

XXVI GASTREN-RIO

15
quinta

16
sexta

17
sábado

Setembro de 2016 no
Centro de Convenções CBC-Amil



Programa Final

Manual de Temas Livres

Realização:



Pontuação na Comissão
Nacional de Acreditação

XXVI GASTREN-RIO

Realização:



Fundada em 1938

MENSAGEM

Prezados Colegas,

É com grande satisfação que lhes apresento o XXVI Gastren Rio, nosso tradicional congresso de Gastroenterologia do Estado do Rio de Janeiro. Este ano destacamos na nossa programação a nova edição dos critérios de Roma (Roma IV) acerca das doenças funcionais do aparelho digestivo, os avanços no tratamento da hepatite C crônica e novos tratamentos das doenças inflamatórias intestinais. Contaremos com a presença de renomados convidados nacionais, além de um módulo conjunto com a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva do Rio de Janeiro.

Preparamos a programação com temas do dia a dia do Gastroenterologista, com a preocupação de lhes trazer novos conhecimentos e tratamentos.

Sejam Bem Vindos!!!

Luiz João Abrahão Júnior
Presidente da AGRJ

DIRETORIA 2015-2016

Presidente

Luiz João Abrahão Jr.

Vice-Presidente

Javier Ronald Flores Morelli

Secretário

Jorge da Silva Motta

Diretor Financeiro

Carlos Frederico P. Porto Alegre Rosa

Presidente eleito 2017-2018

Antonio José de Vasconcellos Carneiro

Conselho Deliberativo

Rubens Basile
Edson Jurado da Silva
José Augusto da Silva Messias

Comissões Permanentes

Comissão Científica

José Galvão-Alves
Luiz João Abrahão
Eponina Maria Lemme

Comissão de Defesa Profissional

Eduardo Joaquim Castro
Gerson Ricardo de Souza Domingues
Hélio Rzetelna

Comissão de Ética

Fernando Wendhausen Portella
Glaciomar Machado
Antonio Carlos da Silva Moraes

Comissões Provisórias

Comissão de Divulgação

Silvando Barbalho Rodrigues
Bernardo da Cruz Junger de Carvalho
Marcio Fragoso Castro

Comissão de Admissão

João Luiz Pereira
Luiz Artur Jurueña de Mattos
Laura Helman

Comissão de Convênios

Jorge Farha
Delta Madureira Filho
Marcia Costa

Comissão Jovem Gastro

Paulo César Rios da Silveira
Ricardo Henrique R. de Rodrigues
Ana Teresa Pugas Carvalho

Comissão do Jornal Brasileiro de Gastroenterologia

José Galvão-Alves (Editor)
Andrea de Faria Mendes

PROGRAMAÇÃO**QUINTA-FEIRA – 15 DE SETEMBRO DE 2016 – MANHÃ****08:15 – 08:30 – Abertura**

Luiz João Abrahão Júnior – Presidente da AGRJ

08:30 – 10:00 – Mesa Redonda 1 : Complicações incomuns da DRGE

Moderador: José Augusto Messias

08:30 – 08:50 – Alterações dentárias

Thayane Holz

08:50 – 09:10 – Pneumonias de repetição

Alexandre Pinto Cardoso

09:10 – 09:30 – Alterações Otológicas e Sinusopatias

Marcos Sarvat

09:30 – 10:00 – Discussão**10:00 – 11:00 – GASTROLANCHE APSEN – SIMPÓSIO SATÉLITE****11:00 – 12:30 – Mesa Redonda 2: Doenças Inflamatórias Intestinais (Casos clínicos com teoria)**

Moderador: Antônio José de Vasconcellos Carneiro

11:00 – 11:20 – Vacinação nas DII's

Luiz João Abrahão

11:20 – 11:40 – Anti-integrinas. Quando, como e por quê?

Antônio Carlos Moraes

11:40 – 12:00 – Otimização e monitoramento da terapia biológica

Carlos Frederico Porto Alegre

12:00 – 12:20 – Neoplasias relacionadas ao tratamento das DII's

Helio Rzetelna

12:20 – 12:30 – Discussão**12:30 – 14:00 – SIMPÓSIO SATÉLITE ECHOENDO**

PROGRAMAÇÃO**QUINTA-FEIRA – 15 DE SETEMBRO DE 2016 – TARDE****14:00 – 15:30 – Mesa-redonda 3 – Colestases**

Moderador: Fernando Wenhausen Portella

14:00 – 14:20 – Colangite Biliar Primária X Colangite Esclerosante Primária – Diagnóstico e Tratamento

Cristiane Villela

14:20 – 14:40 – Colangite associada a IgG4

Fernando Wendhausen Portella

14:40 – 15:00 – Biliopatia Portal

Eduardo de Souza Martins Fernandes

15:00 – 15:20 – Obstrutivas

Júlio Cezar Uili Coelho (PR)

15:20 – 15:30 – Discussão**15:30 – 16:00 – GASTROLANCHE****16:00 – 16:30 – Conferência 2: Carcinoma da Vesícula Biliar**

Presidente: Eduardo Joaquim Castro

Conferencista: Júlio Cezar Uili Coelho (PR)

16:30 – 17:00 – Conferência 6: Doenças Funcionais do Esôfago - Roma IV

Presidente: Luiz João Abrahão Jr.

Conferencista: Eponina Lemme

17:00 – 17:30 – Conferência 3: Pancreatite Obstrutiva

Presidente: Ricardo Henrique Rodrigues

Conferencista: Glaciomar Machado

17:30 – 18:40 – Mesa-redonda 4: Estômago e Duodeno

Moderador: Luiz Artur Juruena de Matos

17:30 – 17:50 – Inibidores da Bomba de Protons - Controle clínico em uso prolongado

Bernardo Junger

17:50 – 18:10 – Anti-inflamatórios não esteróides - Lesões do Estômago e Duodeno

Jorge Motta

18:10 – 18:30 – Tratamento do H.pylori resistente

Silvando Barbalho Rodrigues

18:30 – 18:40 – Discussão

PROGRAMAÇÃO**SEXTA-FEIRA – 16 DE SETEMBRO DE 2016 – MANHÃ**

08:30 – 10:00 – CAFÉ DA MANHÃ ACHÉ - SIMPÓSIO SATÉLITE

10:00 – 10:30 – Conferência 4: Pancreatite Crônica Calcificante – Complicações

Presidente: Paulo Rodrigues de Oliveira

Conferencista: José Galvão-Alves

10:30 – 11:00 – Conferência 1: Alergia Alimentar – métodos diagnósticos

Presidente: Paulo Cesar Rios da Silveira

Conferencista: Aderbal Sabrá

11:00 – 12:30 – Mesa-redonda 5: Distúrbios Motores do Esôfago

Moderadora: Eponina Maria Lemme

11:00 – 11:20 – Diagnóstico dos DME's. O que mudou com a manometria de alta resolução?

Luiz João Abrahão Jr.

11:20 – 11:40 – Tratamento dos DME's – Há novidade?

Gerson Ricardo de Souza Domingues

11:40 – 12:00 – POEM's – Indicação, Técnica e Resultados

Antônio Carlos Coêlho Conrado (PE)

12:00 – 12:30 – Discussão

12:30 – 14:00 – SIMPÓSIO SATÉLITE FQM – DIARREIAS INFECCIOSAS

PROGRAMAÇÃO**SEXTA-FEIRA – 16 DE SETEMBRO DE 2016 – TARDE**

14:00 – 15:30 – Mesa-redonda 6: Screening das neoplasias nas doenças intestinais

Moderador: Roberto Gil

14:00 – 14:20 – Câncer colorretal esporádico

Edson Jurado da Silva

14:20 – 14:40 – Doença inflamatória intestinal

Ana Teresa Pugas Carvalho

14:40 – 15:00 – Síndromes de polipose

Flávio Quilici (SP)

15:00 – 15:20 – Doença Celíaca

Celso Mirra (MG)

15:20 – 15:30 – Discussão

15:30 – 16:00 – GASTROLANCHE

16:00 – 16:30 – Conferência 5: Microbiota Intestinal

Presidente: Javier Flores Morelli

Conferencista: Maria do Carmo Friche Passos

16:30 – 18:00 – Mesa-redonda 7: AGRJ e SOBED

Moderador: Ronaldo Taam

16:30 – 16:50 – Polipos Gástricos

Huang Ling Fang

16:50 – 17:10 – Câncer Gástrico Precoce - Diagnóstico

Luiz Leite Luna

17:10 – 17:30 – Tumor Carcinóide Gástrico

Thiago Tatagiba

17:30 – 17:50 – Gastrites e Metaplasias – Definição e Classificação

Ângela Carvalho

17:50 – 18:00 – Discussão

PROGRAMAÇÃO**SÁBADO – 17 DE SETEMBRO DE 2016 – MANHÃ****08:30 – 10:00 – Mesa-redonda 8: Hepatites virais**

Moderador: Eduardo Joaquim Castro

08:30 – 08:50 – Uso dos DAAs na Hepatite Crônica C - Resultados iniciais

Paulo de Tarso A. Pinto

08:50 – 09:10 – Tratamento da Hepatite crônica B

Gustavo Henrique Pereira

09:10 – 09:30 – Manifestações sistêmicas da infecção pelo HCV

Bernardo da Cruz Junger de Carvalho

09:30 – 10:00 – Discussão**10:00 – 10:30 – GASTROLANCHE****10:30 – 11:00 – Conferência 7: Síndrome do Intestino Irritável – Roma IV**

Presidente: Andréa de Faria Mendes

Conferencista: Ricardo Alvariz

11:00 – 12:30 – Mesa-redonda 9: Neoplasia Intraductal Mucínosa Papilífero (NIMP)

Moderador: José Galvão-Alves

11:00 – 11:20 – Definição e Classificação

Rubens Basile

11:20 – 11:40 – Diagnóstico por imagem

Antonio Siciliano

11:40 – 12:00 – Ecoendoscopia

Thiago Tatagiba

12:00 – 12:20 – Cirurgia

Arnaldo Marques

12:20 – 12:30 – Discussão**12:30 – 13:00 – Conferência de Encerramento: Transplante de Microbiota Intestinal – onde estamos?**

Presidente: Pietro Novellino

Conferencista: Flávio Quilici

13:00 – Encerramento

Luiz João Abrahão Júnior

13:15 – Sorteios e Homenagens

TEMAS LIVRES

ESÔFAGO

A MORTALIDADE POR CÂNCER DE ESÔFAGO NA REGIÃO SUL DO BRASIL – ANÁLISE DE 2004 A 2013

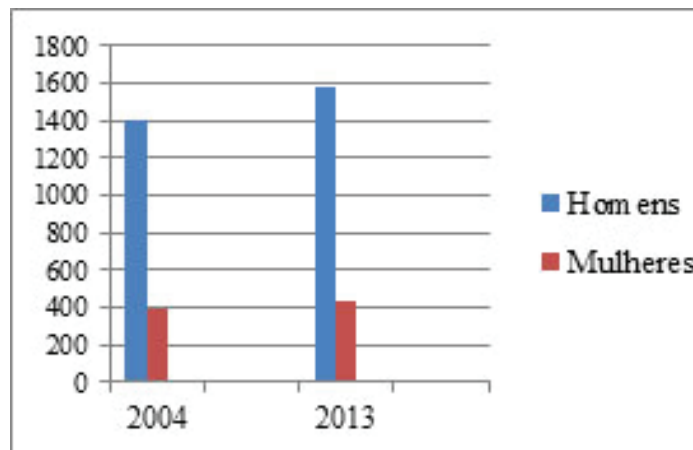
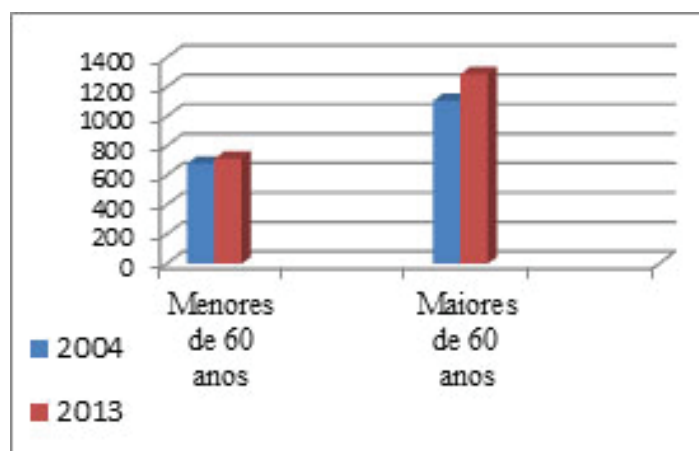
Cruz GP, Rezende LO. Universidade do Grande Rio

Introdução: O carcinoma epidermóide de esôfago (CEE) é o tipo de neoplasia esofágica mais prevalente, acometendo cerca de 96% dos casos dentre as demais formas, e possui alta letalidade. A sua etiologia está intimamente associada ao consumo excessivo de álcool e tabaco. Junto a isso, o consumo de bebidas a temperaturas acima de 65°C gera um grande potencial carcinogênico pelos danos causados à mucosa do esôfago de forma crônica. O hábito cultural do consumo excessivo de chimarrão pela população na região Sul, mostrou uma incidência de 2,5 a 5,0 vezes maiores de CEE em comparação às demais regiões do Brasil.

Objetivo: Avaliar estatisticamente, em um período de dez anos, a mortalidade por CEE nos habitantes da região Sul do Brasil, devido esta moléstia ser o sexto tipo de câncer que mais acomete esta população.

Métodos: Os dados para a realização desse trabalho foram obtidos através do Atlas de Mortalidade por Câncer, disponível no site do Instituto Nacional de Câncer (INCA), avaliando a mortalidade na região Sul por CEE no período de 2004 a 2013.

Resultados: Foi observado, em um período de dez anos, uma mortalidade de 19.142 pessoas em decorrência do carcinoma epidermóide de esôfago. Deste total, 12.178 (63,62%) eram pessoas maiores de 60 anos. O número absoluto de óbitos por CEE aumentou de 681 em 2004 para 715 em 2013 em menores de 60 anos, assim como, também foi observado um aumento de 1.108 em 2004 para 1.289 em 2013 em idosos (Fig.1). Quanto às mortes por CEE, em relação ao sexo, foi observado em homens um aumento de 1.399 em 2004 para 1.574 em 2013 (elevação de 12,51%) e em mulheres os valores variaram de 390 em 2004 para 430 em 2013 (elevação de 10,26%) (Fig.2).



Conclusões: Indiscutivelmente, o CEE é uma doença que possui um prognóstico ruim (sobrevivência em 5 anos é menor que 10%) devido ser pouco sintomática e o seu diagnóstico geralmente ocorrer em fases avançadas, tornando-a bastante letal. A sua elevada prevalência na região Sul é somada a um conjunto de fatores que são aumento da expectativa de vida do brasileiro, tabagismo, etilismo e o hábito cultural de ingerir bebidas quente de forma crônica (no caso, o chimarrão). Com isso, foi verificado uma maior incidência de morte por CEE em pessoas acima de 60 anos e em indivíduos do sexo masculino.

CANDIDÍASE ESOFÁGICA EM IMUNOCOMPETENTE

Castro HL, Carrijo SA, Souza BC, Nascimento AL, Silveira MAB, Rosa FJM, Mendes AF, Galvão-Alves J – Serviço de Gastroenterologia, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: O refluxo gastroesofágico é a principal causa de esofagite em nosso meio. No entanto, nos pacientes com algum grau de imunodeficiência, seja esta decorrente de transplante de órgãos sólidos, quimioterapia ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a origem infecciosa passa a ter uma incidência significativa, cujo patógeno predominante é a *Candida albicans*. Ocasionalmente, ocorrem em pacientes imunocompetentes.

Relato de caso: Relatamos um caso de candidíase esofágica a fim de suscitar a suspeita clínica nos casos em que nenhuma doença de base é constatada. Masculino, branco, 47 anos, apresenta história progressiva de sintomas dispépticos típicos há 30 anos, sem outras comorbidades, em uso irregular de Inibidor de Bomba de Prótons, nega uso de álcool, tabaco ou outras drogas, realizou Endoscopia Digestiva Alta no ano 2006 e 2007, dentro dos parâmetros da normalidade. Em 2009, realizou nova EDA por persistência dos sintomas, com resultado de *H. pylori* positiva e presença de placas brancacentas no esôfago, histopatológico demonstrando esofagite moderada, mucosa gástrica com alterações inflamatórias mínimas e estruturas fúngicas compatíveis com monilíase. Diante desse resultado, foi solicitado

TEMAS LIVRES

novos exames complementares para pesquisa e diagnóstico do quadro, pHmetria esofágica por telemetria evidenciou presença de refluxo gastroesofágico ácido do tipo combinado e manometria esofágica sem alterações e exame de Esvaziamento gástrico normal. Sorologia para HIV 1 e 2 negativas, Sorologia para Hepatites Virais, CMV, VDRL normais. Optou-se pelo tratamento com Fluconazol 250 mg VO por 14 dias associado a Sucralfato 2g VO antes do almoço e jantar. Nova Endoscopia digestiva após tratamento, sem alterações histológicas e estruturais.

Conclusão: Apesar da alta prevalência de candidíase esofágica em imunodeprimidos, esta também pode acometer, eventualmente, indivíduos imunocompetentes, devendo ser lembrada como diagnóstico diferencial nos casos de odinofagia e sintomas dispépticos, principalmente quando associados a fatores de risco importantes, como uso crônico de corticóides e antibióticos de amplo espectro, uso de Inibidor de Bomba de Prótons e quimioterápicos.

NECROSE AGUDA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO

Lopes RMG; Cechin LR; Júnior WBS; Carvalho LGP

- Departamento de Clínica Médica - Hospital João XXIII, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Introdução: A necrose aguda de esôfago é uma lesão rara caracterizada por uma circunferência difusa de aparência enegrecida na mucosa esofágica. Essa lesão quase que universalmente acomete o esôfago distal poupando a junção esofagogástrica. Sua fisiopatologia ainda não é bem elucidada e pode resultar de múltiplos fatores locais ou sistêmicos, sendo que a associação mais comum feita é com isquemia.

Relato de Caso: Paciente, sexo masculino, 83 anos, com hematêmese, dor abdominal e anorexia há 4 dias. Portador de diabetes melitus tipo 2, hipertensão arterial e relato de ex-tabagista. Admitido com disfunção renal grave, sendo submetido a uma sessão de hemodiálise. Foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão enegrecida na circunferência da mucosa do esôfago. O paciente foi tratado de forma suportiva, sem recorrência dos vômitos e com melhora do quadro clínico. Ao final da internação foi realizada nova endoscopia digestiva alta que evidenciou apenas uma esofagite erosiva difusa, sem sinais de necrose. Paciente evoluiu com remissão completa do quadro, melhora da disfagia e da função renal. Recebeu alta hospitalar com orientação para manter acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: Concluiu-se com esse estudo que a necrose aguda de esôfago, apesar de rara e pouco descrita, é grave e pode estar presente em pacientes com manifestação clínica de hemorragia digestiva alta. Geralmente é encontrada acidentalmente em endoscopias digestivas de pacientes com sangramento digestivo. Esta associada a diversas comorbidades, incidente principalmente em homens, acima de 68 anos, com diabetes e doença renal. A fisiopatologia, mesmo não

sendo muito elucidada, parece relacionar-se mais comumente a eventos isquêmicos. O tratamento é basicamente suportivo, com a maioria dos pacientes apresentando resolução endoscópica após melhora hemodinâmica. O mais importante é reverter a causa que leva à necrose da mucosa. Entretanto, não é uma doença completamente benigna e suas complicações vão de 0 a 35%, podendo levar ao óbito e quando comparada as outras causas de sangramento gastrointestinal, a mortalidade do esôfago negro permanece elevada.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DE ENVOLVIMENTO ESOFAGIANO DE PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

Medeiros IP, Donadel MD, Correa LG, Oliveira PHCD, Borges RA, Sugui DAS, Salgado MCF, Lyrio M.

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, heterogênea, com evolução progressiva, variável e pouco previsível. Sua incidência anual é em torno de 9 a 19 casos/1.000.000, predominando em mulheres na faixa etária reprodutiva. Apresenta-se sob as formas cutânea difusa e cutânea limitada, ambas com acometimento de qualquer trecho do trato gastrointestinal em até 90% dos pacientes. O envolvimento esofágico comumente deve-se à atrofia de camadas musculares, com redução do peristaltismo, manifestando-se por sintomas da doença do refluxo gastroesofágico, como pirose, regurgitação e disfagia; além de ser fator de risco para metaplasia de Barrett. O risco de morte aumenta entre os doentes, com sobrevida mediana de cerca de 11 anos após o diagnóstico.

Objetivos: Relatar epidemiologia e prevalência de envolvimento esofagiano de pacientes com ES em acompanhamento no ambulatório de Reumatologia de um Hospital do Rio de Janeiro.

Métodos: Revisão de 44 prontuários em amostra casual simples de 2002 a 2016.

Resultados: A idade média dos 44 pacientes incluídos no estudo é de 55 anos, 39 (88,64%) eram mulheres, e o tempo médio de acompanhamento é de 5,35 anos. Dentre os sintomas esofagianos; Cinco (11,36%) pacientes não possuíam esse dado; Trinta e um (70,44%) eram assintomáticos e oito (18,2%) sintomáticos. Dentre esses, seis (75%) queixavam-se de disfagia para sólidos; um (12,5%) anorexia e dor epigástrica e um (12,5%) pirose e queimação retroesternal. Oito pacientes (18,2%) submeteram-se à cintilografia, cinco sem queixas esofágicas prévias; todos com alteração (principalmente redução de tônus em terço distal). Dez pacientes (22,7%) submeteram-se à esofagomanometria, seis sem queixas esofágicas prévias; todos com alteração (principalmente hipotonia de esfíncter esofágico inferior e aperistalse). Cinco pacientes (11,36%) submeteram-se à TC de tórax, todos sem queixas esofágicas e com alteração (principalmente ectasia). Quatro pacientes (9,1%)

TEMAS LIVRES

submeteram-se à EDA com biópsia, todos com esofagite.

Conclusões: Os dados encontrados neste estudo são compatíveis com o relatado na literatura mundial, Faz-se necessário o acompanhamento de pacientes com ES em setor de Gastroenterologia visto que, mesmo assintomáticos, a elevada incidência de acometimento gastroesofágico e complicações são as manifestações viscerais mais frequentes da ES.

FÍGADO E VIAS BILIARES

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS B E C PELO CLÍNICO

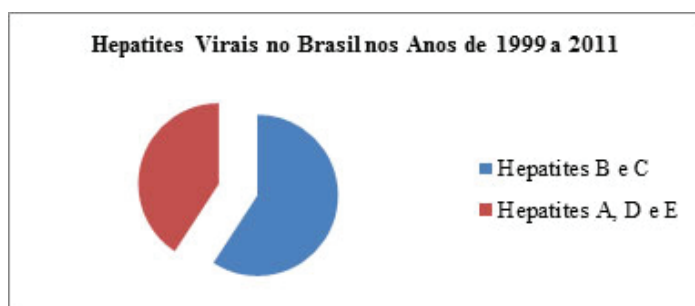
Cruz GP, Rezende LO. Universidade do Grande Rio

Introdução: Hepatite é um termo genérico que designa inflamação do fígado. As hepatites virais B e C são bastante comuns em nosso meio, além de ser um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A clínica da doença pode variar desde assintomática, forma mais comum, ou apresentar-se com fadiga, febre, náuseas e vômitos, dor abdominal, icterícia típica e até insuficiência hepática aguda grave (forma fulminante).

Objetivos: Ressaltar a importância do diagnóstico precoce do VHB e VHC dentro do nosso sistema de saúde para evitar a progressão da doença as suas formas graves como a cirrose e o câncer hepático.

Métodos: O trabalho teve seu embasamento teórico feito através de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o tratamento e diagnóstico das hepatites virais, fornecidos pelo Ministério da Saúde. Assim como, seus dados epidemiológicos foram obtidos através do site governamental do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Resultados: O total de notificações sobre as hepatites virais no Brasil, incluindo os 5 tipos da doença (A, B, C, D e E), foi de 343.853 casos nos anos de 1999 a 2011. Dentre eles, 120.343 de hepatite B e 82.041 de hepatite C foram notificados neste mesmo período e juntos somaram 203.384 pessoas, representando aproximadamente 59% do total de casos das hepatites virais como mostra o gráfico.



Conclusões: Desta forma, podemos concluir que, é de extrema importância o diagnóstico precoce das hepatites virais B e C pelos clínicos para que estes possam instituir de forma adequada e imediata o tratamento para seus pacientes. Pois são doenças que na maioria das vezes apresentam-se de forma assintomática, mas podem evoluir com manifestações graves como a cirrose e o câncer hepático. A sua relevância diagnóstica é observada, devido o elevado percentual de pessoas infectadas pelo VHB e VHC em relação aos outros tipos virais da doença no Brasil. Além disso, medidas preventivas podem ser tomadas como imunização contra o VHB, uso de preservativos durante as relações sexuais, não compartilhar objetos de uso pessoal e uso de EPI para profissionais de saúde.

SÍNDROME DE BUDD CHIARI E MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA CENTRAL

Lima DB, Queiroz ALVR, Andrade TG, Biccás BN, Esberard EBC, Melo ASA - Universidade Federal Fluminense

Introdução: Síndrome de Budd-Chiari (SBC) é um distúrbio raro no qual há uma obstrução insidiosa ou aguda das veias hepáticas, supra-hepáticas e/ou veia cava inferior, levando a um mecanismo de hipertensão portal pós-sinusoidal, manifestando-se com ascite volumosa e hepatomegalia. Associa-se às síndromes trombofílicas como síndrome do anticorpo antifosfolípido e doença de Behçet e desordens mieloproliferativas, como policitemia vera. Essas doenças produzem um estado de hipercoagulabilidade que pode levar a eventos trombóticos sistêmicos como AVE isquêmico.

Relato de caso: Paciente feminino, 36 anos, apresentou dor súbita em abdome superior e aumento do volume abdominal associado a vômitos e icterícia. Houve regressão espontânea do quadro, mantendo leve desconforto abdominal. Após 4 meses, apresentou vertigem com duração de 2 horas sem perda da consciência, náuseas, vômitos, parestesia simétrica de MMII e tinnitus, com regressão espontânea desse quadro. Uma semana depois, houve retorno súbito de dor, aumento do volume abdominal e febre vespertina. Apresentava-se hipocorada, anictérica, sem alterações na ausculta cardíaca e respiratória. Abdome globoso, doloroso a palpação de hipocôndrio direito e epigástrio, maciez móvel de decúbito, fígado aumentado e MMII sem edemas. Exames laboratoriais demonstrando alteração das provas de função hepática. USG apresentou fígado aumentado, contornos regulares, veias hepáticas não visualizadas e vias biliares intra e extra hepáticas de calibre preservado. TC de tórax e abdome total e angiotomografia de VCI com aspecto tomográfico compatível com Síndrome de Budd Chiari (fígado com aspecto heterogêneo, dimensões aumentadas, relativo hiporealce do parênquima periférico e incremento das regiões centrais. Acentuado aumento do lobo caudado, promovendo afilamento da VCI. Não visualização das veias supra-hepáticas). Paracentese revelou GASA de 1,9 e proteínas

TEMAS LIVRES

de 3,6 g/dL. RNM de Crânio sugestiva de isquemia subaguda de hemisfério cerebelar direito. Foi iniciada anticoagulação plena com Clexane 60mg SC e Warfarin 5 mg.

Conclusão: A SBC é uma doença de um estado de hipercoagulabilidade e, sem tratamento, pode levar a óbito. Assim, em pacientes jovens sem fatores de risco para doença cerebrovascular que apresentem AVE, deve-se suspeitar de doenças que levam a estados pró-trombóticos. Daí a importância da confirmação diagnóstica por meio de exames como a USG-Doppler e angio-tomografia em pacientes com quadro clínico compatível.

GASTRODUODENAL

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES GASTROESOFÁGICAS EM PEQUENA POPULAÇÃO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL.

Santos Fm, Walber Ww, Scolaro L, Fuckes A, Cavalcanti Da.

Introdução: A endoscopia digestiva alta é um exame bastante difundido no país, através do qual podemos acessar o trato digestivo superior. Tal facilidade faz com que um número expressivo de exames seja realizado pelas mais diversas queixas gastroesofageanas.

Objetivo: Identificar quais patologias são mais prevalentes em exames endoscópicos numa pequena população no interior do Rio Grande do Sul.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, quantitativo, onde foram revisados, através de ficha padronizada e imagens, 157 endoscopias digestivas altas, no período de janeiro à julho de 2016. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente. Os dados foram analisados por estatística descritiva.

Resultados: Foram avaliados 157 exames, sendo 38,85% realizados em homens e 61,5% mulheres. Destes, 77% em pacientes abaixo de 60 anos. Em 96% dos exames foi encontrado gastrite antral, subdividindo-se em enanemática, micronodular e erosiva. 57% apresentavam esofagite erosiva, graus A, B e C de Los Angeles. A correlação entre as duas doenças ficou em 56% dos pacientes examinados. Outros achados, como bulboduodenite e hérnia de hiato também foram encontrados, mas em menor proporção.

Conclusão: Este estudo mostra que as patologias mais prevalentes nesta população são gastrite antral e a esofagite, que juntas, foram encontradas em mais da metade dos pacientes. Dados esses que sobressaem à média nacional, o que pode estar associado aos hábitos de vida dessa região do país. Onde a ingestão de bebidas quentes é tradição entre a população.

Bibliografia:

- 1) Bredenoord AJ ET AL. Gastroesophageal disease. Lancet. 2013
- 2) Endoscopia Digestiva - Diagnóstico e Tratamento - SOBED – Averbach

- 3) Sleisenger & Fordtran. Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado 9ª edição

PÂNCREAS

COMPROMETIMENTO SISTÊMICO NA SÍNDROME DO IGG4

Autores: Paula AM, Gonçalves FA, Porto IP, Mendes AF, Galvão MC, Rodrigues RH, Basile R, Galvão-Alves J.

Pós-graduação em Gastroenterologia – PUC/RJ, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

O processo fibroinflamatório crônico marcado pela presença de células com receptores IgG4 positivo nos tecidos e elevação da concentração sérica do IgG4, que resulta em uma doença crônica fibrosante, foi estudado durante anos separadamente por órgãos acometidos como: a Pancreatite autoimune, colangite associada a IgG4, fibrose retroperitoneal, aortite linfoplasmocitária, nefrite túbulointestinal, Tumor de Kuttner, e por pseudotumores localizados em pulmão, rins e órbitas. Hoje sabemos que todas essas manifestações tratam-se da Síndrome do IgG4.

Paciente MGS, 57 anos, sexo feminino, portadora de HAS e hipertireoidismo, em tratamento regular, encaminhada ao ambulatório por apresentar dispepsia, elevação de IgG4 sérico (161.00mg/dL), VHS de 83, TC do abdômen apresentando: Cabeça do pâncreas com dimensões aumentadas, área de limites parcialmente definidos, levemente hipodensa e hipocaptante de contraste na fase arterial, apresentando-se homogênea nas fases portal e tardia, localizada na transição do corpo com a cauda, medindo cerca de 2.0x2.1cm. Formação alongada com densidade de partes moles e contorno lobulado, iniciando-se imediatamente abaixo do processo uncinado do pâncreas, estendendo-se até a pelve à direita, englobando os vasos mesentéricos, proximalmente, e o ureter na sua porção próxima ao cruzamento dos vasos ilíacos, o que causa moderada hidroureteronefrose à montante. Nota-se borramento da gordura adjacente a esta formação, com linfonodos de dimensões limítrofes de permeio. TC de tórax apresentando nódulo pulmonar com densidade de partes moles medindo cerca de 1.0cm, localizado em terço médio. Foi iniciado tratamento com prednisona 20mg/dia. Após dois meses de tratamento, paciente apresentava importante melhora clínica, valores normais de IgG4 sérico e VHS (59.90MG/dL e 1mm/H, respectivamente). TC do abdômen: pâncreas sem alterações, espessamento tecidual mal definido no mesentério ileal, em contato com a artéria ilíaca comum direita e envolvendo o ureter deste lado, com conseqüente ectasia do trato urinário a montante. Nódulo pulmonar sem alterações sendo acompanhado regularmente e avaliado possível biópsia.

TEMAS LIVRES

Hoje mais amplamente estudada como Síndrome do IgG4, essa doença apresenta-se com uma reação fibroinflamatória que acomete diversos órgãos, e tem boa resposta a corticosteróides. Esse relato de caso tem como objetivo salientar as manifestações sistêmicas dessa síndrome por sua importância na prática clínica. Nesse caso, houve resolução completa do quadro pancreático. A hidronefrose, no entanto, não se resolveu por provável fibrose periureteral.

LEUCÓCITOS MARCADOS E PANCREATITE AGUDA: SPECT / CT COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA.

Autores e apresentadora: Sadeck GMN1, Galvão-Alves J2, Galvão MC2, Azevedo JC1, Corrêa NL1, Guarnieri WK1, Sabra MMM1, Costa FS1, Mesquita CT1

Gabriela Maria Nara Sadeck1, José Galvão Alves1,2, Marta Carvalho Galvão2, Jader Cunha de Azevedo1, Nilton Lavatori Corrêa1, William Kleyton Guarnieri1, Maria Marta Maggioletto Sabra1, Fernanda Salomão Costa1, Claudio Tinoco Mesquita1.

1 Hospital Pró-Cardíaco

2 Pós-Graduação em Gastroenterologia PUC – RJ

3 Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Introdução: A pancreatite aguda é uma entidade médica que cursa com inflamação pancreática e que determina a resposta inflamatória sistêmica acarretando aumento de morbidade e mortalidade em até 20% dos casos. Dentre as causas frequentes estão o etilismo e a colelitíase. Existe maior incidência dos casos no sexo feminino. A forma branda ocorre com mais frequência, sendo necessário apenas suporte clínico. Em alguns casos a forma grave da doença pode acontecer e culminar com morte do paciente se não diagnosticada e tratada adequadamente com suporte hospitalar avançado. Concomitante ao quadro, o paciente pode apresentar coleção de líquidos em tecidos, os pseudocistos. Por todos esses motivos, se faz necessário o diagnóstico precoce e tratamento adequados. A tomografia por emissão de fótons únicos (SPECT / CT) é parte integrante da abordagem diagnóstica. Quadro clínico: ARA, feminino, 79 anos, caucasiana, residente e natural do estado do Rio de Janeiro. Paciente internada devido quadro clínico de pancreatite grave com presença de derrame pleural bilateral, realizou exame tomográfico que evidenciou também inúmeras coleções abdominais e imagem sugestiva de pseudocisto em projeção de parênquima pancreático. Apesar de antibioticoterapia empírica, evoluiu com febre diária por um mês, sendo solicitado o exame cintilográfico de Leucócitos Marcados. A marcação foi realizada na forma in vivo modificada, sendo os leucócitos do próprio pacientes marcados com 99mTc-Pirofosfato e reinjetados para a realização de imagens seriadas com 1, 6 e 24h (imagens estáticas do corpo inteiro e SPECT/CT de tórax, abdômen e pelve). As imagens demonstraram acúmulo anormal do radiotraçador em projeção do pseudocisto. Realizado a punção guiada, resultou

em cultura positiva para pseudomonas multiresistente. A paciente foi tratada e evoluiu com melhora clínica e posteriormente alta hospitalar.

Conclusão: As imagens cintilográficas (SPECT/CT) corroboram e auxiliam na tomada de decisão terapêutica, bem como na correlação anatômica da localização exata do processo infeccioso/inflamatório. Assim sendo, a medicina nuclear atuou como parte integrante e fundamental no desfecho clínico favorável da paciente em questão.

Referencias:

PANCREATITE AGUDA: ETIOLOGIA, APRESENTAÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTO (VOL. 8, N. 1 - ABDOME AGUDO NÃO TRAUMÁTICO); [HTTP://WWW.FBG.ORG.BR/CONTEUDO/196/0/PANCREATITE](http://www.fbg.org.br/conteudo/196/0/PANCREATITE); THRALL, JAMES H.; ZIESSMAN, HARVEY A.. MEDICINA NUCLEAR. 4. ED. BOSTON: SAUNDERS, 2014. 324 P. [HTTP://WWW.RB.ORG.BR/DETALHE_ARTIGO.ASP?ID=2464&IDIOMA=PORTUGUES](http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id=2464&idioma=portugues);

PANCREATITE CRÔNICA DE ORIGEM AUTOIMUNE COM RESPOSTA PARCIAL À TERAPIA COM CORTICOSTEROIDES

Rosa FJM, Paula AM, Lázaro Filho GC, Gonçalves FA, Gonçalves DP, Santos AD, Cunha PAMT, Galvão-Alves J - Serviço de Gastroenterologia, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Introdução: Somente em 1995, uma doença pancreática crônica de etiologia indeterminada, cujo componente fibroinflamatório e rico em células linfoplasmocitárias, foi denominada pancreatite autoimune (PAI). Esta forma única de pancreatite envolve mecanismos autoimunes, como elevação dos níveis séricos de IgG (principalmente IgG4) e presença de autoanticorpos.

Relato de caso: Paciente feminina, 17 anos, branca, natural do Rio de Janeiro-RJ. Aos 11anos, iniciou quadro de náuseas/vômitos e plenitude pós-prandial, sem outros dados relevantes na história clínica. Realizou EDA com achado de esofagite erosiva leve e pesquisa positiva para H. pylori (teste da urease). Medicada com IBP e medidas dietéticas. Após 10 meses, apresentou episódio de dor abdominal epigástrica de forte intensidade, com elevação da amilase sérica (2530U/L). USG Abdome e TC Abdome com achados de “edema pancreático”. Submetida a tratamento clínico para pancreatite aguda, com alta após melhora em 10 dias. Três meses depois, nova internação por quadro semelhante. Ecoendoscopia da vesícula biliar com achado de microcálculos. Foi submetida a colecistectomia laparoscópica. Nova crise álgica e elevação importante de enzimas pancreáticas quatro meses após a cirurgia, com internação por 26 dias e uso de NPT. Submetida a CPRE com papilotomia – saída de bile espessa, com vias biliares intra e extra-hepáticas normais. Novas crises periódicas, com aprofundamento da investigação diagnóstica e achado de FAN positivo e elevação significativa da IgG4. Ecoendoscopia do Pâncreas (com punção ecoguiada) revelando

TEMAS LIVRES

contornos lobulados, associados a uma hipoecogenicidade da glândula e múltiplas imagens hiperecogênicas puntiformes com aspecto em “sal e pimenta”, ducto pancreático principal tortuoso, de calibre normal e com parede hiperecogênica, presença de anticorpos anti-CD4 e CD8. Foi submetida a corticoterapia com Prednisona (1mg/kg) por 4 semanas seguida de desmame gradual. Resposta clínica satisfatória e redução dos níveis de IgG4 inicialmente, porém apresentando novas crises no decorrer do tratamento.

Conclusão: A PAI constitui entidade fibroinflamatória rara, que se diferencia das demais formas de pancreatite pela resposta eficaz à terapia com corticosteroides em curto prazo. Não está claro se os resultados em longo prazo são bons, porque existem muitos fatores desconhecidos, tais como recaída, disfunção pancreática exócrina e endócrina associada e requererem mais pesquisas e estudos na literatura.

INFORMAÇÕES GERAIS

ESTACIONAMENTO:

No prédio do Centro de Convenções, coberto e com preços diferenciados para congressistas. Outras opções próximas ao local.

RESTAURANTE SELF-SERVICE:

Disponível no pavimento dos auditórios.

CREDENCIAL:

Não será permitido o ingresso ao auditório sem o uso do crachá de identificação.

CERTIFICADO:

Os certificados deverão ser retirados na Secretaria ao final do evento ou enviados por e-mail no prazo de até 10 dias após o término do evento.

LOCAL DO EVENTO

Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões | Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo, RJ

SECRETARIA EXECUTIVA



Galppe Eventos

Rua Hilário de Gouveia, 66 / sala 715 - Copacabana

CEP 22040-900 Rio de Janeiro - RJ

Tel.: 55 21 3489-1888 | contato@galppe-eventos.com.br

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



Activia Viagens

Telefone: (21) 2534-7100

APOIO CIENTÍFICO

- Federação Brasileira de Gastroenterologia
- Sociedade Brasileira do Pâncreas
- Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva
- Grupo de Fígado do Rio de Janeiro
- Grupo de Estudo de Doença Inflamatória Intestinal do Brasil

PATROCÍNIO



XXVI GASTREN-RIO

Programa Final - Manual de Temas Livres

Setembro de 2016 no Centro de Convenções CBC-Amil