Resultados:** Foram incluídos 31 portadores de hepatite C crônica e 21 controles. A média de idade foi maior no grupo hepatite C ( $56,1 \pm 8,2$  vs.  $47,3 \pm 17,5$ ;  $p = 0,04$ ) enquanto a proporção de mulheres foi similar entre os grupos (58% vs. 57%;  $p = 0,94$ ). A média do FSS foi significativamente maior entre os pacientes com hepatite C crônica ( $3,32 \pm 1,61$  vs.  $2,41 \pm 1,16$ ;  $p = 0,02$ ). Entre os portadores de hepatite C crônica, o sexo ( $3,57 \pm 1,75$  vs.  $2,98 \pm 1,37$ ), a presença de cirrose hepática ( $3,23 \pm 1,48$  vs.  $3,42 \pm 1,78$ ;  $p = 0,75$ ) e a idade não se associaram com a intensidade da fadiga (correlação Pearson,  $p = 0,9$ ). **Conclusão:** Os escores de fadiga são significativamente maiores em portadores de hepatite C crônica o que pode comprometer a qualidade de vida destes pacientes. Estudos maiores são necessários para confirmação destes achados.

## ANÁLISE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE CARCINOMA HEPATOCELULAR ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE HEPATOLOGIA DO HU-UFJF

Pace FHL, Delgado AAA, Nogueira BG, Ferreira GD, Godinho BRB, Paula SSV

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Introdução:** O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é a terceira causa de óbito por câncer no mundo, acometendo meio milhão de pessoas a cada ano. As hepatites crônicas virais B e C e a doença hepática alcoólica são suas principais causas. De um modo geral, o diagnóstico é estabelecido em fases avançadas o que impossibilita o tratamento curativo. Dados nacionais a respeito do CHC são escassos. **Objetivo:** Descrever achados clínicos e epidemiológicos referentes aos casos de CHC atendidos pelo Centro de Referência em Hepatologia do HU-UFJF. **Casuística e Método:** Estudo descritivo e observacional. Mediante busca no banco de dados do CR hepatologia HU-UFJF no período de 2012 e 2013 foram identificados pacientes com o diagnóstico de carcinoma hepatocelular. Variáveis sócio demográficas, epidemiológicas e clínicas foram obtidas. A classificação usada foi a adotada pelo Barcelona Clinic liver cancer (BCLC). Variáveis numéricas foram descritas por média e desvio padrão e as categóricas por %. **Resultados:** Foram incluídos 18 pacientes com o diagnóstico de CHC. A maioria dos pacientes foram do sexo masculino (72%) e da raça branca (63%). A média de idade foi de  $64 \pm$  anos. Quanto à etiologia da hepatopatia observou-se: 44% alcoólica, 28% HCV, 17% EHGNA. A maioria dos pacientes (79%) haviam apresentado descompensação hepática sendo ascite a mais comum (61%). A média do Meld foi  $12,2 \pm 3,8$  e 58% dos pacientes foram classificados como Child-Pugh B. Os níveis de alfa-fetoproteína foram superiores a 200 ng/ml em 47% dos casos (média de 1.512 ng/ml; variação: 4-17.030 ng/ml). No momento do diagnóstico, de acordo com o BCLC, 28%, 51% e 11% foram classificados como estágio precoce, intermediário e terminal, respectivamente. O tratamento oferecido foi: 33% Sorafenibe (SFN) isolado, 11% SFN + Quimioembolização (QE) e 11% somente QE. O transplante hepático foi indicado em 10% dos casos. No período do estudo, 78% dos pacientes evoluíram para óbito. **Conclusão:** O presente estudo está em concordância com o cenário clínico nacional uma vez que o diagnóstico do CHC é estabelecido tardiamente. Tal fato limita as opções terapêuticas e compromete o prognóstico. Programas mais eficazes de rastreamento são necessários.

## RETICOLITE ULCERATIVA (RCU) REFRATARIA A ESTEROIDES: UM CASO DE COLITE POR CITOMEGALOVIRUS

Chebli JMF, Delgado AAA, Chebli LA, Costa TMG, Silva MF, Reis CSML

*Universidade Federal de Juiz de Fora*

**Introdução:** A infecção por CMV é comum em pacientes imunocomprometidos e nos casos das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) a citomegalovirose pode ser observada em todos os segmentos do TGI. Há evidências de que pacientes com RCU apresentam com maior frequência níveis mais elevados de anticorpos anti-CMV que adultos normais. Os relatos de RCU associada à colite por CMV são pouco frequentes e apontam para um pior prognóstico. A supressão imune causada pela doença e principalmente pelo tratamento são os principais fatores predisponentes. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com RCU refratária à terapia esteroide e imunomoduladora oral otimizada que apresentou quadro de colite grave por CMV tratada em internação hospitalar pelo Serviço de Gastroenterologia HU UFJF em 2014. **Relato de caso:** Paciente de 24 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de RCU há 3 anos, em tratamento para doença grave com uso diário de prednisona 30mg, mesalazina oral 3,2g e mesalazina supositório 1g desde o início dos sintomas, em otimização de doses e azatioprina 150mg há 18 meses, sem controle adequado dos sintomas e com indicação de progressão para terapia biológica. Antes de iniciar uso do imunossupressor biológico, evoluiu com piora, aumento da frequência evacuatória para 10 evacuações diárias, fezes aquosas e com sangue, taquicardia e posteriormente febre. Internada para compensação de colite grave, recebeu medidas de repouso intestinal e corticoterapia venosa inicial sem melhora e propedêutica. Foram descartados outros focos infecciosos, identificado *Clostridium difficile* em pesquisa de toxinas A e B nas fezes, tratada com Vancomicina oral, mantendo febre e taquicardia. A sorologia para CMV evidenciou IgG reagentes e IgM indeterminado e retossigmoidoscopia mostrou intensa atividade inflamatória com biópsia retal confirmando retite por CMV. Iniciado tratamento com Ganciclovir venoso por 4 semanas e completado ciclo de Vancomicina oral, apresentou resposta clínica significativa, com resolução do quadro febril. Após alta foi encaminhada para revisão do tratamento e preparo para início de terapia biológica com Infliximabe. **Conclusão:** A ausência de resposta ao tratamento instituído deve sempre levar à pesquisa de fatores que podem mimetizar atividade de doença, como *C. difficile* e CMV. A infecção por CMV em pacientes com DII não é rara, mas frequentemente subestimada e deve ser descartada em casos refratários antes de iniciar terapia imunossupressora com biológicos.

## RELATO DE CASO: TUBERCULOSE MILIAR EM PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN EM USO DE INFLIXIMAB

Ferreira MEC, Moraes LMM, Lessa EM, Bechir FS, Araújo MMS, Mata LAC

*Hospital Lifecenter*

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de tuberculose intestinal inclui diversas patologias como: Doença de Crohn, neoplasia, linfoma, lesões induzidas por drogas e infecções por diversos microrganismos. A biópsia e cultura dos materiais são úteis na diferenciação das doenças. Em relação à doença de Crohn é primordial a distinção das patologias no contexto de uso de corticoides e anti-TNF, pois são drogas com consequências desastrosas para o portador de tuberculose. **Objetivo:** Discutir diagnóstico diferencial de tuberculose extra-pulmonar e efeitos colaterais do uso de anti-TNF. **Métodos:** Revisão de prontuário, entrevista com familiares e registro fotográfico de exames de imagem. **Relato de caso:** S.C.F., 25 anos, sexo feminino, leucoderma, estudante. Portadora de Doença de Crohn de difícil controle diagnosticada em 2013, em uso de: Azatioprina, Mesalazina, prednisona e Infliximab. Admitida no pronto socorro do Hospital Life Center com dor abdominal, diarreia e febre de uma semana de evolução. Estável hemodinamicamente, internada para propedêutica e iniciado tratamento empírico com Ciprofloxacino e Metronidazol. Enterotomografia da admissão mostrou processo inflamatório agudo ileo-cecal e aglomerado ganglionar com liquefação central. Evoluiu com distensão abdominal e instabilidade hemodinâmica. Submetida à laparotomia exploradora que evidenciou plastrão inflamatório em região íleo-cecal com distensão de alças de delgado a montante e perfuração em íleo terminal associada a linfadenomegalia em cadeia mesentérica. Realizada ileocelectomia direita com ileostomia. Dois linfonodos encaminhados para anatomopatológico que confirmam o diagnóstico de tuberculose. **Conclusões:** O uso de anti-TNF eleva o risco de reativação de tuberculose latente, portanto, torna-se de fundamental importância o screening dos pacientes antes da introdução da droga com avaliação epidemiológica, PPD e teste de liberação de interferon gama (IGRA). A paciente em questão apresentava PPD não reator, RX de tórax sem alterações e epidemiologia negativa. Não realizado IGRA pelo alto custo e indisponibilidade. O relato de caso coloca em debate a introdução do IGRA em protocolos pré-tratamentos com anti-TNF e o questiona do diagnóstico de base da paciente (Doença de Crohn) levantando a hipótese da presença de tuberculose intestinal antes da introdução do uso de Infliximab.

**Palavras-chave:** Crohn; Tuberculose; Anti-TNF.

## REAÇÕES ADVERSAS SECUNDÁRIAS AO USO PROLONGADO DE INIBIDORES DE BOMBA DE PROTÓNS

Arar FC, Teodoro LI, Marques LGS, Ciancio PF, Menon R, Souza IKF

*Universidade José do Rosário Velano – UNIFENAS-BH*

**Introdução:** Os inibidores de bomba de prótons (IBPs) são recomendados em diretrizes atuais no tratamento de várias doenças gastrointestinais. Diversos estudos, todavia, constataram que o uso prolongado desses medicamentos estaria associado a algumas reações adversas, tais como: desmineralização óssea, Alzheimer, pneumonia, supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SBID), gastrite atrófica, metaplasia gástrica intestinal e tumores gástricos. Os IBPs são caracterizados por entrar nas células parietais inibindo a produção ácida por bloqueio da bomba H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase. **Objetivo:** Apresentar as controvérsias atuais sobre alguns dos efeitos adversos do uso prolongado de IBPs. **Metodologia:** Revisão não sistemática na literatura, a partir da análise de treze artigos publicados no período de 2008 a 2014, em periódicos indexados (Qualis A e B). Desses, nove são de revisão, um ensaio clínico randomizado duplo cego, um de relato de caso e dois de estudo experimental em modelo animal. **Resultado:** O uso crônico de IBPs está associado a um estado de hipergastrinemia e hipocloridria que pode levar a alterações da mucosa gástrica como atrofia glandular, pólipos e hiperplasia das células enterocromafins. Estas alterações podem estar associadas ao aparecimento de displasia e do câncer gástrico. A hipocloridria, por elevação do pH gástrico, favorece o supercrescimento bacteriano de instalação entérica, que associada à ocorrência do refluxo enterogástrico e gastroesofágico, aumenta o risco de aspiração e de pneumonia. Essa alteração de pH, também leva a redução na absorção de cálcio, com redução sérica desse íon, ocasionando a liberação de mediadores ativadores da ação osteoclástica, resultando em desmineralização óssea. Na doença de Alzheimer o uso prolongado do IBP leva a uma inibição da ação da microglia, presente no SNC, evitando que essa previna a deposição de proteína beta-amiloide na placa senil, levando ao acúmulo dessa substância favorecendo a neurodegeneração. **Conclusão:** A relação de efeitos adversos relacionados à cronicidade do uso de IBPs é descrita por vários estudos, que apresentam fortes evidências quanto a esta associação. Todavia, mais estudos clínicos são necessários, para melhor se compreender o desenvolvimento destes efeitos. Paralelamente se faz necessário que a classe médica seja mais criteriosa na indicação de terapêutica prolongada de IBPs.

**Palavras-chave:** IBPs; Neoplasia Gástrica; Desmineralização Óssea.

## DOENÇA DE CROHN COM APRESENTAÇÃO DE FEBRE DE ORIGEM INDETERMINADA

Azevedo MMMA, Guedes ECF, Rezende CD

Hospital da Unimed Betim – MG

**Introdução:** A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal transmural de etiologia desconhecida. **Objetivo:** Descrever um caso de Doença de Crohn com apresentação exclusiva de febre e emagrecimento. **Relato de caso:** Paciente MMA, feminina, branca, 16 anos, brasileira, procedente do Canadá, afirma emagrecimento 16 kg em quatro meses e febre vespertina eventual. Nega diarreia, queda capilar, artralgia, tosse, úlceras genitais e orais e sangramento. Nega uso de drogas lícitas e ilícitas, transfusão pregressa, contato com animais ou portadores de doença contagiosa. Ao exame ausência de lesões cutâneas, orofaríngeas, dentárias, linfadenomegalias, massas ou sopros. Iniciou investigação de febre de origem indeterminada evidenciando anemia ferropriva, elevação de PCR e VHS. FAN, ANCA, ASLO, ANTI HIV, VDRL, fator reumatoide, IGA anti endomísio e PPD negativos. Eletroforese de proteínas: hipoalbuminemia e aumento de fração alfa 2, sorologia IGM e IGG negativas para Chlamydia trachomatis, CMV, brucelose, Mycoplasma pneumoniae e EBV. Dosagem de IGA, IGG, IGM e IGE totais e mielograma dentro da normalidade. USG pélvico, abdominal, RX de tórax, ECO, ECG e EAS sem alterações. TC de abdome com espessamento parietal concêntrico de íleo distal sugestivo de processo inflamatório associado a linfonodos mesentéricos. Colonoscopia: íleite ulcerada -biópsia: íleite terminal. Endoscopia digestiva alta: úlceras cicatrizadas em segunda porção duodenal -biópsia: duodenite crônica. **Discussão:** A presença de sintomas inespecíficos dificultam o diagnóstico da doença. Quando surgem diarreia crônica com dor abdominal e hematoquezia este pode ser mais precoce. Acredita-se que sua gênese há influência genética e ambiental perpetuando mecanismos inflamatórios. Mais acomete indivíduos nas segunda e terceira décadas de vida. Achados que condizem com a idade e procedência do caso. O diagnóstico geralmente é estabelecido com estudo endoscópico e biópsia. A colonoscopia é o teste inicial mais apropriado, cursa com úlceras focais e inflamação difusa. As alterações laboratoriais mais frequentes são anemia ferropriva, leucocitose e elevação do PCR ou VHS. Concordante com os achados. MMA teve seu diagnóstico estabelecido após realizar TC de abdome e colonoscopia com alterações sugestivas no íleo terminal. **Conclusão:** Apesar dos adventos tecnológicos diagnósticos é um desafio a detecção da doença de Crohn. É importante que este seja breve para tratamento precoce e impacto na qualidade de vida.

## INTOLERÂNCIA A FRUTOSE EM ADULTOS: ANÁLISE DE CASUÍSTICA

Silva CM, Soares SH, Lehmkuhl R, Andrade VLA

Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH/MG. Membros da Ligastro. Doutora em Patologia Geral UFMG, Gastroenterologista SEDIG e Professora do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH/MG

A frutose é monossacarídeo de seis carbonos encontrado em diversas frutas, no mel e nos xaropes de frutose e de milho. O seu consumo aumentou drasticamente nas últimas quatro décadas devido ao seu uso generalizado pela indústria alimentícia. A Má Absorção de Frutose (MAF) é definida como incompleta absorção de frutose no intestino delgado com posterior oferta no íleo terminal e cólon. A MAF difere de Intolerância a Frutose (IF), uma vez que nesta há presença de sintomas como: náuseas, vômitos, dor abdominal, gases, diarreia e constipação. A IF pode ser uma condição congênita ou adquirida, ocorre geralmente, na vida adulta e é causada pela ausência ou pela falha da Glut-5. O diagnóstico inclui anamnese com histórico dietético detalhado, confirmado pelo teste do hidrogênio no ar expirado (THE), que é realizado após ingestão de frutose. O carboidrato que não for absorvido no intestino delgado será fermentado pelas bactérias colônicas, resultando na produção de hidrogênio que é eliminado na respiração. Embora a IF e a MAF sejam relacionadas com frequência na literatura, há poucos trabalhos sobre o assunto no nosso meio. **Objetivo:** Pesquisar a prevalência de IF/MAF em pacientes submetidos ao THE. **Métodos:** Estudo retrospectivo de casuística. Foram estudados 33 pacientes que realizaram o exame no ano de 2014, realizaram-se leituras de 15-15 minutos por 2 horas. Resultado positivo quando houve elevação de no mínimo 20 ppm na leitura basal. **Resultados:** Realizou-se, em 2014, 445 THE. Destes, 312 eram para supercrescimento bacteriano do intestino delgado e 133 para intolerância a carboidratos. E, deste total de intolerância a carboidratos, 33 (25%) para frutose. Considerando apenas os testes de IF, 26 (79%) foram realizados em mulheres e 7 (21%) em homens, com idades que variaram entre 16 e 88 anos. Foram obtidos testes positivos apenas em mulheres, no total 6 (18%), todas com queixas prévias de: flatulência (100%), diarreia (83%), distensão abdominal (83%), dor abdominal (67%), vômito (33%) e náusea (17%). **Conclusão:** A prevalência de IF foi de 18% nessa casuística. Embora a IF possa cursar com sintomas similares à síndrome do intestino irritável, ela ainda é pouco estudado no nosso meio. Estudos prospectivos são necessários para estabelecer a incidência de IF/MAF.

**Palavras-chave:** Intolerância a Frutose; Teste do Hidrogênio no Ar Inspirado; Má Absorção de Frutose.

## CUIDADOS COM A CAVIDADE ORAL: HALITOSE NA DOENÇA DE BEHÇET – RELATO DE CASO

Soares SH, Silva CM, Leão MA, Andrade VLA, Santos MLL

Acadêmicas de Medicina da UNIFENAS-BH e Membro da Ligastro. Acadêmica de Odontologia da UFMG. Doutora em Patologia Geral UFMG, Gastroenterologista Sedig e Professora de Medicina da UNIFENAS-BH. Mestre em Saúde, Cirurgião Dentista na Clínica Horal

A doença de Behçet é uma condição inflamatória multissistêmica crônica, com surtos de agudização e de etiologia desconhecida. Está presente em todo o mundo, sendo mais prevalente no oriente. Os sinais clínicos incluem aftas orais e genitais, uveíte, lesões na pele, bem como manifestação articular, vascular, neurológica e gastrointestinal. O diagnóstico é basicamente clínico. A halitose é caracterizada por alteração do hálito, de forma desagradável, podendo ou não significar uma condição patológica. É uma queixa comum em adultos de ambos os sexos, de ocorrência mundial e apresenta uma etiologia multifatorial, sendo que de 90 a 95 % dos casos a origem é bucal. A fisiopatologia da halitose na Behçet pode ser explicada por: presença de lesões aftoides na cavidade oral, à decomposição do tecido que servirá de meio de cultura para a microbiota, e por diminuição do fluxo salivar, levando a liberação de compostos sulfurados voláteis. Considerando que ainda não na literatura nenhuma correlação entre Behçet e halitose, torna-se enriquecedor o presente trabalho. **Objetivo:** Relatar caso de halitose em paciente Behçet e mostrar como os cuidados com a cavidade oral são relevantes. **Metodologia:** MVPA, feminino, 43 anos e doméstica. Exame clínico e teste de patergia confirmaram o diagnóstico de Doença de Behçet. Encaminhada para dentista, oftalmo, reumato e ginecologista. Assinado termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A avaliação odontológica incluiu anamnese detalhada com foco na etiopatogênese e exame cavidade oral (língua edemaciada, crenada e ressecada e com saburra clínica. Presença de ulcerações em vários estágios de cicatrização na mucosa jugal, labial e lingual), halimetria (50ppb, fossa nasal 20ppb, pulmões 20ppb, após estímulo da cisteína 400ppb – halitose comprovada) e sialometria (saliva turva, viscosa, fluxo basal baixo e normal após estímulo mecânico). Orientada a respeito dos cuidados com a higiene e com as lesões orais. **Conclusão:** A halitose no caso relatado está relacionada com a Doença de Behçet, visto que não foram encontradas outras etiologias. O cuidado da cavidade oral é imprescindível, evitando infecções secundárias e a halitose. A abordagem multidisciplinar, entre gastroenterologistas e dentistas, permite melhor qualidade de vida para o paciente e maiores chances de sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** Doença de Behçet; Halitose; Cuidados com a Cavidade Oral.

## GASTROENTERITE EOSINOFÍLICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA

Lovatti R, Amaro PF, Ferreira AMS, Andrade RB, Salles CMB

*Hospital Márcio Cunha*

A gastroenterite eosinofílica é uma patologia rara, com poucos casos descritos na literatura. O diagnóstico é realizado quando o paciente apresenta sintomas abdominais como dor, má-absorção e dificuldade de digestão, ausência de causas secundárias de eosinofilia e demonstração de infiltração eosinofílica na parede intestinal. O caso a seguir é de uma paciente de 42 anos que apresentava dor abdominal, plenitude e diarreia intercalada com constipação, além de perda ponderal. Os sintomas eram recorrentes nos últimos 7 anos, com várias internações pregressas, sendo extensamente investigada no período, sem conclusão diagnóstica. Chamava a atenção o seu hemograma com intensa eosinofilia e o espessamento da parede duodenal e antral à tomografia. À endoscopia digestiva alta, a mucosa duodenal encontrava-se mais edemaciada e hiperemiada. Realizadas biopsias que mostraram infiltração eosinofílica importante. Diante da hipótese diagnóstica de gastroenterite eosinofílica, iniciamos a prednisona oral na dose de 40mg, com ótima resposta já após 1 semana de tratamento. Após 4 meses, a paciente segue assintomática, com redução progressiva da dose de prednisona.

**Palavras-chave:** Gastroenterite Eosinofílica; Dor Abdominal; Eosinofilia.

## PANCREATITE AGUDA RECORRENTE SECUNDÁRIA À NEOPLASIA MUCINOSA INTRADUCTAL DE DUCTO SECUNDÁRIO DO PÂNCREAS – RELATO DE CASO

Rocha HC, Guedes LR, Marinho FP, Vilela EG, Carvalho FAC, Guimaraes RG

*Hospital das Clínicas da UFMG*

**Introdução:** as neoplasias mucinosas intraductais do pâncreas são consideradas lesões pré-malignas, que nas últimas décadas apresentaram aumento da incidência, principalmente pelo avanço nos métodos de diagnóstico. Os sintomas mais comuns são dor abdominal e perda de peso. O tratamento adequado geralmente requer pancreatemia parcial ou total. **Objetivo:** relatar caso de paciente com episódios recorrentes de pancreatite aguda secundária a neoplasia mucinosa intraductal de ductos secundários em cabeça, corpo e cauda do pâncreas. **Relato de caso:** Feminino, 63 anos, admitida no Hospital das Clínicas da UFMG com dor em abdome superior, em cólica, associada a náusea e vômitos, iniciada dois dias antes da internação. Sem febre ou outros sintomas associados. História de seis internações prévias com quadro clínico semelhante, sendo diagnosticada com pancreatite aguda. Sem relato de estenose ou litíase biliar. Exames da admissão evidenciavam: lipase 18.995 (VR: 23-300 U/L) e amilase 4549 (VR: 30-110 U/L). Faz acompanhamento por história prévia de câncer de reto ressecado em 2012 e por doença renal policística. Realizado tomografia computadorizada de abdome (cistos em cauda pancreática; calcificações ao nível do corpo e cauda pancreática; cistos renais) e colangiopancreatografia ressonância (cistos pequenos em cabeça, corpo e cauda do pâncreas, sem comunicação com o ducto de Wirsung). Seguiu-se com a realização de ecoendoscopia alta (dois pequenos cistos anecoicos no corpo do pâncreas, arredondados, na topografia dos ductos secundários e outros dois na cabeça do pâncreas. Wirsung não dilatado). Exame sugestivo de neoplasia mucinosa intrapapilar de ductos secundários do pâncreas (NMIP). Apresentava fator antinuclear (FAN) e IgG4 dentro dos limites da normalidade. Diante desses achados a paciente teria indicação de pancreatemia total, mas em virtude da morbimortalidade optou-se por tratamento clínico conservador. Evoluiu clinicamente bem, com melhora da dor e dos demais sintomas. Recebeu alta para seguimento ambulatorial, sendo iniciado tratamento com enzimas pancreáticas e desde então a paciente mantém-se assintomática. **Conclusão:** as NMIP podem ser de ducto principal ou ductos secundários. O tratamento depende dos achados histológicos e das condições clínicas do paciente. O seguimento dos pacientes será de acordo com o tamanho das lesões e do procedimento cirúrgico realizado devido ao risco de malignização ou surgimento de novas lesões.

## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA HIPERAGUDA SECUNDÁRIA À INTOXICAÇÃO PELO ACETAMINOFENO: ATUALIZAÇÃO ETIOPATOGÊNICA E ABORDAGEM CLÍNICA INICIAL SISTEMATIZADA

Colen MFF, Melo CSB, Henrique MC, Brandão SRG, Rocha SCB, Cortes VG

*Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte – MG*

A Insuficiência Hepática Hiperaguda (IHH) é uma doença grave e prevalente em todo o mundo. Atualmente, a intoxicação medicamentosa tem constituído sua principal causa, observando-se um decréscimo da etiologia viral. Falhas na legislação que controla a venda de medicamentos que podem ser adquiridos sem receitas médicas, como o acetaminofeno e o grande número de prescrições médicas e a automedicação, sobretudo nos casos de Dengue, estão associados à elevada incidência da IHH, em diversas regiões do Brasil. **Objetivo:** Apresentar uma atualização dos aspectos etiopatogênicos da IHH e uma abordagem sistematizada dos pacientes com esta afecção. **Metodologia:** Revisão não sistemática sobre os mecanismos envolvidos na intoxicação pelo acetaminofeno e seu papel no desenvolvimento da IHH, assim como, a abordagem clínica inicial do paciente. Foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos, em revistas indexadas (Qualis A e B), nas bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. **Palavras chave:** acetaminofeno, insuficiência hepática hiperaguda, hepatite fulminante. **Discussão:** Na IHH ocorre necrose hepatocelular com consequente perda da função hepática, levando a uma rápida e progressiva falência múltipla de órgãos, associada a encefalopatia. Em casos de superdosagem ou doses associadas ao uso crônico de álcool, ocorre uma saturação da via metabólica e um aumento da produção de NAPQI, esse reage com glutatona (GSH), formando ácido mercaptúrico. Quando a quantidade de GSH é esgotada, o excesso de NAPQI é acumulado no hepatócito e interage com proteínas que contém tiol induzindo inflamação e necrose celular. Nas primeiras 24 horas após a ingestão de grandes doses de acetaminofeno, pode-se realizar a descontaminação gástrica (até duas horas após); uso do carvão ativado (primeiras seis horas); administração da N-acetilcisteína (preferencialmente dentro das primeiras oito horas) e o uso de antipiréticos e antieméticos para tratamento dos possíveis sintomas secundários à intoxicação hepática. Após esse período diminuem as chances de resolutividade das condutas supramencionadas. No entanto é indicado que se inicie a terapia de administração de N-acetilcisteína mesmo depois de 24 horas de evolução. Além disso, o tratamento da sintomatologia permanece como propeleutic. Algumas situações serão indicativas de transplante hepático, como proposto por King's College Hospital, tais como: creatinina sérica 3,4 mg/dl, pH 7,3 ou INR 6,5, critérios de Clich e o escore MELD.



## BARRA CRICOFARÍNGEA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Paiva MAM, Ferraz JGN, Ângelo VL

UNIFENAS-BH – Universidade José do Rosário Vellano MG

**Introdução:** A deglutição é um processo fisiológico complexo responsável pelo transporte do alimento da boca até o estômago. Envolve estruturas orais, faríngeas, laríngeas, esofágicas e neuromusculares que são coordenadas por um controle multissináptico e que podem ser divididas em três fases: a fase oral, faríngea e esofágica. Entende-se por disfagia qualquer alteração isolada em uma dessas fases ou até mesmo todas conjuntamente. Barra ou acalásia cricofaríngea é um tipo de disfagia orofaríngea, caracterizada pela falta de coordenação da abertura do esfíncter esofágico superior ou pelo relaxamento incompleto do mesmo. Esta condição é tipicamente caracterizada por disfagia e sintomas pouco específicos como dor retroesternal, refluxo nasal, regurgitação, tosse, pneumonia recorrente e perda de peso. Avaliação clínica da deglutição, videofluoroscopia, esofagograma, endoscopia e manometria são úteis no diagnóstico. O exame considerado por alguns autores como padrão-ouro é a videofluoroscopia, cujo critérios diagnósticos incluem: (1) faringe dilatada com presença de bolo de contraste preso e com pouca passagem para o esôfago e (2) presença de uma barra horizontal (barra cricofaríngea) que é caracterizada por uma visível proeminência do músculo cricofaríngeo. Os possíveis tratamentos para esta condição incluem toxina botulínica, dilatação por balão e miotomia cricofaríngea. A terapêutica ideal ainda não foi definida devido ao pequeno número de casos e ausência de estudos que comparem a eficácia destes diferentes procedimentos. **Objetivo:** este trabalho visa apresentar um paciente com distúrbio da deglutição com diagnóstico de acalásia cricofaríngea e fazer uma revisão bibliográfica desta doença. **Metodologia:** relato de caso clínico e revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 33 anos, com queixa de disfagia há 3 anos associado a regurgitação. O diagnóstico foi realizado a partir da videofluoroscopia que evidenciou estase alimentar na parede posterior da faringe e na região da transição faringoesofágica após a deglutição de alimento pastoso e sólido, com pouca passagem para o esôfago. **Conclusão:** o presente caso representou um desafio na busca pelo diagnóstico correto. Uma vez que a acalásia cricofaríngea é uma doença de baixa incidência associada a sintomas e sinais não específicos e etiologia desconhecida. Percebe-se que ainda não há um consenso sobre o diagnóstico e terapêutica da doença.

**Palavras-chave:** Disfagia; Acalásia; Barra Cricofaríngea.

## BANCO DE DADOS DE QUALIDADE: INSTRUMENTO DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E PESQUISA

Mendes GS, Melo CCD, Vieira JPC, Said RC, Franco JMM, Ferreira CAL

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG, Belo Horizonte

**Introdução:** Os bancos de dados são instrumentos de gestão cada vez mais valorizados e permitem um auto-retrato da clínica essencial para avaliações críticas e planejamento. As doenças relacionadas ao aparelho digestivo representaram 16,8% do total de internações no Hospital do IPSEMG no ano de 2013, conforme o banco de dados oficial da instituição, que é estruturado com base no DRG (*Diseases Related Groups*). Esse percentual indica que as doenças gastroenterológicas são mais prevalentes do que qualquer outra no nosso hospital, o que nos motivou a construir um banco de dados próprio. **Métodos:** Os dados foram colhidos de forma prospectiva pelo médico residente assistente entre 01/04/2014 e 01/04/2015, registrados ao longo da internação e consolidados no momento da alta. Foram analisados: sexo, idade, permanência hospitalar, número de reinternações, óbitos, tratamento cirúrgico, propedêutica complementar e nosologia prevalente. **Resultados:** Durante um ano, houve 662 internações na enfermaria de Gastroenterologia, com equilíbrio entre os sexos (50,5% masculino e 49,5% feminino) e idade média de 64 anos. O tempo médio de internação foi de 9,7 dias, aconteceram 49 óbitos (7,4%), 61 reinternações (9,2%) e 85 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico (12,8%). Durante a internação foram realizadas 238 ultrassonografias, 188 endoscopias digestivas altas, 116 tomografias, 107 colangiopancreatografias por ressonância magnética, 103 colonoscopias e 59 colangiopancreatografias endoscópicas. Estratificando a nosologia por grupos, constataram-se 168 condições relacionadas ao intestino (25,5%), 139 às vias biliares (21%), 92 ao fígado (14%), 80 ao pâncreas (12%), 74 ao estômago (11%) e 26 ao esôfago (4%); houve ainda 83 casos associados a condições diversas (12,5%). **Conclusão:** Estruturamos um banco de dados com base clínica para facilitar a gestão hospitalar e as pesquisas médicas. A coleta de dados pelo próprio médico assistente no momento da internação, sem o recurso habitual da revisão de prontuários, pode garantir dados de qualidade superior. Antes da sua utilização, esse banco de dados será validado pela comparação com registros independentes do sistema DRG.

**Palavras-chave:** Banco de Dados; Gastroenterologia; Gestão Hospitalar

## FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EM PACIENTE COM CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO

Lorenzoni AE, Ribeiro LV, Rosado JJS, Machado ALDG, Mangabeira RK, Rocha PLS

Instituto Lucianno Viana Ribeiro – Gastrocentro, Almenara – MG

**Introdução:** Fístula traqueoesofágica (FTE) trata-se de uma comunicação patológica entre o esôfago (EO) e o trato respiratório. Complicação de carcinomas de EO, desenvolve-se em cerca de 5-15% de pacientes com este diagnóstico. O carcinoma epidermoide de esôfago (CEE) é o tipo histológico mais comum em todo o mundo e ocorre igualmente no EO médio e superior. Os principais fatores de risco incluem o consumo de álcool e tabaco. Pacientes com câncer de EO comumente apresentam doença avançada no momento do diagnóstico. **Relato do caso:** MARO, 47, gênero feminino, caucasiana. Admitida 11/07/2014 com inapetência e vômitos há 1 mês com perda ponderal de 10kg. Apresentava disfagia e expectoração hialina. Etilismo, duas doses de bebida destilada por dia e tabagismo de longa data, 10 cigarros ao dia. Exame físico encontrava-se emagrecida e com disfonia acentuada. Exames complementares: Rx de tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso bilateral, nodulações parahilares de aproximadamente 1cm em pulmão direito, a ultrassonografia de abdômen evidenciou imagem hiperecoica de limites imprecisos medindo 8,0x7,4mm no segmento IVa, a EDA (16/06/2014) evidenciou tumoração em esôfago com fístula traqueoesofágica na altura da carina. Submetida à gastrostomia (17/06/2014). Anatomopatológico 25/07/2014 – Carcinoma epidermoide grau III; invasão de submucosa. **Conclusão:** A disfagia, por surgir tardiamente, deve ser relacionada a uma história clínica detalhada. A associada ao tabagismo e etilismo já é descrita e consagrada na literatura. Sinais e sintomas sugestivos podem surgir apenas tardiamente na evolução do processo neoplásico de EO, com a doença em estágio avançado e com possíveis complicações, como a FTE.

## ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: RELATO DE CASO

Lorenzoni AE, Ribeiro LV, Rosado JJS, Machado ALDG, Rocha PLS, Viana TAG

*Instituto Lucianno Viana Ribeiro – Gastrocentro, Almenara – MG*

**Introdução:** A Esofagite eosinofílica (EoE) é uma doença caracterizada por eosinofilia (20 eos/CGA), causando lesões e sintomatologia variada de acordo com a gravidade e extensão da doença. O diagnóstico é histológico embora alguns pacientes apresentem histórico de alergia alimentar e com menos frequência níveis elevados de eosinófilos em sangue periférico e dosagens aumentadas de IgE total. Pode-se complementar a investigação através de motilidade digestiva e pHmetria esofágica de 24 horas. O tratamento utilizado tem sido com corticosteroides. **Relato de caso:** paciente do gênero masculino, 19 anos natural e procedente de Almenara MG, apresentando queixas de disfagia progressiva há aproximadamente um ano, sem outras queixas associadas. Apresentava exames complementares laboratoriais sem alterações. Paciente foi submetido a EDA digestiva alta que evidenciou subestenose em terço inferior do esôfago impedindo a progressão do aparelho, foram realizadas biópsias protocolares na área de subestenose para histologia e pesquisa de eosinófilos que mostrou contagem de 35 Eo/CGA em lâmina esofágica e conclusão de esofagite eosinofílica. Paciente foi medicado com fluticasona 500 microgramas a cada 12 horas por via oral por 14 semanas. Paciente relatou melhora da disfagia e foi submetido a nova EDA que mostrou uma Esofagite grau C de Los Angeles sendo realizadas biópsias protocolares em segunda porção duodenal, antro e esôfago para histologia pesquisa de eosinófilos, cujos resultados confirmaram a infiltração por eosinófilos apenas na lâmina esofágica (22 Eo/CGA). Foi, então, medicado com corticoide, prednisona 20 mg via oral, a cada 12 horas, por 4 semanas, e com IBP, omeprazol dose plena. Paciente evoluiu com melhora após terapêutica instituída. **Conclusão:** os casos de esofagite eosinofílica tem sido diagnosticada com mais frequência e podem apresentar complicações graves como estenose do esôfago e esofagite erosiva, e que o tratamento com corticosteroides tópicos e por via oral tem dado bons resultados a curto prazo e tem melhorado a qualidade de vida desses pacientes.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VALE DO JEQUITINHONHA: SÉRIE DE CASOS

Lorenzoni AE, Ribeiro LV, Rosado JJS, Machado ALDG, Mangabeira RK, Heimann S

*Instituto Lucianno Viana Ribeiro – Gastrocentro, Almenara – MG*

**Introdução:** hemorragia digestiva alta (HDA) representa significativo percentual em atendimento de urgência e emergência. As causas são diversas, porém a abordagem dividida em varicosa e não varicosa determina fluxogramas de atendimento mais eficientes. Os altos índices de morbimortalidade e elevados custos de tratamento adequado sugerem que o diagnóstico precoce, com tratamento profilático de lesões com potencial hemorrágico, é fundamental para modificação do curso da doença hemorrágica digestiva. **Série de casos:** em abril de 2013, com o início da residência médica de Endoscopia Digestiva no Instituto Lucianno Viana Ribeiro, foi evidenciado a incidência de pacientes com HDA na região e, a partir desta observação, foi realizada análise retrospectiva de casos de HDA de pacientes do Hospital Deraldo Guimarães em conjunto com o Instituto Lucianno Viana Ribeiro, localizados na cidade de Almenara, no Vale do Jequitinhonha, durante o período de abril a agosto de 2013. Foram analisados prontuários de 26 pacientes com HDA. Dezenove pacientes eram do gênero masculino e sete do gênero feminino. A idade variou de 17 a 96 anos, com média de 54 anos. Em doze destes pacientes a etiologia foi varicosa e em oito, deste mesmo grupo, foram identificadas, varizes de esôfago e de fundo gástrico. Em três pacientes a etiologia da hemorragia foi por lesão vegetante (2 em antro e 1 na incisura angular); cinco pacientes apresentavam úlcera; em 6 pacientes não foram identificadas lesões à endoscopia digestiva alta que justificassem a hemorragia; e dentre os vinte e seis pacientes avaliados houve um óbito. Todos os pacientes, após estabilização clínica, foram submetidos a endoscopia digestiva alta e tiveram o tratamento adequado instituído. **Conclusão:** no Vale do Jequitinhonha a esquistossomose é endêmica, com elevada prevalência de varizes esôfago-gástricas por hipertensão porta. Os protocolos de tratamento determinam a estabilização hemodinâmica e avaliação de critérios laboratoriais, sendo recomendado a realização de endoscopia digestiva somente após as medidas terapêuticas clínicas iniciais. Foi calculado em todos os pacientes os escores de MELD e Rockall. Dos 12 pacientes com HDA varicosa em 7 houve a necessidade de transfusão de hemoderivados para estabilização clínica. De todos os pacientes com Rockall superior a 3, em apenas 1 não houve necessidade de transfusão sanguínea para estabilização clínica. O escore MELD variou de 7 a 14 nos pacientes com HDA varicosa.

## INTERFACE DA MÁ ABSORÇÃO DA FRUTOSE E DEPRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Matheus NA, Cecília NCS, Santos Júnior JR, Cançado TSB, Rodrigues TF, Andrade VLA

*UNIFENAS-BH*

A má absorção de carboidratos, como a frutose começa a ser diagnosticada em nosso meio, porém ainda tem prevalência desconhecida. A frutose ou levulose é encontrada nas frutas e no mel, e caracteriza-se como o mais doce de todos os açúcares, por isto é muito usado na indústria alimentícia, com média de ingestão 49 g/dia na população americana. No Brasil o consumo médio é de 4,3 g/dia. Os estudos de Ledochowski et al, Born e Jones et al sugeriram que pacientes com falha na absorção de frutose podem apresentar sintomas depressivos, porém ainda não existe consenso de como essa má absorção desencadeia o distúrbio depressivo. **Objetivo:** o presente trabalho visa esclarecer, se pacientes com má absorção da frutose são realmente mais susceptíveis a desenvolver depressão. **Metodologia:** revisão sistemática de literatura usando estratégias com descritores DeCs, aplicadas nas base de dados BVS Salud, Medline (via PubMed), Medline (via PMC) no primeiro trimestre de 2015. Critérios de inclusão: estudos com pacientes com ou sem má absorção da frutose ou que possuíam ou não sintomas depressivos, em todas faixas etárias, de ambos os sexos e experimentos em animais. Idiomas espanhol, inglês e português. Critérios de exclusão: estudos cujo foco não fosse a frutose afetando direta ou indiretamente no surgimento da depressão. **Resultados:** foram recuperados nove artigos, todos publicados em inglês, entre 1998 e 2014; sendo dois de revisão, um transversal, cinco de coorte e um ensaio clínico. A qualidade metodológica foi avaliada pelo fator de impacto da revista onde o artigo foi publicado, além de analisar a qualidade de cada um pelo CASP e Strobe, avaliados via EQUATOR. Em oito estudos foram encontradas relação positiva entre a má absorção de frutose e o desenvolvimento de sintomas depressivos, em apenas um desses isto não foi encontrado. **Conclusão:** a relação entre má absorção de frutose e depressão praticamente não é aventada na prática clínica/gastroenterológica assim, muitos casos não estão sendo diagnosticados. Destaca-se que a prevalência de depressão em nosso meio é elevada e de etiologia multifatorial. Este é o primeiro trabalho nacional que correlaciona sistematicamente má absorção de frutose e depressão. Novos estudos são necessários para conduta diagnóstica e terapêutica.

**Palavras-chave:** Intolerância à Frutose; Frutose; Depressão.

## INTOLERÂNCIA E MÁ ABSORÇÃO À FRUTOSE NÃO RESPONSIVA AO TRATAMENTO CLÍNICO: RELATO DE CASO

Cecília NCS, Santos Júnior JR, Matheus NA, Cançado TSB, Rodrigues TF, Andrade VLA

UNIFENAS-BH

**Introdução:** A frutose é um importante carboidrato, sendo isolado pela primeira vez em 1847, a partir da cana-de-açúcar. Atualmente, existe em muitos alimentos industrializados a adição da frutose para deixar o sabor dos alimentos mais agradáveis. A absorção da frutose ocorre através de transporte facilitador, que apresenta capacidade reduzida, ou por meio do co-transporte dependente da glicose. Absorção de frutose incompleta é detectada por testes de respiração do hidrogênio e / ou produção de metano após ingestão do substrato. Quando sintomas gastrointestinais estão presentes há o diagnóstico de intolerância à frutose sendo os mais relatados flatulência, diarreia, dor abdominal, distensão abdominal, refluxo gastroesofágico, náuseas, vômitos e hipersensibilidade visceral 4,5. O tratamento é remover as fontes de frutose da dieta. **Objetivo:** Relatar caso de má absorção e intolerância à frutose em um paciente com sintoma gastrointestinal evidente sem resposta a terapêutica dietética. **Metodologia:** R.L., 59 anos, dentista, natural de Belo Horizonte. Há 20 anos apresentando diarreia diária com fezes mal formadas, dor abdominal tipo cólica. Teste respiratório H<sub>2</sub> expirado confirmou diagnóstico de má absorção e intolerância à frutose. Encaminhado para acompanhamento nutricional. Mesmo com dieta rigorosa, manteve sintomas clínicos. Colonoscopia mostrou espacidade do sigmoide, diverticulose difusa, sem diverticulite. Prescrito Mesalazina. Assinado termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Realizado tratamento com Mesalazina. Paciente permaneceu assintomático por quatro meses e atualmente apresenta esporadicamente sintomas gastrointestinais. Orientado sobre o diagnóstico e a respeito da necessidade de dieta restritiva de alimentos ricos em frutose. **Conclusão:** O caso alerta para possível interface sintomatológica e diagnóstica de intolerância à frutose e doença diverticular. Má absorção e intolerância à frutose são um problema pertinente que vem ganhando destaque no cenário nacional porém, ainda é sub diagnosticado e mal tratado. É preciso evidenciar que a qualidade de vida é prejudicada não só pelos desconfortos abdominais e restrições alimentares, bem como é afetado o seu estado psicossocial e emocional. São necessários outros estudos acerca do tema para conduta terapêutica adequada.

**Palavras chave:** Intolerância à Frutose; Frutose.

## DOENÇA DE WILSON E SUA AFECÇÃO AO PARÊNQUIMA HEPÁTICO

Souza FAM, Monteiro CS, Chagas ATC, Anjos EMS, Matta EFR, Magalhães D

Universidade José do Rosário Vellano

**Introdução:** A Doença de Wilson (DW) é causada por uma anomalia genética autossômica recessiva, resultante de uma mutação no gene ATP7B responsável pelo transporte celular de cobre. Isso resulta no acúmulo de cobre em diferentes órgãos e tecidos (fígado, cérebro e córnea). **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo uma revisão bibliográfica sobre DW e os aspectos anatomopatológicos relacionados ao fígado. **Materiais e Métodos:** Foi feita uma revisão bibliográfica sistemática sobre DW nas bases de dados SCIELO® e PubMed®, com os descritores: doença de Wilson, encefalopatia hepática e anel Keyser Fleisher. **Discussão:** O fígado pode tornar-se progressivamente danificado e cirrótico, devido à necrose focal por catálise da membrana lisossômica iniciada pelo cobre. Os principais sinais e sintomas da doença são: anéis de Keyser Fleisher, assintomático (esteatose, hepatite crônica e cirrose compensada); dor abdominal, decorrente de hepatite aguda ou falência hepática; icterícia; hepatomegalia; esplenomegalia; ascite; hemorragia digestiva alta (hipertensão portal) e encefalopatia hepática (tremores e rigidez). Estes sintomas juntamente com determinados achados laboratoriais fecham o diagnóstico. O tratamento para DW fundamenta – se em orientações dietéticas, medicações e transplante hepático. **Conclusão:** Uma vez que, na ausência do tratamento, a doença evolui para insuficiência e falência hepática, que podem variar de um quadro assintomático até casos com cirrose descompensada e hepatite hiperaguda, evoluindo para o óbito, é de grande valia o reconhecimento das pessoas portadoras dessa doença, e o seu tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Doença de Wilson; Degeneração Hepatolenticular; Cobre.

## TRATAMENTO OSTEOPÁTICO COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATÍPICA REFRACTÁRIA AO TRATAMENTO CLÍNICO

Almeida LC, Andrade VLA, Silva KA

Escola Brasileira de Osteopatia e Terapia Manual – EBOM; Serviço Diagnóstico em Gastroenterologia-SEDIG e Universidade José do Rosário VELLANO – UNIFENAS-BH

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) acomete 12% da população com importante impacto na qualidade de vida. A etiologia é multifatorial e uma de suas manifestações atípicas é a tosse crônica. O tratamento clínico tem boa resposta, mas há casos de refratariedade. Tratamentos complementares, tais como a acupuntura ou osteopatia já foram descritos. Esta visa a normalização das disfunções das estruturas relacionadas à região esôfago-cardio-tuberositárias. A diminuição de sintomas é explicada pelo fato do tecido conectivo fascial ser muito inervado por mecanorreceptores de Paccini e Ruffini que quando estimulados, provocam mudanças no sistema nervoso autônomo. Estudo prospectivo, do nosso grupo comprovou a eficácia da osteopatia no tratamento DRGE refratária (GED in press). Entretanto, ainda não foram realizados estudos que avaliassem o tratamento osteopático em pacientes com tosse crônica. **Objetivo:** relatar caso de paciente refratário ao tratamento clínico para DRGE atípica com manifestação de tosse crônica. **Metodologia:** relato de caso de MLLS, sexo masculino, 58 anos, dentista, natural de Belo Horizonte. Refere tosse desde 1999, já tendo sido submetido à extensa propedêutica pela gastro/pneumologia (RX e TC, REED, EDA, pHimpedanciometria) e terapêutica, com remissão parcial dos sintomas e recidivas frequentes. Apresentava tosse mesmo em uso de inibidores de prótons. Piora progressiva da qualidade de vida. Asmático. Realizado tratamento osteopático por 12 sessões em 2014. Avaliação da qualidade de vida e sintomas pelos instrumentos: HBQOL (Heartburn Specific Quality of Life Instrument) e QS-DRGE (Questionário de Sintomas da Doença do Refluxo Gastroesofágico). Termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo paciente. **Resultado:** houve melhora da tosse crônica e da qualidade de vida com o tratamento osteopático. **Conclusão:** a osteopatia surge como importante opção terapêutica na DRGE atípica com tosse crônica.

**Palavras-chave:** Osteopatia; DRGE; HBQOL.

## CORPO ESTRANHO IMPACTADO EM ESÔFAGO PROXIMAL: RELATO DE CASO E PROPEDÊUTICA DA ABORDAGEM SISTEMATIZADA

Silva AL, Scarpponi ACD, Silva AKA, Pereira ALC, Buoniconti CS, Galo DS

*Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH – Belo Horizonte/MG*

**Introdução:** A ingestão de corpos estranhos por crianças, de forma intencional ou acidental, é ocorrência habitual em serviços de pronto-atendimento. A impactação ocorre predominantemente nos estreitamentos anatômicos do esôfago, sendo o bolo alimentar e objetos inorgânicos, como moedas (16%), os mais frequentes. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso de impactação de corpo estranho em terço superior do esôfago de criança de dois anos de idade com ênfase na abordagem sistematizada do paciente. **Método:** As informações foram obtidas por meio de prontuário e registro fotográfico radiológico, bem como revisão não sistemática da literatura, a partir da análise de quatro artigos (qualis A e B) publicados em periódicos indexados entre os anos 2006 e 2013, identificados na base de dados Pubmed. **Palavras-chave:** “impaction esophagus”, “esophageal obstruction” e “foreign body”. **Resultados:** Criança de dois anos de idade deu entrada em hospital pediátrico. Pais relataram que há duas horas a criança começou apresentar vômitos de alimentos não digeridos, odinofagia e sialorreia. Ao exame FR: 28 irpm e FC: 90 bpm, sem demais alterações. RX simples de tórax, em PA e Perfil, revelou presença de corpo estranho no terço superior do esôfago, de 22 milímetros de diâmetro, sugerindo moeda. Foi retirada por endoscopia digestiva alta (EDA), moeda de 5 centavos impactada no esôfago proximal. Evidenciou-se no local área de escarificação da mucosa associada à pequena equimose e ausência de perfuração transmural do órgão. Após 12h, realizou-se novo RX de tórax de controle (PA e Perfil), sem sinais de pneumomediastino e/ou pneumotórax. Paciente recebeu alta em seguida. No caso de ingestão de corpo estranho o estudo de imagem deve ser iniciado pelo RX de tórax (PA e Perfil), e de abdome (AP e ortostatismo). Caso o corpo estranho seja radiopaco, é diagnóstico. A EDA é o procedimento mais indicado, pois além de ser diagnóstico é terapêutica. Outras condutas possíveis menos utilizadas por estarem associadas a maior risco de complicações (fístula e migração de corpo estranho) são, manter o paciente em observação e tentativa de retirada de corpo estranho com Sonda de Foley. **Conclusão:** Para minimizar os riscos e complicações desse evento é necessária uma abordagem sistematizada, pois o atraso na retirada do corpo estranho tem relação direta com o prognóstico.

## BEZOAR DE ESÔFAGO POR DIETA ENTERAL A BASE DE CASEÍNA: RELATO DE CASO E ABORDAGEM SISTEMÁTICA

Scarpponi ACD, Silva AL, Silva AKA, Pereira ALC, Buoniconti CS, Galo DS

*Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH – Belo Horizonte/MG*

**Introdução:** Há relatos de maior incidência de refluxo gastroesofágico em pacientes com suporte nutricional enteral. Destes, cerca de 50% recebem antiácidos e fórmulas de caseína que em contato com o suco gástrico, coagula, podendo formar impactações de material orgânico (Bezoar), que acometem principalmente o estômago e mais raramente o esôfago. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso sobre Bezoar de Esôfago (BE), sua patogênese, diagnóstico, tratamento e prognóstico com proposta de abordagem sistematizada. **Método:** As informações foram obtidas por análise de prontuário e abordagem não sistemática da literatura a partir de cinco artigos (Qualis A1-B3) publicados em periódicos indexados nas bases de dados PubMed e Scielo. **Palavras-chave:** “bezoar”, “enteral nutrition” e “esophageal obstruction” **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 72 anos, internado em Centro de Terapia Intensiva (CTI) com quadro de insuficiência respiratória aguda, sepse e pneumonia, em uso de suporte nutricional enteral há 10 dias, apresentando refluxo da dieta e estase gástrica. Foi solicitada passagem de nova sonda nasoenteral (SNE) por via endoscópica e posicionamento da mesma em duodeno distal. Ao realizar o procedimento, foi identificada presença de concreção de consistência pétreia, no esôfago médio, impedindo a progressão do aparelho. Tentou-se a desfragmentação do Bezoar com pinça de corpo estranho e de polipectomia, sem sucesso. Assim sendo, não foi possível posicionamento de uma nova SNE. Foi indicada então, abordagem cirúrgica para a retirada do BE. O paciente foi submetido à laparotomia mediana supraumbilical e gastrotomia. Após o 3º DPO, foi posicionada uma nova SNE sem intercorrências. **Resultados:** O diagnóstico clínico do BE pode ser suspeitado por quadro de disfagia e/ou dispneia associada à aspiração em 2-10% dos casos. Indica-se ausculta gastroesofágica, Raio-X de tórax (PA/AP) e endoscopia digestiva alta (EDA) para confirmação e terapêutica, seja por desfragmentação ou dissolução do BE. **Conclusão:** A sonda nasoenteral é de uso rotineiro em CTI e suas complicações podem passar despercebido, o que ressalta a importância na reavaliação periódica de sua funcionalidade e posicionamento, em especial àqueles que utilizam dieta rica em caseína.

## HALITOSE E DOENÇA DE VON WILLEBRAND

Souza FAM, Santos MLL, Andrade VLA, Leão MA, Queiroz VBS

*UNIFENAS-BH, Faculdade de Odontologia UFMG e Horal*

**Introdução:** A doença de Von Willebrand (VW) é um distúrbio hemorrágico hereditário autossômico dominante, com deficiência do fator de coagulação (VW – fator VIII). Há duas principais formas da doença: tipo 1 representado pela deficiência quantitativa do fator VIII (75% dos casos), tipo 2 com defeito qualitativo (17% dos casos). Observa-se que a principal função do fator VW é mediar a interação entre as plaquetas e o colágeno subendotelial. Suas manifestações clínicas são: epistaxe, menorragia, equimose, sangramentos prolongados, hemartroses, hemorragia gastrointestinal e sangramento na cavidade oral. Halitose não é uma doença, mas uma condição patológica na qual há alteração do hálito, de forma desagradável, causada por compostos sulfurados voláteis. No Brasil, pesquisas realizadas revelam que cerca de 50 milhões de pessoas sofrem com esta condição o que torna relevante o estudo. Cerca de 90% das causas de halitose tem como fonte primária a cavidade oral. A correlação entre VW e halitose já foi descrita na literatura, porém não há nenhum caso publicado sobre o assunto em nosso meio. A fisiopatologia pode ser explicada por: descamação epitelial e micro sangramentos que servirão de meio de cultura para a microbiota local. O estudo da cavidade oral tem sido negligenciado pelo gastroenterologista, o que dificulta a investigação clínica e motiva o presente estudo. **Objetivo:** Relatar caso de halitose clínica em paciente com VW. **Metodologia:** TSS, masculino, 14 anos, estudante, natural de Belo Horizonte. Há 10 meses, com alteração do hálito, observada por parentes próximos e auto avaliação. Sabidamente portador de doença de VW, sem outras morbidades. Amigdalectomizado. Foi realizada extensa anamnese e exame de cavidade oral, sialometria e halimetria. **Resultados:** Exame da cavidade oral: língua edemaciada, biofilme no dorso da língua e mordiscamento de mucosa jugal. Higiene bucal adequada. Sialometria: saliva turva, viscosa, fluxo basal e estimulado normal. Halimetria da cavidade oral 180ppb, narinas 10ppb, ar espirado 9ppb, após estímulo de cisteína 400ppb. **Conclusão:** A halitose no presente caso deve estar correlacionada com a doença de base VW. Não foram detectadas outras etiologias. Para que haja sucesso no tratamento, a abordagem deve ser multidisciplinar envolvendo gastroenterologistas e dentistas.

**Palavras-chave:** Von Willebrand; Halitose; Fator VIII.



## HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEM OSCURA E MÉTODOS PROPEDÊUTICOS

Santana RS, Faleiro AMVO, Oliveira CBM, Werneck GLNG, Faria FGL, Couto JCF

*Hospital Vera Cruz*

**Introdução:** Hemorragia digestiva (HD) acomete com frequência indivíduos com comorbidades e idade mais avançada. A extensão do intestino delgado e o alto custo dos exames são desafios encontrados durante a investigação. **Objetivo:** Discutir o uso de métodos propedêuticos não invasivos e de alto custo na investigação da HD aguda de origem obscura. **Demonstrar a dificuldade de diagnóstico na HD baixa recorrente.** **Metodologia:** Relato de caso de paciente com HD baixa. Informações obtidas por meio de seguimento clínico, revisão de prontuário, registro fotográfico dos métodos de imagem aos quais o paciente fora submetido, e revisão de literatura. **Resultados:** M.M.N. 83 anos, histórico de anemia ferropriva desde 2009, com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) positiva. Portadora de hipotireoidismo, hipertensão arterial e coronariopatia. Em 2010 foi internada Hospital Vera Cruz com anemia grave. Submetida a propedêutica com endoscopia digestiva alta (EDA), colonoscopia, cintilografia para pesquisa de Divertículo de Meckel, todos negativos. Recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Solicitada entero tomografia e cápsula endoscópica (CE), não realizadas. Em 2012 apresentou nova queda de HB com demanda de hemotransfusão. Optado por conduta conservadora diante da gravidade das comorbidades e nova estabilização do sangramento. Em 2015 apresentou melena e hematoquezia. EDA e colonoscopia sem sinais de sangramento. Solicitada CE, visto sangramento ativo em colon direito. Submetida a colectomia direita, visto grande divertículo colônico. Análise anatomopatológica evidenciou sinais de inflamação neste divertículo. Evoluiu sem novos sangramentos, estabilização da HB e PSOF negativa. **Conclusão:** Atualmente o diagnóstico de HD de origem obscura pode ser obtido por método não invasivo, porém de alto custo, sem cobertura pelo atual rol da Agência Nacional de Saúde. Quando realizada de forma adequada, a CE é capaz de obter resultados satisfatórios evidenciando provável sítio de sangramento. O caso relatado e as publicações analisadas nos remetem à discussão sobre a propedêutica a ser executada e quais as etapas a serem seguidas diante da dificuldade de acesso aos exames ainda não incluídos no nos exames da ANS.

## TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Morais LS, Silva ISS

*Instituto de Pesquisa e Ensino Médico – IPEMED*

**Introdução:** O Tumor de Klatskin é uma neoplasia originada das células epiteliais das vias biliares, também denominada colangiocarcinoma perihilar, localizado na bifurcação do ducto hepático principal em região extra-hepática. Diversos fatores são apontados na etiologia dos Tumores de Klatskin, dentre eles a colangite esclerosante primária, cirrose, doença hepática policística, cisto de colédoco, doença de Caroli e coledocolitíase crônica. São tumores de crescimento lento, que se manifestam inicialmente com o quadro clínico de icterícia obstrutiva. Seguem a classificação de Bismuth-Corlette que avalia a extensão do tumor e preve sua ressecabilidade. Possuem baixa incidência, no entanto, são de alta letalidade principalmente pelo fato de apresentarem-se em estágios avançados já no momento do diagnóstico. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com o tumor de klatskin. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão de exames laboratoriais e de imagem além de entrevista com o paciente e revisão de literatura. **Relato de caso:** Paciente de sexo masculino, 71 anos de idade, procura serviço de gastroenterologia após iniciar quadro de icterícia obstrutiva. O ultrassom de abdome evidenciou dilatação das vias biliares e posteriormente a colangiopatia demonstrou uma redução abrupta do ducto hepático comum no seu terço proximal junto a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, com importante dilatação das vias biliares intra-hepáticas, o que favoreceu o diagnóstico de um colangiocarcinoma. Posteriormente foi realizada uma colangiografia onde pode-se classificar a obstrução como sendo uma obstrução biliar tipo II de Bismuth. O paciente foi submetido a uma drenagem biliar percutânea com colocação de prótese biliar para o alívio da colestase e melhora dos sintomas, no entanto angiotomografia apresentou a presença de linfadenomegalia retroperitoneal e em pedículo hepático sugerindo disseminação secundária da doença, o que contraindicou a ressecção cirúrgica. O paciente evoluiu com carcinomatose peritoneal e óbito tendo em vista estado avançado do tumor. **Conclusão:** O caso clínico demonstra uma neoplasia maligna que em geral se manifesta já em fases avançada no momento do diagnóstico, o que demonstra a importância da investigação diagnóstica com ênfase na anamnese e exame físico buscando o aumento das chances de ressecção do tumor que é o tratamento de escolha.

**Palavras-chave:** Colangiocarcinoma; Colangiocarcinoma Perihilar; Tumor de Klatskin.

## TUMOR CARCINOIDE DE DUODENO E DE RETO – RELATOS DE CASOS

Araújo Filho E, Araújo MS, Araújo Neto E, Abreu GA

*Endomédica – Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital Unimed de Coronel Fabriciano – MG*

Os tumores carcinoides fazem parte dos chamados tumores neuroendócrinos e constituem neoplasias raras, originadas de um precursor celular comum, que têm a capacidade de produzir, armazenar e secretar diversos tipos de neuropeptídeos, sendo a serotonina a substância principal. As mais frequentes sedes de tumores carcinoides são o trato gastrointestinal (73,7%) e o sistema respiratório (25,1%). No aparelho digestivo, os principais órgãos afetados são intestino delgado, apêndice cecal e reto. Os carcinoides de reto foram descritos pela primeira vez em 1912 e correspondem a 1-2% de todos os tumores de reto. 50% destes tumores são assintomáticos e diagnosticados incidentalmente, por endoscopias feitas por indicações diversas. Os carcinoides localizados no duodeno correspondem a 2% dos tumores neuroendócrinos do trato gastrointestinal. Os mais frequentes são os gastrinomas. Geralmente, situam-se na 1a ou 2a porções duodenais, sendo de diâmetro inferior a 1 cm. É relatado o caso de 2 pacientes com tumor carcinoide, diagnosticados em exames endoscópicos de rotina. A primeira paciente é uma mulher de 44 anos, com queixa de diarreia, que foi submetida à colonoscopia devido suspeita de síndrome do intestino irritável, sendo detectada, no reto, lesão polipoide, séssil, friável, de aproximadamente 2cm, com erosão em ápice e com base amarelada, possivelmente devido infiltração lipídica. A segunda paciente é uma mulher de 60 anos, encaminhada por um otorrinolaringologista ao serviço, com suspeita de refluxo gastroesofágico. Realizada endoscopia digestiva alta, a qual detectou lesão polipoide em região do bulbo duodenal, séssil, de aproximadamente 1cm, ao lado de cicatriz de úlcera antiga. O resultado do estudo anatomo patológico evidenciou tumor carcinoide nos dois casos, e ambas pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico curativo propostos pelos oncologistas assistentes.

**Palavras-chave:** Tumor Carcinoide de Reto; Tumor Carcinoide de Duodeno; Tumor Neuroendócrino.

## INTOLERÂNCIA X HIPERSENSIBILIDADE X ALERGIA ALIMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Reis RPR, Silva GCR, Lima TS, Braga SCA, Oliveira WP, Souza MCM

UNIFENAS-BH

**Introdução:** com o desenvolvimento tecnológico e mudança nos hábitos alimentares a população aumentou a sua exposição a vários alimentos industrializados, elevando as chances de apresentar intolerância, hipersensibilidade e/ou alergia alimentar. Mesmo sendo condições patológicas muito prevalentes e distintas, seus conceitos ainda não estão claramente estabelecidos no meio médico. São temas atuais, porém com prevalência desconhecida, mas sabe-se que impactam negativamente na qualidade de vida das pessoas. **Objetivo:** conceituar intolerância, hipersensibilidade e alergia alimentar, além de verificar as principais repercussões nos tratos gastrointestinal (TGI), respiratório (TR) e otorrinolaringológico (TOTL). **Metodologia:** revisão sistemática da literatura realizada no primeiro trimestre de 2015, nas bases eletrônicas Medline, BVS, e Scielo. Os descritores foram obtidos no DeCs e MeSh, nos idiomas inglês, português e/ou espanhol. **Resultados:** após a aplicação de descritores e critérios de inclusão foram recuperados 27 artigos, de 1992 até 2015. **Discussão:** definiu-se então: intolerância alimentar como reação adversa aos alimentos de caráter não imunológico. Hipersensibilidade é a reação orgânica que engloba resposta alérgica e reações do tipo I, III e IV. E as alergias como processos imunológicos mediados ou não pela imunoglobulina IgE. Em relação ao TGI, os principais sintomas foram vômitos, dor e/ou distensão abdominal, diarreia e flatulência. Intolerância a lactose merece destaque. No que se refere ao TR, os sintomas mais prevalentes foram asma e estridor laríngeo. No TOTL, os principais achados foram síndrome da boca ardente, rinosinusite, otite externa, doença de Ménière. **Conclusão:** para que se possa fazer o correto diagnóstico é necessário diferenciar clínica e laboratorialmente intolerância de hipersensibilidade e de alergia alimentar. Os sintomas apresentados no TGI, TR, TOTL são muito comuns e podem mimetizar outras condições patológicas. Trabalhos sistemáticos sobre os temas são escassos, sendo necessários mais estudos na área, incluindo levantamento epidemiológico e de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Alergia Alimentar; Intolerância Alimentar; Hipersensibilidade Alimentar.

## PNEUMORRETROPERITÔNIO, PNEUMOMEDIASTINO E ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO RETAL DE CRESCIMENTO LATERAL

Lima EG, Costa LMP, Sampaio DV, Jardim NSR, Lopes RGS, Lage KMFC, Reis RAS, Meyer MMMMDE

*Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*

A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) já é procedimento consagrado no tratamento do câncer gástrico e esofageano em suas fases precoces. As lesões colorretais, inicialmente abordadas por mucosectomia, em bloco ou em fragmentos, são o foco atual para a abordagem submucosa, principalmente para os tumores de crescimento lateral superficial a partir de 20 mm de diâmetro. A experiência de centros japoneses, referências em endoscopia terapêutica, demonstra redução no índice de recidiva da doença com esta abordagem e, segundo critérios histopatológicos específicos, pode evitar uma colectomia em alguns casos de neoplasia maligna. **Relato de caso:** Trata-se de paciente de 50 anos, submetida à dissecação endoscópica da submucosa de lesão de crescimento lateral, com 50 mm, localizada no reto, a 8 cm da margem anal. O procedimento foi realizado sem maiores intercorrências, com apenas dois pontos de afastamento da muscular, sem perfuração grosseira, fechados com clipe. Entretanto, a paciente evoluiu com escape aéreo para peritônio, retroperitônio, mediastino e subcútis, sendo tratada sem intervenção adicional, apenas com manejo clínico. **Conclusão:** É de fundamental importância conhecer e saber aplicar a técnica da ESD, além de abordar suas complicações, uma vez que, mesmo repleta de benefícios em relação à cirurgia, ela pode apresentar desfechos graves.

## BIOMARCADORES SÉRICOS NA MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA HEPATITE C CRÔNICA COM INTERFERON PEGUILADO ASSOCIADO A RIBAVIRINA

Menezes EG, Coelho-dos-Reis JG, Cardoso LM, Soares EB, Martins Filho OA, Teixeira R

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG*

**Fundamentos:** Este estudo visa caracterizar aspectos da imunidade induzida pelo tratamento (tto) da hepatite C crônica com interferon peguilado (PEGIFN) + ribavirina (RBV) através da análise do perfil de citocinas/quimiocinas séricas em distintos momentos do tratamento. **Pacientes e Métodos:** Estudo retrospectivo e longitudinal que incluiu 54 pacientes infectados por HCV G1 tratados com PEGIFN e RBV por 48 semanas, categorizados como não respondedores (NR) (n=16), recidivantes (REC) (n=14) e com resposta virológica sustentada (RVS) (n=24). Amostras de sangue foram coletadas no pré-tto (n=54 sendo 16 NR, 14 REC e 24 RVS), na 12ª (n=44: 16 NR, 11 REC e 17 RVS) e na 48ª semanas (n=36: 6 NR, 12 REC e 18 RVS) de tto. 19 pré-doadores de sangue não infectados foram controles. Análise comparativa e quantitativa foi realizada na 12ª e 48ª s de tto. Foi analisado, através de citometria de fluxo (metodologia CBA), o perfil das quimiocinas séricas IL-8/CXCL8, RANTES/CCL5, MCP-1/CCL2, MIG/CXCL9 e IP-10/CXCL10, bem como das citocinas séricas IL-1?, IFN-?, IL-6, IL-10, IL-12, TNF e IFN-?, nos tempos de tratamento descritos acima. **Resultados:** Níveis mais elevados de CXCL8, CCL5, CCL2, CXCL9 e CXCL10, e de IL-1?, IFN-?, IL-6, IL-10, IL-12, TNF e IFN-? (p0,05) foram observados no pré-tto x controles. CXCL8 foi mais baixo no pré-tto em pacientes com RVS x NR, com aumento na 12ª sem. de tto x pré-tto em pacientes com RVS. Na 12ª sem. de tto, CCL5 foi mais elevada em REC x NR. CCL2 e CXCL9 foram mais elevadas no pré-tto de pacientes RVS x NR. IFN-? estava reduzido no pré-tto em pacientes com RVS x REC e NR, mas houve aumento de IFN-? durante o tto em pacientes com RVS x NR. **Conclusões:** A elevação das citocinas/quimiocinas em pacientes com hepatite C crônica demonstra o caráter misto pró-inflamatório/regulador do HCV. Os resultados sugerem que a CXCL8 e o IFN-? séricos podem constituir biomarcadores sorológicos de RVS em pacientes com hepatite C crônica, G1, tratados com PEGIFN e RBV.

**Palavras-chave:** Hepatite C; Quimiocinas; Citocinas.

## REAÇÕES ADVERSAS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO DA HEPATITE C CRÔNICA COM OS INIBIDORES DE PROTEASE DE PRIMEIRA ONDA

Nascimento YA, Santos LB, Silva LD, Teixeira R

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Centro Universitário Newton; Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG; Departamento de Clínica Médica da UFMG*

**Introdução:** A terapia tríplice é uma tentativa de melhorar a resposta ao tratamento da hepatite crônica C mas se associa a importantes eventos adversos, sendo relevante para a prática clínica pesquisar estratégias para a prevenção e manejo desses eventos. O objetivo desse estudo foi determinar as reações adversas (RAM) ocorridas durante o tratamento de pacientes em uso da terapia tríplice no Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, longitudinal, não concorrente; foram elegíveis para esse estudo os pacientes que iniciaram o tratamento entre junho de 2013 e agosto de 2014. A coleta de dados se deu por meio do Protocolo de Atendimento Multidisciplinar disponível no serviço. Nesse estudo, foi contabilizado como um novo episódio de reação adversa os novos relatos e também o agravamento do episódio anterior que exigiu alteração na conduta clínica para o manejo da mesma. Foi realizada uma análise descritiva dos dados por meio do programa SPSS 20. **Resultados:** foram avaliados 25 pacientes, 15 (60,0%) eram do sexo masculino, a maioria casado/união estável (15;60,0%); 16 (64,0%) em uso de telaprevir e 12 (48,0%) com fibrose avançada (F3/F4); Nesse estudo, todos os pacientes apresentaram pelo menos uma reação adversa relacionada à terapia tríplice, totalizando 287 reações (média de 10,80 + 3,70, variando entre 2 e 16; mediana de 12 reações por paciente). A principal RAM foi a anemia, apresentada por 21 (84,0%) dos pacientes e responsável por 82 (28,9%) do total de RAM. A leucopenia ocorreu em 19 (76,0%) pacientes e foi responsável por 40 episódios (13,9%) de RAM. A trombocitopenia, presente em 20 (80,0%) dos pacientes, totalizou 36 episódios (12,5%). As reações dermatológicas acometeram 19 (76,0%) pacientes e totalizaram 37 (12,9%) das reações. As reações no trato gastrointestinal corresponderam a 32 episódios (11,1%); seguida pelas reações psiquiátricas (22;7,7%), no sistema músculo esquelético (22; 7,7%) e reações retais (16;5,6%), acometendo respectivamente 19 (76,0%), 12 (48,0%), 15 (60,0%) e 16 (64,0%) pacientes. **Considerações finais:** A introdução dos inibidores de protease no tratamento da hepatite C crônica aumenta a possibilidade de cura, mas traz consigo riscos significativos de reações adversas graves que exigem uma abordagem multidisciplinar para o seu manejo, sendo necessário capacitar os serviços para o enfrentamento dessa realidade.

## INJÚRIA RENAL AGUDA NO PACIENTE CIRRÓTICO: PERFIL ETIOLÓGICO E PROGNÓSTICO DE 44 CASOS

Gomes CGO, Vilela EG, Ferrari MLA, Guedes LR, Rocha HC, Cunha AS

*Hospital das Clínicas da UFMG*

**Introdução:** a injúria renal aguda (IRA) é caracterizada pelo aumento da creatinina de 0,3mg/dL ou mais, em 48h, ou pela elevação de 50% do seu valor basal, em um período de sete dias. Sua prevalência é de cerca de 20% entre os pacientes cirróticos hospitalizados. Destes, cerca de 67% morrerão em um mês e 71% em um ano. No nosso meio, os dados sobre o perfil da IRA ainda são escassos. **Objetivos:** avaliar a etiologia e o prognóstico da IRA em pacientes cirróticos hospitalizados. **Casuística e métodos:** foram selecionados 44 pacientes cirróticos com IRA, entre de outubro de 2011 e janeiro de 2015, internados no Hospital das Clínicas da UFMG. As causas de IRA e a mortalidade em um mês e em três meses foram registrados para análise. **Resultados:** entre as causas de IRA, as infecções foram evidenciadas em 20 (45,4%) pacientes, a hipovolemia em 11 (25%), e a síndrome hepatorenal em nove (20,4%). Entre as infecções, a peritonite bacteriana espontânea foi responsável por seis (54,5%) casos; a infecção urinária por quatro (36,3%); a bacteremia espontânea por três (27,2%); a pneumonia e as infecções de pele por dois casos cada (18,1%). A mortalidade foi de 29% e 50% em um mês e três meses, respectivamente. **Conclusão:** a IRA está associada, na maioria das vezes, às infecções bacterianas, e é considerada um fator de mau prognóstico e preditor de elevada mortalidade a curto prazo.

**Palavras-chave:** Injúria Renal Aguda; Cirrose.

## USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES COM HEPATITE CRÔNICA C TRATADOS COM OS INIBIDORES DE PROTEASE DE PRIMEIRA ONDA

Nascimento YA, Santos LB, Teixeira R, Silva LD

*Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Centro Universitário Newton, Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG; Departamento de Clínica Médica da UFMG*

**Introdução:** A terapia tríplice para o tratamento da hepatite crônica C é uma tentativa de melhorar a resposta ao mesmo. Entretanto, ela se associa a importantes interações medicamentosas, sendo relevante discutir estratégias de prevenção e manejo das mesmas. Esse trabalho buscou determinar o uso de medicamentos e a possibilidade de interações medicamentosas ocorridos durante a terapia tríplice de pacientes atendidos no Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG. **Materiais e métodos:** estudo observacional, longitudinal, não concorrente; foram elegíveis os pacientes que iniciaram o tratamento entre junho de 2013 e agosto de 2014. A coleta de dados se deu por meio do Protocolo de Atendimento Multidisciplinar. Foram usadas três fontes de informação sobre interações. Foi realizada uma análise descritiva por meio do programa SPSS 20. **Resultados:** foram avaliados 25 pacientes, a maioria casado/união estável (15; 60,0%); 16 (64,0%) em uso de telaprevir e 12 (48,0%) com fibrose avançada (F3/F4); 15 (60,0%) do sexo masculino; 21 (84,0%) com ao menos uma comorbidade (média de 1,81 + 0,81 variando entre 1 e 4) e 18 (72,0%) usando ao menos um medicamento antes do início da terapia tríplice (n=31; média de 1,24 + 1,09, variando entre 0 e 4). Durante a mesma, os pacientes usaram 122 medicamentos, excluindo aqueles usados na infecção (média de 4,88 + 3,43, variando entre 0 e 13). Houve o aumento de 394% no consumo de medicamentos durante a terapia tríplice, mostrando uma forte associação entre as variáveis. Acredita-se que isso pode ser explicado pelo número de reações adversas (RAM) que os pacientes apresentaram durante o tratamento. Dentre os medicamentos mais usados, 80,0% pertenciam a classes usadas no manejo dessas: 21 pacientes (84,0%) fizeram uso de corticosteroides sistêmicos e/ou tópicos, 15 (60,0%) antianêmicos e/ou imunomoduladores, 13 (52,0%) anti-histamínicos, 13 (52,0%) antidepressivos e/ou hipnóticos sedativos, 11 (44,0%) outros medicamentos de uso tópico, dentre outros. Dos 46 princípios ativos usados, 15 (32,6%) apresentavam interações medicamentosas, 8 (53,3%) exigindo ajustes na farmacoterapia de acordo com a resposta clínica. Acredita-se que o trabalho em equipe, com a avaliação perfil farmacoterapêutico previamente à introdução da terapia, pode ter contribuído para a frequência de interações encontrada nesse estudo e se constituiu em uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos.

## DIETA FODMEPS COMO TRATAMENTO ADJUVANTE NA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA EM UMA CRIANÇA: ASPECTOS ENDOSCÓPICOS, HISTOPATOLÓGICOS E DA QUALIDADE DE VIDA

Gomes ELFA, Andrade VLA, Magalhães GA

*Universidade José do Rosário Velano – UNIFENAS-BH*

**Introdução:** A esofagite eosinofílica (EEO) é caracterizada pela infiltração de eosinófilos na mucosa do esôfago. Maior prevalência no gênero masculino. A etiopatogenia envolve aspectos genéticos e alérgicos, sendo que os principais alérgenos são os alimentares. O tratamento é feito com corticosteroides e inibidores de bombas de prótons. Há estudos comprovando a eficácia das dietas nesse tratamento, porém nenhum ainda relaciona a dieta FODMEPs (do inglês FODMAPs) com a EEO. Essa dieta consiste na retirada de fermento, oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e poliois. Ela vem sendo muito utilizada em várias desordens gastrointestinais crônicas, entre elas síndrome do intestino irritável, e ganhando cada vez mais adeptos. **Objetivos:** Instituir tratamento dietético adjuvante para a EEO, a partir da dieta com restrição de FODMEPs. **Metodologia:** Relato de caso de um criança de oito anos, portadora de EEO com sintomas exuberantes, diagnosticada em dezembro de 2014. Tratamento com gastroenterologista iniciado em janeiro de 2015, com o uso de Flixotide e inibidores de bomba de prótons. Referia disfagia e dor torácica. Alimentação e hábito do sono em horários irregulares. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou mucosa esofágica espessada, rugosa e com estrias longitudinais. A biópsia revelou 35 eosinófilos por campo, microabcessos eosinofílicos e processo inflamatório ativo. Também foi feita pHmetria, que descartou refluxo gastresofágico. Foi instituída então, dieta com restrição de FODMEPs, por 45 dias. A dieta foi adequada às realidades nutricional e social, à idade do paciente e monitorada por nutricionista. **Resultados:** Ao final da dieta, nova EDA e avaliação nutricional foram realizadas, com reintrodução precoce de alguns alimentos, devido ao alto custo da dieta e ao risco de se desenvolver intolerância a alguns grupos alimentares. O paciente reagiu de forma positiva ao tratamento instituído, com ganho de peso (0,5Kg), aumento da estatura (0,5cm), completa remissão dos sintomas, além de regressão das estrias esofágicas, do processo inflamatório e do número de eosinófilos por campo, que passou de 35 para 2. **Conclusão:** O tratamento da EEO com a dieta restrita em FODMEPs foi eficaz neste paciente, com melhora de todos os aspectos analisados (endoscópicos, histopatológicos e da qualidade de vida). Esta dieta surge como opção terapêutica na EEO.

**Palavras-chave:** Esofagite Eosinofílica; FODMAP; Restrição Alimentar.

## ANÁLISE DA CONSISTÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE HEPATITES VIRAIS DISPONÍVEIS NO SINAN-MG

Umbelino AA, Pereira GS, Scarabelli MLE, Silva LD, Cambraia RD, Teixeira R

*Ambulatório de Hepatites Virais IAG/HC/UFMG - Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais DVE/CDAT*

**Introdução e objetivo:** As hepatites virais são, na atualidade, um dos mais sérios agravos em saúde pública no Brasil que preocupam gestores, pacientes e médicos. A necessária implementação de ações de saúde tanto preventivas quanto curativas dependem da estimativa da real situação no estado e no país. Um dos instrumentos utilizados para nortear as políticas públicas de saúde é o Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN). Este estudo visa, portanto, analisar a consistência das informações do SINAN no que se refere às hepatites virais, visando a determinar a sua confiabilidade. **Método:** Verificação da consistência das notificações do SINAN através de análise retrospectiva do banco de informações disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais relativas a casos suspeitos e confirmados de hepatites virais A, B, C, D e E. **Resultados:** De 2007 a 2015 foram notificados 47.659 casos suspeitos e confirmados de hepatites A, B, C, D e E. A análise individualizada dessas fichas revelou que 17.630 (36,99%) apresentam inconsistências ou erros de preenchimento. Em particular, foi revisto o banco de dados do Hospital das Clínicas da UFMG que consiste no segundo centro de notificações desses agravos no estado. Foram notificados 1752 casos, o que representa 29,09% do conjunto de notificações do município de Belo Horizonte e 3,67% do total do Estado. As notificações que apresentaram inconsistências em seu preenchimento totalizam 273 ou 15,58% das informações do estabelecimento de saúde. **Discussão:** A alta taxa de inconsistência das fichas de notificação de hepatites virais no SINAN apontam para a inadequação dessa ferramenta como norteadora confiável das políticas em saúde para o estado. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um sistema de informação auxiliar que possibilite a obtenção de dados corretos e confiáveis sobre hepatites virais em Minas Gerais.

## HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPÁTICO: RELATO DE CASO

Casotti C, Gomes HP, Fantini JSE, Ramos AFP, Miranda CHD, Santos RML

*Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Minas Gerais*

**Introdução:** Hemangioendotelioma epitelioide hepático é um tumor maligno vascular rara, comum em mulheres de 20 a 40 anos, de apresentação clínica inespecífica. Exames de imagem e histopatológicos são necessários para o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico. **Relato de caso:** ESPP, 38 anos, evoluiu, por 09 meses, com dor abdominal em HCD, aumento do volume abdominal e febre intermitente. Clinicamente emagrecida, hipocorada e com abdome ascítico. RNM abdome com comprometimento arquitetural hepático dos lobos direito e esquerdo de provável etiologia expansiva, esplenomegalia BOYD I, ascite moderada. Biópsia hepática evidenciou processos fibroinflamatórios com intensa desorganização arquitetural, não se podendo afastar processo neoplásico associado, incluindo hemangioendotelioma, confirmado através do estudo imunohistoquímico. Solicitada avaliação de transplante. **Discussão:** Hemangioendotelioma epitelioide hepático é um tumor de origem vascular, com baixo potencial maligno, raro, de incidência desconhecida. Acomete principalmente o sexo feminino. A etiologia é pouco definida, mas o uso de contraceptivo oral e exposição ao cloreto de vinila são alguns fatores de risco. Manifesta-se com dor abdominal e perda de peso. Alterações bioquímicas são inespecíficas e os marcadores tumorais negativos. O diagnóstico, de difícil realização, envolve exames de imagem e estudo anatomopatológico. Histologicamente, caracteriza-se pela presença de células dendríticas e epitelioides, que coram com marcadores endoteliais (fator VIII, CD34 ou CD31). A modalidade de tratamento primário é cirúrgica, incluindo ressecção ou transplante, com baixa sensibilidade à radioterapia ou quimioterapia. **Conclusão:** O caso ilustra uma neoplasia rara, de difícil diagnóstico diferencial, que pode ser confundida com doenças benignas e outros tumores malignos. O prognóstico é imprevisível. A sobrevida pode ser longa, mesmo com metástases. Ressecção, quando possível, é a melhora alternativa terapêutica.

**Palavras chave:** Hemangioendotelioma; Tumor Hepático; Marcadores Endoteliais.



## A UTILIZAÇÃO DA GEORREFERÊNCIA COMO INSTRUMENTO PARA TOMADA DE DECISÕES E CONTROLE DE SURTOS DE HEPATITE A EM MINAS GERAIS

Umbelino AA, Pereira GS, Scarabelli MLE, Cambraia RD, Silva LD, Teixeira R

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais / Ambulatório de Hepatites Virais do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG

**Introdução e objetivo:** A localização geográfica dos casos de surtos de hepatite A e dos clusters de hepatite B é ferramenta imprescindível para a elaboração de ações de prevenção da incidência e contenção de surtos, e também para a tomada rápida de decisões nos locais georreferenciados. No entanto, o que se observa nas fichas de notificação dessas situações no Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) em Minas Gerais é que, na maioria absoluta dos casos, há erros nos endereços dos casos notificados. Portanto, é necessário criar novas ferramentas que forneçam, com maior acurácia, os dados necessários à tomada rápida de decisões pela SES/MG nas condições descritas. Assim, esse projeto piloto visa utilizar as informações dos campos 18 a 27 da ficha de notificação do SINAN para elaborar mapas de controle de surto de utilização em tempo real com o objetivo de informar a situação do surto em determinada localização. **Resultados:** O projeto piloto utilizou dados de notificação do município de Três Pontas/MG, pertencente à Superintendência Regional de Varginha, onde as notificações de hepatites virais tem sido reconhecidas como modelo em razão da maior acurácia das informações. A partir dessas informações obtidas no SINAN, criou-se um modelo georreferenciado onde é possível visualizar, em tempo real, o mapeamento de surtos de hepatite A ocorridos entre 2007 e 2014 naquele município. **Conclusão:** Propõe-se, a partir desse projeto piloto bem sucedido, instituir, em Minas Gerais, o mapeamento georreferenciado em tempo real dos surtos de hepatite A em todos os municípios onde ocorram, como ferramenta confiável e indispensável para o controle adequado dos surtos desse agravo no estado.

## CONSUMO DE BEBIDAS INDUSTRIALIZADAS EM PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA

Couto CA, Armiliato GNA, Ferolla SM, Lisboa QC, Dutra JDM, Ferrari TCA

Instituto Alfa de Gastroenterologia do HC-UFMG

**Introdução e objetivos:** O consumo de xarope de milho com alto teor de frutose tem sido associado ao desenvolvimento de DHGNA através da indução de resistência a insulina, hipertrigliceridemia pós-prandial e acúmulo de lipídios no fígado, principalmente em indivíduos com excesso de peso. Nosso objetivo foi avaliar o consumo de bebidas industrializadas em pacientes com DHGNA, como também a associação entre o consumo, gravidade e fatores de risco para DHGNA. **Métodos:** Consumo de frutose foi estimado por 3 questionários consecutivos que relataram a frequência de ingestão de bebidas industrializadas expressas em copos (200 ml) consumidos por semana e classificados para análise, de acordo com a quantidade, em grupo 1: consumo mínimo/moderado (7 copos semanais) e grupo 2: consumo diário (?7 copos semanais). DHGNA foi diagnosticada por histologia hepática e calculado o NAFLD score em todos os pacientes. Fibrose foi avaliada pela histologia hepática (Metavir) e/ou pelo NAFLD score, considerando-se valor mais alterado encontrado quando se tratava de biópsia realizada há mais de 1 ano. **Resultados:** Foram incluídos 51 pacientes (40 com esteatohepatite não alcoólica), idade média de 54,4±12,3 anos, 80,4% do sexo feminino, 43,1% com diabetes, 72,5% hipertensos, 68,6% obesos e 58,8% com hipertrigliceridemia. Síndrome metabólica ocorreu em 86,3% e 68,6% dos pacientes foram diagnosticados com algum grau de fibrose através de biópsia ou NAFLD score. O consumo diário de bebidas industrializadas ocorreu em 39,2% da população. 77,4% (24/31) dos pacientes com consumo moderado (grupo 1) e 55% (11/20) dos pacientes com consumo diário (grupo 2) tinham algum grau de fibrose (p=0,09). Obesidade segundo IMC ocorreu em 58,1% vs. 85% (p=0,04), triglicérides médio 155,4 ± 62,1 vs. 216,7 ± 118,2 (p = 0,03), colesterol total 191,8 ± 37,6 vs. 211,0 ± 33,4 (p = 0,06), VLDL colesterol 30,5 ± 11,9 vs. 44,1 ± 24,9 (p=0,01) para os grupos 1 e 2, respectivamente. Não foram encontradas diferenças quanto à frequência de obesidade central 96,8% vs. 95% (p=0,75) entre os grupos. O teste de Pearson mostrou associação entre consumo de bebidas industrializadas e triglicérides séricos (R=0,29; p=0,04). **Conclusão:** O consumo diário de bebidas industrializadas foi confirmado em 39,2% da população com DHGNA. O aumento do consumo de bebidas industrializadas com alto teor de frutose, caracterizado como consumo ?7 copos semanais se correlacionou ao aumento de triglicérides séricos em pacientes com DHGNA.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE UMA CIDADE DO SUL DE MINAS GERAIS

Adami AF, Fixfex CH, Irulegui PT, Adami TAA

Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) se caracterizam pela ativação imune crônica e recidivante e inflamação no interior do trato gastrointestinal. Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RU) são as duas principais formas. Sabe-se que no Brasil a incidência da doença é crescente, tendo estas doenças importante implicação psicossocial, limitação do estilo de vida e consequente impacto na qualidade de vida. Este estudo tem como objetivo descrever e analisar o perfil dos pacientes portadores de DII que acompanham no Hospital Escola de Itajubá-MG (HEI). Trata-se de um estudo transversal realizado através da análise dos prontuários destes pacientes do período de 01/2014 a 08/2014. Procedeu-se o preenchimento de formulário padronizado que abordava as características clínicas e demográficas. Foram avaliados 67 pacientes, 36 do sexo feminino e 31 do masculino. Houve um predomínio de RU (61,19%) sendo a faixa etária mais acometida dos 40 aos 60, com um pico de menor proporção dos 20 aos 30 anos. A localização mais encontrada para RU foi a pancolite, seguida por colite esquerda e depois retite e retosigmoidite. Na DC a localização mais comum foi a ileocecal, estando presente em 95,84% dos pacientes de forma isolada ou concomitante com outras regiões. O método diagnóstico mais utilizado foi a combinação de dados colonoscópicos e histológicos (71,64%). A manifestação clínica inicial mais comum na DC foi a dor abdominal (79,17%), seguida pela diarreia (62,5%). Entretanto, na RU, a diarreia (82,93%) é mais prevalente que a dor abdominal (70,73%). No momento do estudo, a maioria dos pacientes se encontravam assintomáticos (50,75%), não apresentavam manifestações extra-intestinais (88,06%) e não apresentaram complicações da doença (80,60%). O tratamento medicamentoso mais utilizado para RU foi o uso isolado de Mesalazina (ASA) (60,98%) seguido pelo uso combinado de ASA e Azatioprina (17,07%). Na DC, o uso combinado de ASA e Azatioprina foi mais prevalente (25,0%) do que o uso isolado de ASA (16,67%). Foram submetidos a procedimentos cirúrgicos 20,89% pacientes, sendo estes todos portadores de DC. Em comparação com a literatura, os pacientes avaliados neste estudo apresentam-se semelhantes aos outros estudos. Além disso, sugere-se uma alta prevalência da doença na região estudada.

**Palavras-chave:** Doença Inflamatória Intestinal; Doença de Crohn; Retocolite Ulcerativa.

## ACHADOS COLONOSCÓPICOS PÓS-PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E REVISÃO DA LITERATURA

Araujo SS, Borges KAS, Sá RN, Freitas AHA

Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais

O rastreamento do CCR é uma ferramenta custo-efetiva, reduzindo as taxas de mortalidade por essa neoplasia em 13 a 32%. A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) é um exame de baixa sensibilidade, mas se positiva, deve orientar o paciente para a realização da colonoscopia. Esse trabalho objetiva avaliar os resultados dos exames de colonoscopias indicados para dar seguimento propedêutico de resultado de PSOF positiva no Serviço de Endoscopia Digestiva do HPM/MG, num período de 10 meses. Trata-se de uma pesquisa quantitativa prospectiva longitudinal. Os dados foram submetidos a análise estatística, para se estabelecer se havia valor  $p$  significativo. As variáveis analisadas incluíram exame normal, diverticulose, pólipos menores do que 10 mm, pólipos acima de 10 mm ou lesão retirada por mucosectomia, neoplasia, ectasia vascular, proctopatia actínica e erosões ou ulcerações ileais. Os pacientes que não concordaram em participar, que não assinaram o termo de consentimento ou cujos exames estiveram em condições de preparo intestinal insatisfatória pela classificação de Boston (0, 1 e 2), que é uma classificação validada internacionalmente, foram excluídos do estudo. Os 103 pacientes eram assim distribuídos: 55 (46,6%) do sexo feminino e 58 (53,4%) do sexo masculino; 16 (15,5%) tinham menos de 50 anos, 81 (78,7%) tinham entre 50 e 75 anos e 6 (5,8%) tinham mais de 75 anos. Em relação ao sexo, não houve diferença estatisticamente significativa. Houve diferença estatisticamente significativa para a faixa etária de 50-75 anos de idade para: exames não-normais ( $p = 0,007$ ), presença de diverticulose ( $p = 0,02$ ) e pólipos menores de 10 mm ( $p = 0,01$ ). Foram observados 6 casos de neoplasia (5,8%), 65 pacientes (63,1%) do total apresentaram adenomas ou adenocarcinomas à colonoscopia. Desses, 45 (67,2%) correspondiam a adenomas de baixo risco, 16 (23,9%) correspondiam a adenomas avançados e 6 (8,9%) a adenocarcinomas. 23 exames dos 103 (22,3%) foram normais. A literatura define como achados positivos para colonoscopia a identificação de lesões avançadas: aquelas com 10 mm ou mais de diâmetro, componente viloso, displasia de alto grau e adenocarcinomas. Das colonoscopias com achados de adenoma avançado e de adenocarcinoma proximal, 77,3% apresentavam um pólipos índice à esquerda, confirmando que a retossigmoidoscopia flexível não é um bom instrumento para dar seguimento no rastreamento do CCR quando a PSOF é positiva. Isso aconteceria com 1 caso na nossa amostra.

## VALIDAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ANDRADE E MAGALHÃES DE LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DO COLON TRANSVERSO PELO ENEMA OPACO

Andrade VLA, Magalhães D

Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS-BH, Discente Bolsista FAPEMIG

**Introdução:** a ptose do cólon transverso foi definida por Cannon em 1922 como alteração topográfica frequente, que pode ser visualizada no enema opaco como rebaixamento do segmento transverso, em forma de “V”, estendendo até o nível pélvico, sendo que quanto mais agudos forem os ângulos das flexuras esplênica e hepática, maior será a gravidade da sintomatologia. Os principais sintomas seriam flatulência, distensão abdominal e constipação. A constipação é frequente na prática clínica, sendo multifatorial, com prevalência entre 2/20%. A incidência de enteroptose já foi estabelecida por nosso grupo (18%) e classificação topográfica foi realizada (GED julho de 2014): Grau 0- cólon transverso acima da crista ilíaca. Grau 1- transverso entre crista ilíaca e espinha ilíaca ântero-superior. Grau 2- transverso abaixo da espinha ilíaca ântero-superior (ptose verdadeira). **Objetivo:** validar classificação de Andrade e Magalhães de enteroptose. **Métodos:** estudo dividido em duas etapas: primeira: estabeleceu a incidência de enteroptose em 247 enemas opacos, com classificação em graus. Segunda etapa: estudo experimental, duplo cego, para validar a classificação proposta, e verificar a concordância de respostas de 40 enemas opacos por 39 médicos de diversas especialidades. Resultados: maior prevalência da ptose do cólon no gênero feminino ( $p = 0,003$ ) que pode estar relacionada com a constipação. Classificação Andrade e Magalhães foi analisada por meio da concordância de Kappa ( $p: 0,005$ ). Maior grau de concordância entre radiologistas (0,96) pediatras (0,74/0,78) e patologistas (0,70/0,78). **Conclusão:** não há nenhum estudo na literatura mundial, até onde sabemos, que tenha pesquisado se ocorre retardo de tempo do trânsito, em pacientes com enteroptose. Acreditamos, que a presente classificação em graus, associada à cuidadosa avaliação sintomatológica será um grande norteador para indicar a conduta diagnóstica e terapêutica na constipação.

**Palavras-chave:** Enteroptose; Constipação.