

**EP-120 - SÍNDROME DE ZOLLINGER-ELLISON: CAUSA RARA DE DIARREIA CRÓNICA**

Luís Maia<sup>1</sup>; Fernando Castro-Poças<sup>1</sup>; José Manuel Ferreira<sup>1</sup>; Francisca Costa<sup>1</sup>; Manuel Teixeira Gomes<sup>1</sup>; Isabel Pedroto<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar do Porto

**Descrição do(s) caso(s) e/ou técnicas apresentadas**

Homem, 43 anos, saudável, referenciado à consulta por diarreia crónica aquosa com dejeções noturnas com dois anos de evolução. Associadamente apresentava pirose, epigastralgias e eritema urticariforme. Do estudo analítico (serológico e fecal), imagiológico e endoscópico realizado inicialmente apenas se destaca uma esofagite péptica e bulbopatia erosiva. As hipóteses diagnósticas eram colite microscópica, endocrinopatia [tumor neurendócrino (TNE), mastocitose sistémica] ou diarreia funcional. A gastrinémia era 250 pg/mL. Iniciou um inibidor da bomba de prótons (IBP) com resolução completa da diarreia. pHmetria sob IBP com refluxo ácido patológico. Foi pedida cintigrafia de recetores da somatostatina que foi negativa e posteriormente PET-68Ga-DOXA-NOC: dois focos de hiper captação na região duodenal, um deles sugestivo de metástase ganglionar. Episódio de hemorragia digestiva alta por úlceras do duodeno distal após suspensão por moto próprio do IBP. TC sem alterações. A ecoendoscopia com punção aspirativa com agulha fina revelou uma lesão nodular cefalopancreática com 5,5mm, com citologia sugestiva de TNE com imunorreactividade para CAM5.2, cromogranina, sinaptofisina e CD56. Ressonância magnética nuclear (RMN) posterior evidenciou lesão pancreática e 2 gânglios suspeitos na sua periferia. Em discussão multidisciplinar optou-se por manter o IBP 40mg bid e vigilância clínica, dado o doente se manter assintomático e ter evidência de doença à distância, com baixa probabilidade de ressecção curativa.

**Motivação/justificação dos autores para a sua apresentação (raridade, inovação, truque, outra).**

A síndrome de Zollinger-Ellison é causada por TNE produtores de gastrina, tem uma incidência anual de 1/milhão e o seu diagnóstico requer um elevado grau de suspeição. Os gastrinomas pancreáticos são mais agressivos, apresentando maior probabilidade de metastização ao diagnóstico. O tratamento é dirigido ao controlo sintomático e da progressão tumoral. Apresenta-se o caso pela sua raridade e pelo interesse da discussão dos meios complementares de diagnóstico utilizados e o melhor tratamento para o doente (cirúrgico vs. farmacológico). Disponibilizam-se imagens de EDA, ecoendoscopia, citologia com imunocitoquímica, cintigrafia, TC, RMN e PET.