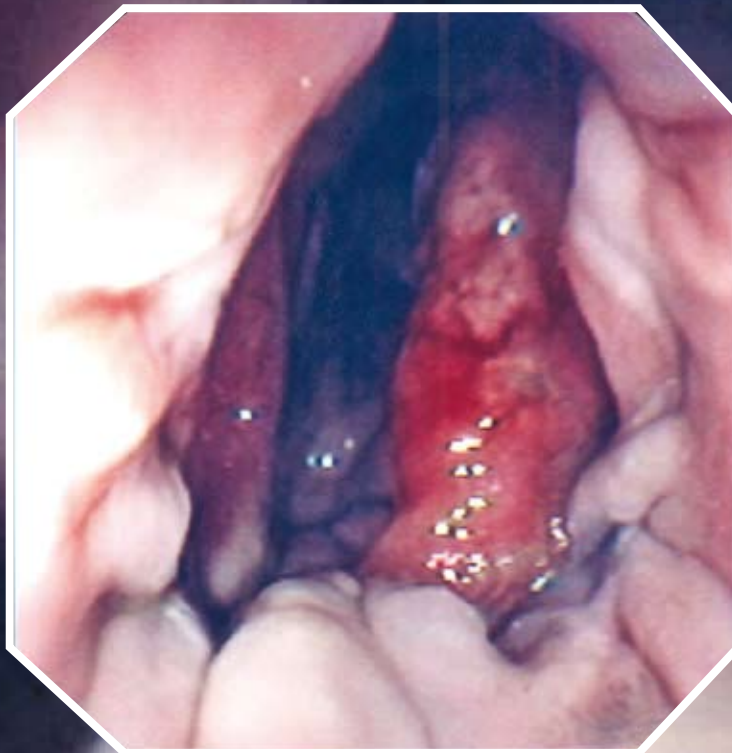


Lesões Gastrintestinais Induzidas
por Anti-inflamatórios Não Esteróides:
Como Reduzir o Risco de Complicações

XXVII Congresso
Nacional de Gastreenterologia

Narrow Band Imaging no Diagnóstico de
Displasia em Doentes com
Doença Inflamatória do Intestino



Sumário

Nota do Editor

4 EDITORIAL

7 O QUE ELES DIZEM
OUTRAS FOTOS

9 O CANTO DO INVESTIGADOR
Narrow Band Imaging (NBI)
no Diagnóstico de Displasia em Doentes
com Doença Inflamatória do Intestino

10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS
A Fisiologia do Esófago e a
Etimologia dos Sintomas Esofágicos

12 TEMA DE REVISÃO
Lesões Gastrointestinais Induzidas por
Anti-inflamatórios Não Esteróides:
Como reduzir o risco de complicações

16 CASO CLÍNICO
Um Tipo Raro de Neoplasia Gástrica

19 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO
Um Caso de Dor Abdominal e Hematoquésias

20 REPORTAGEM
XXVII Congresso Nacional de Gastrenterologia

22 NÓS LÁ FORA
Third-Generation
Cholecystectomy by Natural Orifices:
Transgastric and Transvesical
Combined Approach

22 ENDONEWS RECOMENDA

24 NOVAS TECNOLOGIAS
Narrow Band Imaging:
Bandas Estreitas, Largos Horizontes

“ENDOnews” adquiriu vida própria, afirmando-se como umas das publicações médicas nacionais mais lidas. Assim sendo, ao

Editor”, e aí, os colegas que assim o entenderem, poderão dar conta da sua opinião pessoal sobre um qualquer tema, seja ele de natureza científica, assistencial ou outra.

No essencial, a estrutura da revista manter-se-á inalterada. Assim, neste número é de destacar o editorial do Presidente da Direcção da SPED onde se poderá encontrar a descrição dos objectivos e actividades a desenvolver pela actual Direcção, eleita para o biênio 2007 - 2009. O tema de revisão escolhido – Lesões Gastrointestinais Induzidas por Anti-

inflamatórios Não Esteróides: como reduzir o risco de complicações – é da maior actualidade na prática clínica diária, quer em Medicina Geral e Familiar quer em Gastrenterologia. Chama-se a atenção para a secção “O Canto do Investigador”,

onde, para além de um protocolo de investigação nacional, financiado pela Bolsa de Investigação da SPED 2006, que visa estudar a utilidade do “Narrow band imaging” no âmbito da Doença Inflamatória Intestinal, se dá conta de três projectos europeus patrocinados pela “European Society of Gastrointestinal Endoscopy” (ESGE), em fase de recrutamento de investigadores. O número finaliza com uma reportagem sobre o XXVII Congresso Nacional de Gastrenterologia e de Endoscopia Digestiva.

Pedro Narra Figueiredo



aceitarmos o cargo de Editor desta revista, chamamos a nós a responsabilidade, que não é pequena, de manter a qualidade que lhe foi conferida pelos nossos antecessores.

A linha editorial do “ENDOnews”, que tão boa aceitação tem tido, não será alterada, mantendo-se esta publicação como um espaço de convergência entre a Gastrenterologia e a Medicina Geral e Familiar tendo em vista a melhoria da assistência médica na área da patologia digestiva. É dentro deste espírito que uma nova secção passará a constar na revista. A sua denominação será “Carta ao

Capa:

“Úlcera Solitária do recto”, da autoria de:
José Ramada, Luís Lopes, José Soares, Carlos Pinho
Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo António, Porto
1º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2002

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º 19 • Julho/Setembro 2007. **Director** José Manuel Romãozinho. **Editor** Pedro Figueiredo. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Fernando Pereira, Isabelle Cremers. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** António Moreira, C. Nobre Leitão, Guilherme Macedo, Isabel Claro, Isadora Rosa, Mário Dinis Ribeiro, Paula Chaves, Pedro Figueiredo, Pedro Lage, Sandra Faias, Sara Ferreira, Susana Mão de Ferro. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ICS** Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de Junho. **Produção e Imagem** VFBM - Comunicação, Lda. **Propriedade** VFBM - Comunicação, Lda. **Redacção e Produção** VFBM - Comunicação, Lda. • Edifício Lisboa Oriente Office • Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918 • E-mail: endonews@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** Offset+, Artes Gráficas, S.A. • Amadora. **Tiragem** 10.000 exemplares

Editorial



José Manuel Romãozinho
Presidente da Direcção da SPED

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), associação científica de utilidade pública fundada em 1979, tem como primeiro objectivo a promoção e o desenvolvimento da endoscopia digestiva ao serviço da saúde da população portuguesa. Tendo em mente este preceito estatutário, a Direcção da SPED, eleita para o biénio 2007-2009, propõe-se levar a cabo um conjunto de actividades, subordinado aos seguintes princípios gerais:

- Reforçar a presença e o prestígio da SPED no contexto das associações científicas médicas nacionais, em geral, e das que lhe são afins, em particular;
- Promover uma efectiva representação internacional da SPED, nomeadamente na Europa e no espaço da lusofonia, conferindo-lhe a importância e dignidade requeridas;
- Pugnar pela instituição, no nosso País, de um programa nacional de rastreio do cancro colo-rectal de base populacional, em coerência com a linha estratégica seguida pelas Direcções anteriores;
- Zelar pela qualidade da endoscopia digestiva nacional, promovendo, desenvolvendo e certificando acções idóneas de formação profissional e educação contínua, bem como

contribuindo para a melhoria das condições concretas do seu exercício;

- Estimular a investigação científica na área da endoscopia digestiva, designadamente, apoiando iniciativas e disponibilizando recursos;
- Dar maior visibilidade à endoscopia digestiva nacional, em Portugal e no estrangeiro.

2. Os critérios predominantemente economicistas que têm norteado a acção da Tutela e o estabelecimento de um paradigma de prestação de cuidados de saúde baseado no lucro financeiro – ferindo gravemente princípios e valores de natureza ética e científica – devem necessariamente obrigar a um escrutínio rigoroso da qualidade dos procedimentos praticados, por parte dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos e das Sociedades Científicas Médicas das áreas que lhes correspondem.

Nesta ordem de ideias, dois temas, de indelével relevância, estarão no centro das preocupações da Direcção da SPED para o próximo biénio: a qualidade da endoscopia digestiva e a qualidade na formação e educação médica contínua dos especialistas em gastroenterologia.

O primeiro tema, merecerá um Simpósio internacional a ele exclusivamente dedicado, intitulado “Qualidade em Endoscopia

Digestiva”, a realizar em Lisboa no mês de Novembro de 2008.

Para além disso, serão encomendados, a instituições independentes e cientificamente credíveis, estudos de análise económica dos custos reais dos actos endoscópicos em Portugal, com vista a aprimorar as condições materiais da sua execução e, deste modo, a qualidade dos mesmos.

O segundo tema, ou seja, a qualidade da formação, reciclagem e actualização de conhecimentos dos gastroenterologistas, mormente na área da endoscopia digestiva, será contemplada em diversas acções, algumas decor-



rendo na continuação de iniciativas de Direcções anteriores (bolsas de estágio e investigação, prémio de fotografia endoscópica, “Endo Club Nord”, 5º Curso/6ª Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva, etc...), outras surgindo *de novo*, a saber: prémio para trabalhos científicos nacionais, incidindo sobre matérias da área da endoscopia digestiva, publicados em revistas estrangeiras de prestígio; curso de formação em metodologia

e análise estatística; apoio logístico à retroversão para inglês de estudos no âmbito da endoscopia digestiva; e, por último, estruturação das bases para a criação de um “Centro de Formação e Desenvolvimento em Endoscopia Digestiva” gerido pela SPED, com o apoio de instituições com experiência no ensino pós-graduado e na investigação científica, e o patrocínio de fundações e empresas de algum modo relacio-

nadas com a área da saúde.

3. Tendo presente o aforismo “não há almoços grátis”, pretende a actual Direcção alargar a actividade editorial da SPED, através da publicação de monografias clínicas visando fundamentalmente a medicina familiar, com as quais se espera obter – junto com os proventos adicionais das reuniões de formação para clínicos gerais – uma parte substancial do suporte financeiro necessário para a concretização do plano de actividades da Sociedade para o próximo biénio. Paralelamente, proceder-se-á à actualização

das “Recomendações da SPED” mais antigas e à feitura de novas recomendações, em consonância com os desenvolvimentos e os avanços da arte, bem como a um contínuo aperfeiçoamento do projecto da revista “ENDOnews”, com a criação de novas secções e a promoção de uma maior interactividade com o público leitor. Do mesmo modo, procurar-se-á contribuir para a melhoria do conteúdo e o equilíbrio financeiro do “GE – Jornal Português de Gastrenterologia”, tendo em vista a sua indexação no médio-prazo. Finalmente, e aproveitando o espólio dos prémios de fotografia endoscópica, irá ser editado um “Atlas de Endoscopia Digestiva”, o qual verá a luz no decurso da 6ª Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva em 2009, comemorando os 30 anos de vida da SPED.

4. *Last but not least*, a Direcção da SPED irá manter, sem tergiversar, a pressão sobre a Tutela para a instituição, tão breve quanto possível, de um plano nacional de rastreio do cancro colo-rectal de base populacional. Simultaneamente, procederá à monitorização do programa-piloto de rastreio do cancro colo-rectal promovido pela Sociedade, através de auditorias anuais aos serviços hospitalares aderentes, cujos resultados serão divulgados na revista “ENDOnews”.

O Que ELES Dizem



Henrique Jones

Responsável Clínico da Selecção Nacional de Futebol

A população portuguesa não terá, na perspectiva de prevenção do cancro do cólon e recto, uma alimentação saudável. Existem diversos aspectos, por factores sociais, educacionais ou económicos, que terão de ser alterados nos hábitos dos portugueses.



Resultados de inquérito anónimo da SPED a Clínicos Gerais portugueses

Verificámos que 83% dos Clínicos Gerais identificam o carcinoma do cólon e recto como o tumor de maior mortalidade e 96% conhecem a importância do rastreio. Apenas 40% considera que o Plano Oncológico Nacional está actualizado e adaptado à realidade nacional. Os métodos endoscópicos de rastreio foram os preferidos por 98% dos inquiridos.

Outras Fotos



Sem Título
por Vítor Silva

O Canto do Investigador

Narrow Band Imaging (NBI) no Diagnóstico de Displasia em Doentes com Doença Inflamatória do Intestino

Tendo como investigador principal o Dr. Pedro Pereira, Assistente Hospitalar de Gastroenterologia do Hospital de São Marcos, Braga (Director: Prof. Doutor Guilherme Macedo), decorre o projecto “Narrow Band Imaging (NBI) no diagnóstico de displasia em doentes com doença inflamatória do intestino” com a duração provável de 12 meses e sob financiamento da Bolsa de Investigação da SPED 2006.

Os doentes com Doença Inflamatória do Intestino (DII) têm um risco acrescido de morte por Cancro Colo-rectal (CCR), que aumenta com o tempo de duração da doença. O risco de desenvolvimento de CCR na Colite Ulcerosa é de cerca de 18% aos 30 anos e um risco semelhante tem sido descrito para doentes com Doença de Crohn que atinge o cólon. Nestes doentes, a vigilância por colonoscopia reduz o risco de CCR e permite a detecção de lesões em fase precoce, mas mesmo com exames meticulosos algumas lesões pré-malignas podem não ser detectadas com colonoscopia convencional.

As lesões pré-malignas em doentes com DII são de difícil diagnóstico, e o uso de técnicas como a cromoendoscopia de ampliação permite aumentar a acuidade diagnóstica para seleccionar áreas suspeitas de displasia quando comparadas com a obtenção de biopsias escalonadas. No entanto, o aumento do tempo de exame e a necessidade de equipamento adicional têm limitado o seu uso sistemático na vigilância destes doentes.

A Narrow Band Imaging (NBI) é uma técnica endoscópica que usa filtros de luz para melhorar o contraste da mucosa, permitindo uma melhor visualização dos capilares. Devido às características biológicas dos tecidos, a luz de banda estreita é absorvida e dispersada na mucosa de maneira diferente da luz branca. Isso realça o contraste entre os pequenos vasos e permite detectar lesões pré-malignas, pois estas possuem uma rede vascular mais exuberante. O uso simultâneo de ampliação permite avaliar detalhadamente o padrão morfológico epitelial (criptas) da lesão e assim prever o risco de malignidade. Como as imagens obtidas são semelhantes à cromoendoscopia é por vezes intitulada de “cromoendoscopia digital”. No entanto, o seu uso é mais simples e fácil, o que pode favorecer a sua aplicação sistemática na vigilância destes doentes no futuro.

Esta técnica tem sido usada com algum sucesso no esófago e estômago, mas poucos estudos avaliaram a sua utilidade no cólon. Com este estudo, os investigadores pretendem determinar a frequência e as características das lesões suspeitas de displasia detectadas por colonoscopia de ampliação com NBI, em doentes com doença inflamatória do intestino, e correlacionar esses achados com os resultados da anatomia patológica.

O estudo envolverá doentes com doença inflamatória do intestino (colite ulcerosa e colite de Crohn) com duração superior ou igual a oito anos, que serão submetidos a colonoscopia

total com ileoscopia, usando o aparelho GIF CF-H180 da marca Olympus®, avaliando-se a extensão e actividade endoscópica da doença e caracterizando-se as alterações da mucosa observadas segundo o padrão de criptas e vascularização após utilização de ampliação, considerando o resultado histológico das biopsias como teste de referência.

Bibliografia

- Eaden J. Review article: colorectal carcinoma and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 20:24-30.
- Kiesslich R et al. Methylene blue-aided chromoendoscopy for the detection of intraepithelial neoplasia and colon cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 2003; 124:880-8.
- Sharma P et al. The utility of a novel narrow band imaging endoscopy system in patients with Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc.* 2006; 64:167-75.
- Kara MA et al. Detection and classification of the mucosal and vascular patterns (mucosal morphology) in Barrett's esophagus by using narrow band imaging. *Gastrointest Endosc.* 2006; 64:155-66.
- Hamamoto Y et al. Usefulness of narrow-band imaging endoscopy for diagnosis of Barrett's esophagus. *J Gastroenterol.* 2004; 39:14-20.
- Uedo N et al. A new method of diagnosing gastric intestinal metaplasia: narrow-band imaging with magnifying endoscopy. *Endoscopy.* 2006; 38:819-24.

A “European Society of Gastrointestinal Endoscopy” (ESGE), através da sua Comissão de Investigação, convida os membros da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva a integrarem três projectos de investigação:

1. EUROSQUAM – um estudo sobre a incidência do carcinoma epidermóide do esófago em doentes com carcinoma do ouvido, nariz e garganta
2. EUROBA – um estudo sobre a vigilância dos pacientes com esófago de Barrett
3. EUROBIL – um estudo sobre a eficácia e segurança da esfínterectomia na pancreatite aguda biliar.

Os protocolos estão disponíveis na página www.esge.com (Research), decorrendo “on-line”, através da mesma página, as candidaturas individuais a cada um dos projectos.



- Yao K et al. Novel magnified endoscopic findings of microvascular architecture in intramucosal gastric cancer. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56:279-84.
- Nakagawa S et al. Relationship between histopathologic gastritis and mucosal microvascularity: observations with magnifying endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2003; 58:71-5.
- Dekker E, et al. The value of narrow band imaging for the detection of dysplasia in longstanding ulcerative colitis (abstract). *Gastroenterology* 2004; 126:A77.
- Dekker E et al. Narrow band imaging for improved pit pattern imaging in colonic polyps (abstract). *Gastroenterology* 2004; 126:A625-A626.
- Kudo S et al. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1996; 44:8-14.

Mário Dinis Ribeiro
IPOFG, Porto

Consultório de Palavras por Fausto Pontes

A Fisiologia do Esófago e a Etimologia dos

As funções habitualmente descritas para o esófago são de natureza motora e neuromuscular, e compreendem o transporte do alimento da boca e faringe para o estômago (pela peristalse primária, eventualmente completada pela peristalse secundária) e o impedimento (pelos chamados mecanismos anti-refluxo) do retrocesso, ao esófago, do mesmo alimento, já mais ou menos modificado pelas secreções digestivas.

Mas há outras funções esofágicas menos lembradas, que dependem de dispositivos e mecanismos não menos complexos, de natureza sensorial, que envolvem os três sentidos químicos: o olfacto, o gosto, e o sistema nociceptivo do trigémio. Qualquer destes sistemas detecta componentes químicos muito diversos e numerosos no alimento (ou no refluxado) que acedeu à boca, à faringe, ou às cavidades nasais, mas também ao esófago, e têm uma grande influência quer na identificação do que convém ao organismo e lhe é ou não agradável, favorecendo o ajustamento fisiológico ao melhor aproveitamento de nutrientes em cada momento, quer no reconhecimento daquilo que é desagradável, não convém, ou é potencialmente nocivo.

Estas qualidades são sempre apreciadas ao ingerir os alimentos enquanto estes são aproximados da boca (e do nariz) ou são aí tratados inicialmente; mas sabe-se também como os componentes moleculares dos alimentos são “preferidos” e seleccionados conforme as necessidades do organismo em cada instante (por o exemplo, o teor de sal ou de açúcares). Sabe-se também que cada tipo de molécula de gostante ou odorante tem o seu receptor sensorial (quase) específico, e que a distribuição geográfica destes receptores na mucosa obedece a uma estratégia fisiológica para o reconhecimento do que interessa ingerir e a identificação e pronta rejeição do que constitui um perigo

se ingerido. Isto traduz-se, por exemplo, na maior densidade dos receptores do gosto do doce, do sal, e do ácido nas células e gomos (e papilas) gustativas da parte anterior da língua, que asseguram a sua selecção, enquanto os receptores dos gostantes amargos (geralmente associados ao que é tóxico) se situam nas papilas circunvaladas da região posterior da língua, os quais, detectando-os, promovem a suspensão imediata da deglutição e a rejeição do alimento.

O olfacto, que compreende uma variedade muito maior de receptores a odorantes (voláteis), completam o processo de avaliação sensorial do alimento, facilitando a resposta



que visa quer a selecção e aproveitamento quando ele interessa, quer a sua rejeição (pela repugnância, náusea, ou vômito) quando ele é potencialmente nocivo.

O sentido químico do trigémio diz respeito a receptores da boca, faringe, fossas nasais, e esófago, que detectam (pela dor e pela reacção motora) os componentes irritantes que acidentalmente entram em contacto com a mucosa.

Se isto tudo ocorre com o material ingerido (ou inspirado) a partir do exterior, também acontece, embora de maneira não tão aparente, com o material refluído do estômago para o esófago, orofaringe, e (para os componentes voláteis) para as cavidades nasais. Os sentidos químicos contribuem muito para

a “composição” da sintomatologia esofágica do refluxo; e compreende-se que, podendo o refluxado conter uma grande variedade de moléculas (do alimento e das secreções digestivas), o produto sintomático final seja variável e reflecta a variedade dessas moléculas e a diversa sensibilidade sensorial individual, embora percebê-lo seja sempre desagradável. Por outro lado, poderá ser útil lembrar que qualquer das células sensoriais dos sistemas químicos, para além dos receptores específicos das moléculas de odorantes, gostantes, e irritantes, dispõem de canais iónicos na membrana (de Na⁺, H⁺, K⁺, Cl⁻, e de Ca⁺⁺) que influenciam a voltagem da

membrana celular e dela dependem também, e intervêm, através desses efeitos, sobre a transmissão sináptica com a fibra nervosa aferente. Ora alguns desses canais iónicos, são modificados por algumas hormonas (como a aldosterona e a hormona antidiurética), assim como por fármacos, como diuréticos e bloqueantes do cálcio e do protão. Deste modo, é admissível que a medicação corrente de cada doente influencie não só o paladar e o apetite selectivo de cada alimento, como o matiz final dos sintomas do refluxo

gastro-esofágico.

Não cabendo rever aqui, mais do que acabo de fazer, quanto diz respeito àqueles sentidos químicos, é agora oportuna uma referência a alguns dos sintomas esofágicos.

Disfagia

Tem origem na palavra grega δυσφαγία, que se compõe de δυσ (dis, prefixo que significa mal, alteração anormal) + φαγ (fag, raiz que significa comida ou comer) + ία (ia, sufixo de substantivo).

Como sintoma, traduz a percepção da dificuldade em fazer processar o transporte do alimento da boca ou faringe ao estômago, e ao mesmo tempo a percepção da localização aproximada da região onde o obstáculo

Sintomas Esofágicos

se situa no esófago e a montante do qual o alimento entretanto ingerido se acumula. A alteração original que gera a dificuldade do trânsito pode ser dolorosa, ou pode responder com dor à pressão ou à distensão pelo alimento acumulado.

Pirose

A palavra vem do grego πυροσις: πυρ (pir, fogo) + σις (ose, sufixo significando doença), e quer dizer uma alteração anormal que consiste numa sensação de fogo ou queimadura.

É pois uma sensação de ardor (ou queimação, como se ouve no Brasil), ou dor que queima (ou calor que dói), localizada a uma parte ou

vez, tem certamente que ver com o sistema quimio-sensorial do trigémio, cujas aferências atingem áreas do córtex sensorial somático; e a sensibilidade limiar dos receptores esofágicos deste sistema baixa certamente pela concomitância de outros estímulos e pela inflamação.

A sensação de ardor não significa que a temperatura esteja localmente mais elevada, e não é modificada, por exemplo, pela bebida fria; mas pode ser acentuada pela ingestão de bebida quente.

Ardor, dor, sabor ácido, outros sabores e outros odores, são pois aspectos que podem encontrar-se misturados na pirose.



a toda o esófago. É frequentemente associado ao ácido clorídrico da secreção gástrica no refluxo gastro-esofágico; mas, mesmo nestas circunstâncias, a sensação não é igual à do gosto ácido quando o protão estimula as células gustativas específicas do ácido na língua. Dado, porém, que existem, no terço proximal do esófago, células gustativas desse tipo, o refluxo ácido, quando atinge aqueles níveis, pode contribuir para conferir algum gosto ácido ao sintoma.

O chamado refluxo alcalino poderá não ter protões, mas a presença de bilis e de outros componentes duodenais pode originar “gostos” ou “odores” adicionais que se juntam à pirose original, modificando-a.

A tonalidade dolorosa da pirose, por sua

quele sentido geral da raiz.

No latim são exemplos os seguintes:

- acetum, i: vinho azedo, vinagre;
- acidum, a, um: que tem sabor azedo ou ácido; substância ácida;
- acies, ei: bordo afiado de uma arma;
- acumen, inis: uma ponta afiada;
- acus, us: agulha, prego.

No grego são exemplos os seguintes:

- ακις, ιδος: objectos pontiagudos;
- ακρο-πολις: cidade alta, cidadela, acrópole;
- ακρος, α, ον: extremo, o mais alto;
- ακρ-ωπεια, ας: cume de uma montanha.

No grego há ainda uma outra raiz para o mesmo sentido, que deu palavras equivalentes:

- οζυς, εια, ν: agudo, pontiagudo, penetrante, acre ou ácido;

- οζος: vinagre.

Vem a propósito lembrar que as células parietais, secretoras do ácido clorídrico, e as glândulas gástricas onde essas células se encontram, se chamam também oxínticas.

Azia, pois, quando aplicada a sintoma de refluxo gastro-esofágico, atribui-lhe ao mesmo tempo uma causa “etimológica”, mesmo quando essa não seja sempre a causa “etiológica” e apesar dos diversos componentes sensoriais envolvidos: o ácido ou o azedume que se formou e depois apareceu no esófago.

Regurgitação

Esta palavra vem do latim regurgitare: que quer dizer regresso repetido (do alimento) à garganta.

Como sintoma, pode definir-se como a percepção do movimento de conteúdo gástrico para o esófago, pelo menos nas suas características físicas (volume e consistência) e na extensão do órgão que ele atinge nesse movimento. Envolve, como se compreende, a inervação do tipo somático, distribuída sobretudo à metade proximal do esófago. O mesmo material regurgitado é simultaneamente apreciado pelos sentidos químicos, os quais detectam outras qualidades e outras sensações, conforme os estímulos presentes.

Odinofagia

Esta palavra vem do grego οδινοφαγια que se compõe de οδυνη (odino, raiz que significa dor) + φαγ (fag, raiz que significa comida, comer) + ia (ia, sufixo de substantivo).

É a dor (no esófago) despertada pelo alimento durante a deglutição, não tanto pela natureza especialmente agressiva da sua composição mas principalmente pela hipersensibilidade dos receptores nervosos da dor associada a lesão ou a outros estímulos concomitantes. Quando a dor é causada pelo material ingerido, porque ele próprio é irritante e agressivo, toda a mucosa com a qual ele entra em contacto está envolvida na dor. Mas, se a dor precede a deglutição e persiste para além dela, pode dizer-se que escapa já à definição de odinofagia e é então simplesmente dor esofágica.

Tema de Revisão

Lesões Gastrointestinais Induzidas por Anti-inflamatórios Como Reduzir o Risco de Complicações

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) são fármacos frequentemente utilizados no tratamento de várias doenças, em particular do foro reumatológico. Nos Estados Unidos da América, estima-se que 20 milhões de indivíduos consumam regularmente AINE, número que adquire particular

relevo na população geriátrica, cuja prevalência de consumo varia entre 10 e 15%. Um estudo realizado no Estado de Minnesota e que incluiu indivíduos com idade superior a 65 anos, concluiu que pelo menos 70% dos inquiridos ingeriam AINE, ácido acetilsalicílico ou ambos uma ou mais vezes por semana e que 34% o faziam diariamente.

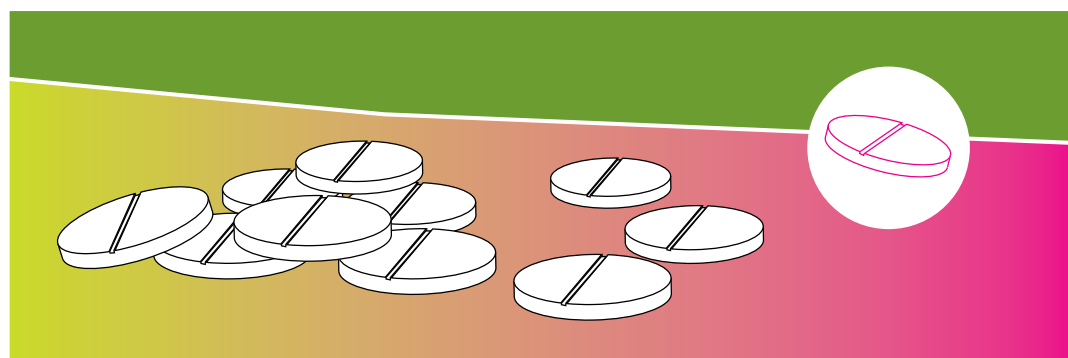
Os médicos de família são os principais prescretores deste grupo de medicamentos. No entanto, é prudente lembrar que o acesso a estes de fármacos sem receita médica é relativamente fácil, e que a automedicação constitui, nesta área, um verdadeiro problema.

Entre 1 e 4% dos indivíduos que consomem AINE durante um

ano desenvolvem efeitos gastrointestinais graves. A hemorragia digestiva alta por úlcera péptica, muitas vezes não precedida por quaisquer sintomas, é o principal evento adverso associado ao uso de AINE. No entanto, é necessário não esquecer que os efeitos destes fármacos também se fazem sentir ao nível do intestino delgado e do cólon, ao aumentarem a permeabilidade intestinal e os riscos de hemorragia, estenose, perfuração e malabsorção proteica. Através da utilização crescente da videocápsula endoscópica foi demonstrado que cerca de metade dos indivíduos que consomem AINE apresentam lesões da mucosa do intestino delgado, embora não seja ainda claro qual o significado de algumas destas lesões.

Quer os AINE, quer o ácido acetilsalicílico, são responsáveis por efeitos adversos *major* a nível do tubo digestivo, nomeadamente por inibirem ambos os subtipos da enzima ciclooxigenase (COX), o que se reflecte na diminuição da produção de prostaglandinas, um dos principais mecanismos de defesa da mucosa do aparelho gastrointestinal. Têm também efeitos tópicos nocivos, nomeadamente diminuição do fluxo sanguíneo, aumento da permeabilidade da mucosa e, a nível gastro-duodenal, redução da secreção de muco e aumento da secreção ácida.

A inibição selectiva da COX-2, subtipo presente quase exclusivamente nos processos inflamatórios, permite, em teoria, obter o efeito anti-inflamatório destes medicamentos e, ao mesmo tem-



Quadro 1

Factores de risco para o desenvolvimento de úlcera péptica em utilizadores de anti-inflamatórios não esteróides

Factores relacionados com o indivíduo
História de úlcera péptica complicada (em particular HDA)
História de úlcera péptica não complicada
Idade superior a 60-65 anos
Consumo concomitante de ácido acetilsalicílico, anticoagulantes orais e corticóides
Consumo concomitante de dois ou mais AINE
Co-morbilidades graves (doenças cardiovasculares, insuficiência renal, insuficiência hepática)
Alcoolismo crónico
História de dispepsia*
Tabagismo*
Factores relacionados com o AINE
Tipo
Dose

HDA - Hemorragia Digestiva Alta; AINE - anti-inflamatório não esteróide

* Controverso

Não Esteróides:

po, diminuir as lesões por eles induzidas ao nível do aparelho digestivo, rim e plaquetas, entre outros. No entanto, a utilização de inibidores selectivos da COX-2 foi recentemente associada a um aumento do risco cardiovascular, o que tem comprometido a sua aceitação como substitutos dos AINE clássicos. Por outro lado, apesar de apresentarem um perfil de segurança mais favorável em relação aos efeitos gastrointestinais, não são totalmente seguros, nomeadamente nos grupos de maior risco. É ainda de salientar que a vantagem dos inibidores selectivos da COX-2 em termos de perfil de segurança é perdida quando a eles se associa o consumo de ácido acetilsalicílico.

Factores de risco

O risco da utilização de AINE, em particular no que se refere à probabilidade de ocorrência de episódios de hemorragia digestiva alta na dependência de úlcera péptica, não é igual em todos os indivíduos. Nesta perspectiva, foram definidos alguns factores associados a um aumento do risco, que se encontram discriminados no quadro 1 e para os quais se identificaram riscos relativos diferentes. A presença de antecedentes de úlcera péptica complicada, em particular por hemorragia digestiva, constitui o factor de maior risco, seguido pela associação de múltiplos AINE ou de AINE e ácido acetilsalicílico, pela toma de doses elevadas de AINE e pela associação com anticoagulantes orais. Também o tipo de AINE e a dose do mesmo con-

ditionam importantes variações no risco de desenvolvimento de úlcera péptica, o que depende maioritariamente da capacidade de inibição da enzima COX. Para dosagens equivalentes, estudos *in vitro* determinaram maior toxicidade para os AINE cetorolac, flurbiprofeno, cetoprofeno e indometacina, em comparação com outros como ibuprofeno, diclofenac ou nimesulida – em cada grupo, nomeados por ordem decrescente de risco. Permanece por esclarecer se estes resultados são válidos *in vivo*. Em relação à dosagem, dados da literatura descrevem maior segurança na utilização de ibuprofeno e diclofenac em doses não superiores a 1200 mg/dia e 150 mg/dia, respectivamente. Para a maioria dos AINE, não há dados disponíveis que permitam concluir em relação às doses mais seguras, referindo-se apenas as doses máximas aconselhadas.

Estratégias de prevenção

Tendo em conta os factores de risco apontados, é possível definir estratégias que limitem os efeitos adversos destes fármacos – quadro 2.

Numa perspectiva de custo-efectividade, a utilização concomitante de um inibidor da bomba de prótons (IBP) e a substituição de um AINE clássico por um inibidor selectivo da COX-2 são as duas principais estratégias de prevenção dos efeitos adversos dos AINE no tubo digestivo. Nos indivíduos com maior risco, em particular no grupo com antecedentes de úlcera péptica compli-

Quadro 2 Regras de prevenção dos efeitos adversos dos anti-inflamatórios não esteróides

Utilizar a menor dose efectiva do medicamento, durante o menor período de tempo possível

Utilizar o AINE menos ulcerogénico

Considerar sempre os riscos gastrointestinais e cardiovasculares do doente antes de prescrever um AINE

Na presença de factores de risco, considerar:

- A associação de um IBP
- A utilização de um inibidor selectivo da COX-2
- A erradicação da *Helicobacter pylori*, se presente

IBP - inibidor da bomba de prótons; AINE - anti-inflamatório não esteróide

cada por hemorragia digestiva, deverá considerar-se a aplicação de ambas as estratégias.

A erradicação da *Helicobacter pylori* previamente ao início da terapêutica crónica com AINE poderá constituir uma estratégia de prevenção adicional, mas com a ressalva de que não deverá ser a única para atingir a protecção ideal nos indivíduos com factores de risco. Não está demonstrado que a erradicação da bactéria em indivíduos cronicamente medicados com AINE seja eficaz na prevenção das complicações da úlcera péptica. No entanto, aconselha-se a erradicação nos indivíduos com antecedentes de úlcera péptica complicada ou não complicada e nos que estão medicados com ácido acetilsalicílico. Relativamente ao desenvolvimento de úlcera péptica e suas complicações, é possível definir três graus de risco para a utili-

zação de AINE:

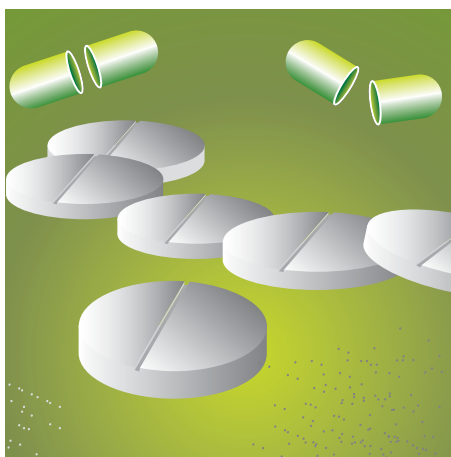
- **Baixo** (= ausência de factores de risco). Neste caso, as estratégias de prevenção assentam na utilização do AINE menos ulcerogénico durante o mínimo de tempo possível e na menor dose que proporcione alívio sintomático;
- **Intermédio** (= um ou dois factores de risco). A maior parte dos utilizadores de AINE, ou seja, os indivíduos com mais de 65 anos de idade, incluem-se neste grau de risco. As estratégias de prevenção aconselhadas assentam na associação de um IBP ou na escolha de um inibidor selectivo da COX-2 em alternativa aos AINE clássicos;
- **Elevado** (= antecedentes de úlcera péptica complicada, múltiplos factores de risco ou utilização concomitante de ácido acetilsalicílico ou anticoagulantes orais). Em rigor, a utilização

de AINE neste grupo de doentes deve ser bem ponderada, pois comporta riscos significativos. Actualmente, a estratégia de prevenção mais eficaz parece ser a associação de um inibidor selectivo da COX-2 a um IBP.

Na prática, a decisão de medicar um doente com um AINE, especialmente se se tratar de um idoso, com comorbidade(s) e polimedicação, deve ter em conta não só o risco gastrointestinal associado, como também o risco cardiovascular. Estes dois tipos de risco interagem em diferentes perspectivas:

- As doenças cardiovasculares constituem factores de risco gastrointestinais independentes;
- Alguns factores de risco gastrointestinais, como o consumo de álcool e o tabagismo, também o são para as doenças cardiovasculares;
- Na presença de risco cardiovascular elevado, ou seja, história de acidente vascular cerebral ou de cardiopatia isquémica ou probabilidade de evento cardiovascular *major* superior a 10% nos 10 anos seguintes (de acordo com a *American Heart Association*), está indicada a anti-agregação plaquetária crónica;

- Os inibidores selectivos da COX-2 foram recentemente associados a um aumento do risco cardiovascular, pelo que a sua utilização deve ser evitada, tanto quanto possível, nos doentes com risco cardiovascular elevado;
- Também os AINE clássicos au-



mentam o risco cardiovascular (com excepção do naproxeno), embora em menor escala.

Perante estes dados, é possível estabelecer recomendações para a utilização mais segura de AINE, tendo em conta os riscos gastrointestinal e cardiovascular – quadro 3.

Refira-se ainda que o risco de desenvolvimento de úlcera péptica é comparável para os diferentes antiagregantes plaquetários (ácido acetilsalicílico, ticlopidina, clopidogrel), pelo que as reco-

mendações são válidas para todos. Caso se registem efeitos adversos, não há vantagem na substituição de qualquer destes fármacos por outro com acção anti-agregante.

Conclusões

A utilização de AINE e de ácido acetilsalicílico é muito frequente. Estes fármacos associam-se a complicações gastrointestinais, pelo que os indivíduos com factores de risco devem ser alvo de estratégias de prevenção dos seus efeitos adversos, nomeadamente através da associação de um inibidor da bomba de prótons. A preferência por um inibidor selectivo da COX-2 é outra alternativa de prevenção, com a ressalva de que esta classe de medicamentos aumenta o risco cardiovascular e poderá não ser suficiente nos grupos de risco gastrointestinal mais elevado. A terapêutica de erradicação da *Helicobacter pylori* deverá ser encarada, para já, como uma estratégia complementar de redução do risco.

Referências

1. Hawkey CJ, Langman MJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: overall risks and management. *Complementary*

roles for COX-2 inhibitors and proton pump inhibitors. *Gut* 2003; 52:600-8.

2. Chan FK, Wong VW, Suen BY, et al. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind, randomised trial. *Lancet* 2007; 369:1621-6.

3. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, et al. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2007; 115:1634-42.

4. Lanas A, Ferrandez A. Inappropriate prevention of NSAID-induced gastrointestinal events among long-term users in the elderly. *Drugs Aging* 2007; 24:121-31.

5. Chan FK. Primer: managing NSAID-induced ulcer complications - balancing gastrointestinal and cardiovascular risks. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2006; 3:563-73.

6. Laine L, Smith R, Min K. Systematic review: the lower gastrointestinal adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:751-67.

Sara Ferreira, Isabel Claro, C. Nobre Leitão
Serviço de Gastrenterologia - IPOLFG, EPE

Quadro 3
Recomendações para o uso de anti-inflamatórios não esteróides, de acordo com os riscos gastrointestinal e cardiovascular

		RISCO GASTROINTESTINAL		
		Baixo	Moderado	Elevado
RISCO CARDIOVASCULAR	Baixo	AINE menos ulcerogénico na dose mínima eficaz	AINE+IBP ou inibidor selectivo da COX-2	Inibidor selectivo da COX-2+IBP
	Elevado	AINE*+IBP**	AINE*+IBP	Evitar AINE e inibidores selectivos da COX-2

IBP - inibidor da bomba de prótons; AINE - anti-inflamatório não esteróide; COX-2 - ciclooxigenase tipo 2

* Preferencialmente naproxeno

**A necessidade de associar um IBP deve-se ao facto de os doentes com risco cardiovascular elevado necessitarem de anti-agregação plaquetária

Caso Clínico

Um Tipo Raro de Neoplasia Gástrica

Isadora Rosa¹, Isabel Claro¹, Pedro Lage¹, Paula Chaves², Sandra Faias¹, Susana Mão de Ferro¹, António Moreira³,
Serviços de ¹Gastroenterologia, ²Anatomia Patológica e ³Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, EPE

Doente do sexo feminino, 77 anos, caucasiana, referenciada à consulta de Gastroenterologia por quadro clínico com três meses de evolução constituído por epigastralgias com irradiação dorsal, em cinturão, sem factores de alívio ou agravamento, nomeadamente sem relação com a ingestão de alimentos. Referia ainda astenia, anorexia e uma perda ponderal de cerca de 5% do peso corporal habitual. Negava disfagia, náuseas ou vômitos, bem como perdas hemáticas visíveis pelo tubo digestivo.

Apresentava antecedentes pessoais de hipertensão arterial, controlada com candesartan + hidroclorotiazida e doença pulmonar obstructiva crónica medicada com broncodilatadores inalados nas agudizações. Negava consumo de anti-inflamatórios não esteróides, hábitos alcoólicos ou tabágicos e os antecedentes familiares eram irrelevantes.

Ao exame objectivo encontrava-se emagrecida, pálida e apresentava massa dolorosa palpável na região epigástrica e hipocôndrio esquerdo. Cerca de um mês antes da referenciação, o médico assistente da doente tinha requisitado uma tomografia computadorizada (TC) abdominal, que identificou apenas espessa-

mento difuso da parede gástrica. Foi então realizada endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou lesão infiltrativa e ulcerada do fundo e corpo gástricos, cujas biopsias foram sugestivas de carcinoma pouco diferenciado. Iniciou medicação com ferro oral e inibidor da bomba de prótons.

Na investigação efectuada no nosso Instituto documentou-se a existência de anemia ferropénica (Hb - 9,2 g/dL) e elevação da desidrogenase láctica (LDH - 888 U/L). A repetição da EDA confirmou extensa lesão gástrica (figura 1), cujas biopsias identificaram um carcinoma neuroendócrino de células pequenas (MNF+ e Cromogranina A+) com Ki-67 >90% (figuras 2 e 3). A ecoendoscopia efectuada para *estadiamento* mostrou a lesão circunferencial gástrica que ultrapassava a serosa e não apresentava plano de clivagem com o lobo hepático esquerdo, nem com o corpo do pâncreas, traduzindo provável invasão destes órgãos, múltiplas adenopatias peri-gástricas e do mediastino inferior com características metastáticas e derrame peritoneal peri-gástrico sugestivo de carcinomatose peritoneal (figura 4). Uma nova TC toraco-abdominal, efectuada dois meses após a inicial, confirmou o espessamento difuso da parede gástrica e mostrou extenso envolvimento adenopático do tronco celíaco, retro-peritoneal, retro-crural e no ângulo cardio-frénico esquerdo, com escasso derrame pleural adjacente e uma lesão nodular hepática (figura



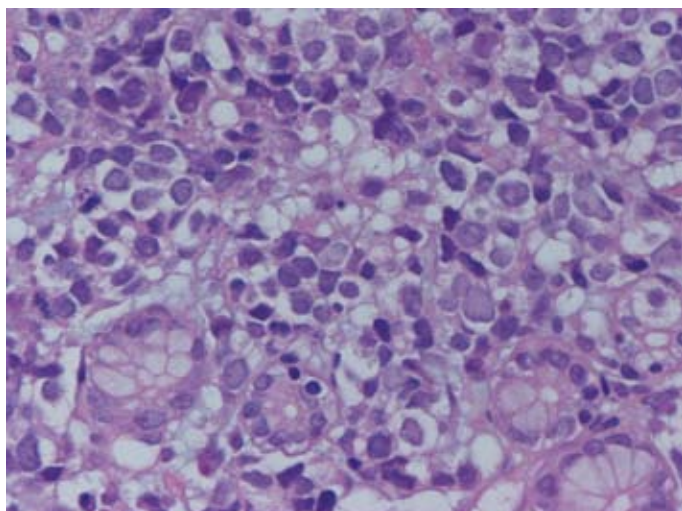
Endoscopia Digestiva Alta: lesão infiltrativa e ulcerada do corpo gástrico

5). A cintigrafia dos receptores da somatostatina (Octreoscan) não mostrou focos de captação anómala.

A doente necessitou de suporte transfusional significativo com concentrado de eritrócitos e controlo algico com opiáceos. Efectuou quimioterapia sistémica com paclitaxel, carboplatina e etoposido, com resposta imagiológica parcial após os dois primeiros ciclos e posterior progressão tumoral, tendo vindo a falecer quatro meses após o início do tratamento.

COMENTÁRIO

Os carcinomas endócrinos pouco diferenciados do estômago são raros, constituindo menos de 2% dos carcinomas gástricos e cerca de 5% dos tumores endócrinos deste órgão. A sua incidência é, no entanto, provavelmente subestimada uma vez que podem ser classificados incorrectamente como carcinomas indiferenciados, tal como aconteceu inicialmente neste caso clínico (1, 2). São considerados tumores altamente malignos, pertencendo ao grupo 3 da Classificação da OMS para os tumores neuroendócrinos (3). Apesar da classificação mais conhecida para os tumores neuroendócrinos do estômago, distinguir os tipos I, II e III (4), dependendo da ausência (tipo III) ou da presença de hipergastrinémia (tipos I e II), ela apenas é aplicável aos tumores e carcinomas bem diferenciados, não podendo portanto ser utili-



Infiltração da mucosa gástrica por neoplasia maligna indiferenciada de células pequenas. HE 400x

C. Nobre Leitão¹.

zada neste caso.

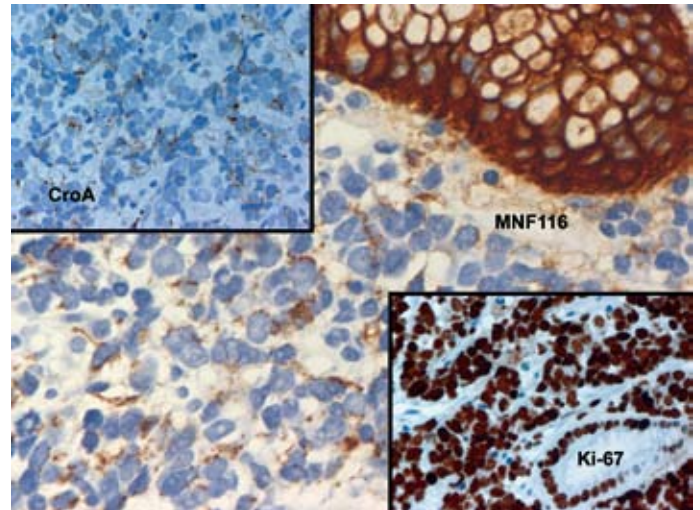
Os carcinomas endócrinos pouco diferenciados do estômago surgem mais frequentemente no sexo masculino, com uma média de idades de diagnóstico de 64 anos (5, 6). A maioria dos doentes apresenta doença metastática local ou à distância na altura do diagnóstico (1).

O relatório anátomo-patológico dos tumores neuroendócrinos deve incluir informação relativa ao índice de proliferação do tumor (Ki-67), considerando-se um valor >15-20% nos tumores gástricos indicativo de mau prognóstico (2,7).

O Octreoscan, fundamental para um *estadiamento* adequado de muitos tumores neuroendócrinos, parece apresentar um valor reduzido nos casos pouco diferenciados, ao contrário da Tomografia de Emissão de Positrões (1). No presente caso, e uma vez que não condicionaria uma atitude clínica diferente, optámos por não a realizar.

Quando não é possível efectuar cirurgia de intenção curativa, o que acontece frequentemente nestes tumores, a terapêutica citostática recomendada inclui a associação de cisplatina ou carboplatina e etoposido (1). O prognóstico destes carcinomas é reservado, estimando-se uma sobrevivência média de sete meses (8).

Expressão de citoqueratinas (MNFI16) e Cromogranina A pelas células neoplásicas. Ki-67 >90%. 400x



BIBLIOGRAFIA

1. Nilsson O, Van Clusten E, Delle Fave G, et al. Poorly Differentiated Carcinomas of the Foregut (Gastric, Duodenal and Pancreatic). *Neuroendocrinol* 2006; 84:212-215.
2. Eriksson B. Management of Endocrine Foregut Tumours. *Neuroendocrinol* 2004; 80:394-424.
3. Solcia E, Klöppel G, Sobin LH et al. *Histological Typing of Endocrine Tumors*. World Health Organisation. 2nd edition. Berlin: Springer; 2000 p.1-5.
4. Rindi G, Luinetti O, Cornaggia M et al. Three subtypes of gastric argyrophil carcinoma and the gastric neuroendocrine carcinoma: a clinicopathological study. *Gastroenterol* 1993;104:994-1006.
5. Namikawa T, Kobayashi M, Okabayashi T et al. Primary gastric small cell carcinoma: report of a case and review of the literature. *Med Mol Morphol* 2005; 38:256-261.
6. Kusayanagi S, Konishi K, Miyasaka N et al. Primary small cell carcinoma of the stomach. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18:743-747.
7. Williams GT. Endocrine tumours of the gastrointestinal tract – selected topics. *Histopathol* 2007; 50:30-41.
8. Rindi G, Bordi C, Rappel S, et al. Gastric Carcinoids and Neuroendocrine Carcinomas: Pathogenesis, pathology and behaviour. *World J Surg* 1996; 20:168-172.

Imagem de TC: espessamento difuso da parede gástrica e extenso envolvimento ganglionar intra-abdominal



Imagem de Ecoendoscopia: lesão gástrica (T) com provável invasão do lobo esquerdo do fígado (FIG) e do pâncreas

Instantâneo Endoscópico

Um Caso de Dor Abdominal e Hematoquésias

Sara Ferreira, Pedro Lage, Carlos Nobre Leitão

Serviço de Gastrenterologia

Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil - E.P.E.

Doente do sexo feminino, de 67 anos de idade, com quadro clínico caracterizado por dor abdominal de tipo cólica,

difusa, náuseas e vômitos alimentares, com cinco dias de evolução. Cerca de 24 horas após a instalação deste quadro, iniciou hematoquésias, que persistiram durante dois dias. Negava febre e alteração do trânsito intestinal.

Tratava-se de uma doente com o diagnóstico de hipertensão arterial, medicada de forma irregular com um anti-hipertensor cujo nome desconhecia, e cronicamente com ácido acetilsalicílico na dose de 100 mg/dia. Dos antecedentes familiares, destacava-se o facto de a mãe ter falecido por neoplasia do recto aos 82 anos.

Para esclarecimento da situação clínica recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Instituto. Na admissão, encontrava-se orientada, corada, hidratada, apirética, normotensa e normocárdica, com pulso amplo e rítmico. O abdómen era mole e depressível, doloroso à palpação profunda na transição entre o hipocôndrio e o flanco esquerdos, sem dor à descompressão nem massas ou organomegalias palpáveis.

A avaliação analítica e a radiografia simples do abdómen em pé não apresentavam alterações. Realizou colonoscopia esquerda sem preparação, onde se observou, a partir dos 40 cm da margem do ânus e estendendo-se até ao ângulo esplénico, mucosa circunferencialmente ulcerada e friável, de forma descontínua, com áreas poupadas (figura A). O exame histológico

das biopsias revelou necrose e detritos celulares.

Face ao diagnóstico mais provável de colite isquémica, foi internada e instituída dieta zero, suporte hidro-electrolítico por via endovenosa e antibioterapia com ampicilina, gentamicina e metronidazol. Efectuou electrocardiograma e ecocardiograma transtorácico, que não apresentaram alterações.

Registou-se uma boa evolução clínica, pelo que iniciou dieta líquida ao sétimo dia de internamento, após repetição do exame endoscópico, com evidência de regressão parcial das lesões (figura B). As biopsias efectuadas neste exame mostraram alterações reparativas e inflamatórias, enquadráveis no contexto de colite isquémica em fase de reparação.

A colite isquémica é a forma mais frequente de isquemia intestinal, em particular nos idosos. A abordagem desta situação implica a exclusão e o controlo de potenciais factores de risco. Na maioria dos casos, é possível adoptar uma estratégia expectante, de vigilância clínica e terapêutica médica de suporte. Caso se registre agravamento do quadro, poderá haver indicação cirúrgica. No entanto, em mais de metade dos casos a doença é reversível com este tratamento, assistindo-se à resolução dos sintomas em 48 a 72 horas e à cicatrização das lesões em uma a duas semanas.

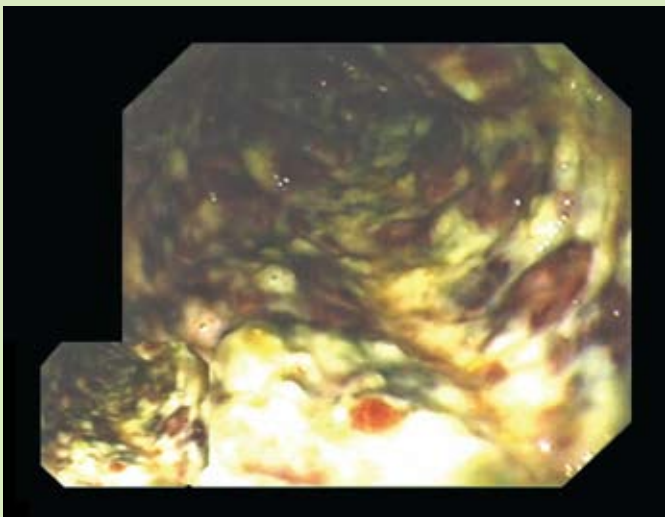


Figura A: Colonoscopia inicial – mucosa ulcerada e friável

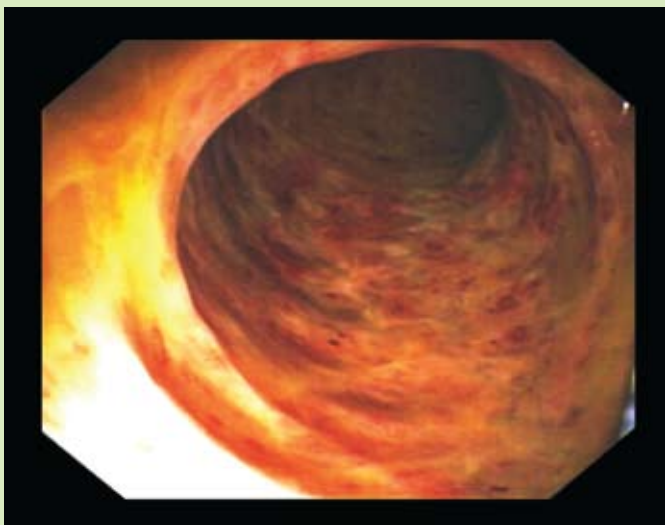


Figura B: Colonoscopia uma semana depois – regressão parcial das alterações endoscópicas

XXVII Congresso Nacional de Gastrenterologia



XXVII Congresso Nacional de Gastrenterologia e de Endoscopia Digestiva teve lugar em Vilamoura, entre 6 e 9 de Junho, e foi presidido pelo Prof. Dr. Carlos Sofia. Na cerimónia de abertura, o Prof. Doutor Carlos Sofia sublinhou a importância da principal



Prof. Dr. Carlos Sofia, presidente do Congresso

reunião dos gastrenterologistas portugueses, onde devem ser tratados aspectos importantes da especialidade, realçando a realidade das íntimas conexões e interligações clínicas que a Gastrenterologia possui com outras especialidades.

O Curso pós-graduado, dedicado à doença inflamatória do intestino, decorreu no dia 6 de Junho. Neste Curso, no qual participaram vários convidados estrangeiros, para além de aspectos relacionados com avanços no diagnóstico e tratamento, foram apresentados, pela primeira vez, pelo Prof. Fernando Magro, os resultados do estudo nacional organizado pelo GEDII (Grupo de estudos de doença inflamatória do intestino), do registo de doentes com doença inflamatória do intestino. A apresentação, no dia 8, sob a forma de comunicação livre, dos resultados deste estudo na doença de Crohn mereceu o 1º prémio na categoria de melhor comunicação clínica.

O programa científico do Congresso incluiu nove sessões de comunicações clínicas, apresentação de casos clínicos e de instantâneos endoscópicos, além da exposição de posters, realização de simpósios clínicos e de conferências. Os temas das conferências incluíram “Cápsula do cólon”, “AINE e inibidores da bomba de protões: riscos,

benefícios e custos”, “Endomicroscopia confocal”, “Enteroscopia com duplo balão”, “Hepatite C: atitude a tomar nos não-respondedores ao tratamento”, “Cirrose hepática: estado da arte”. Foram organizadas sessões de debate, sobre “Investigação clínica e epidemiológica: preparação, resultados e avaliação” e “O preço da saúde”, com animada discussão.

Os trabalhos apresentados no Congresso foram submetidos à apreciação de vários júris, que atribuíram os seguintes prémios:

- Melhor comunicação clínica
 - **1º prémio**
Avaliação nacional dos doentes com doença de Crohn (DC)
Fernando Magro, Francisco Portela, Paula Lago, João de Deus, Ana Vieira, Paula Peixe, Isabelle Cremers, José Cotter, Marília Cravo, Lurdes Tavares, J. Reis, R. Gonçalves, Paulo Caldeira, Horácio Lopes. Paula Ministro, Laura Carvalho e GEDII;
 - **2º prémio**
Pode a polipectomia extinguir a carcinogénese colo-rectal?
I. Rosa, S. Vinga, C. Oliveira, J. Pereira da Silva, S. Mão de Ferro, S. Faias, J. Midões, A. Pinto, P. Chaves, C.F. Viveiros, P. Fidalgo, A.G. Oliveira, J. Soares e C. Nobre Leitão
Serviço de Gastrenterologia, IPOFG Lisboa.
- Melhor comunicação oral de ciência básica
 - **1º prémio**
Humanização do fígado rato UPA-SCID. Interesse dum modelo animal
J.G. Tralhão, S. Morosan, C. Giannini,

C. Bréchet e F. Castro e Sousa
Serviço de Cirurgia 3, HUC

• **2º prémio**

Gorduras na doença de Crohn: interações entre citocinas pró e anti-inflamatórias
Marília Cravo, J. Pereira da Silva, C. Sousa Guerreiro, P. Ferreira, Lurdes Tavares, Paula Moura Santos, Isabel Claro, C. Nobre Leitão e M. Brito
Serviço de Gastrenterologia, IPOFG Lisboa.

• Melhor instantâneo endoscópico

• **1º prémio**

Tumor neuroendócrino multifocal – importância da enteroscopia com duplo balão
R. Pinho, J.C. Martins, M.M. Saraiva
Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva - ManopH – Porto

• **2º prémio**

Mucosectomia endoscópica de neoplasia superficial em esófago de Barrett
S.R. Nobre, J. E. Pina Cabral, F. Portela, P. Amaro, M.A. Cipriano, C. Sofia, H. Gouveia, M. Correia Leitão
Serviço de Gastrenterologia, HUC

• Melhor caso clínico

• **1º prémio**

Doença de Wilson – dilema diagnóstico
S. Santos, A. Figueiredo, S. Pires. R. Gorjão, E.Pires, M. Oliveira, S. Salette, João Ramos de Deus
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Amadora-Sintra.

• **2º prémio**

Psoríase pustulosa e colangite neutrofílica
H. Vassal, L. Ferreira, A. Dinis, V.S. Coutinho, A. Costa, P.M. Ramalho, A.S. Azevedo, A.I. Lopes



Serviço de Gastreenterologia Pediátrica, H. Stª Maria.

• Melhor poster

• **1º prémio**

Carcinogénese colo-rectal: interacção entre nutrientes, histologia e NF-kB?

Paula Ravasco, Miguel Aranha, Paula Borralho, I.B. Moreira da Silva, L. Correia, A. Fernandes, C.M.P. Rodrigues, M. Camilo

Unidade de Nutrição e Metabolismo Molecular, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Serviço de Medicina II, Hospital de Stª Maria.

• **2º prémio**

Deteção de neoplasias do cólon e recto em indivíduos pertencentes a famílias com síndrome de Lynch e negativos para a mutação da família

I. Rosa, S. Mão de Ferro, P. Lage, I. Francisco, I. Claro, A. Suspiro, P. Rodrigues, P. Chaves, C. Albuquerque e C. Nobre Leitão

Serviço de Gastreenterologia, IPOFG Lisboa.

Na sessão de atribuição de prémios e bolsas, foram ainda atribuídos os seguintes prémios e bolsas:

• **Prémio Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia/ Fundação AstraZeneca**

Treatment and Prognostic Factors in Patients with Hepatocellular Carcinoma

A Martins, H Cortez-Pinto, P Marques-Vidal, N Mendes, S Silva, N Fatela, H Glória, R Marinho, I Távora, F Unidade de Hepa-

tologia-Serviço Gastreenterologia, Centro de Nutrição e Metabolismo, Serviço de Imagiologia

Hospital Universitário de Santa Maria, IMM (Publicado no jornal *Liver International*, 2006, vol.26; 680-687.);

• **Bolsa para Projectos de Investigação da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia 2006**

Caracterização Farmagenómica da Cox na Carcinogénese do Cólon

Mário Dinis Ribeiro – Investigador Principal

Serviço de Gastreenterologia Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro de Lisboa;

• **Melhor trabalho publicado no GE - Jornal Português de Gastreenterologia**

Diagnóstico genético na síndrome de Lynch: implicações da localização de mutações germinais em genes de reparação do ADN

S. Ferreira, I. Claro, I. Francisco, R. Sousa, P. Lage, C. Albuquerque, B. Filipe, A. Suspiro, P. Rodrigues, M. Cravo, P. Fidalgo, C. Nobre Leitão

Serviço de Gastreenterologia, Centro de Investigação de Patobiologia Molecular Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro de Lisboa.

• **Prémio Fotografia Endoscópica 2007**

• **1º Prémio**

Laqueação de variz duodenal após Histocryl®

Helena Tavares de Sousa, C Gregório, P Amaro, M Ferreira, JM Romãozinho,



H Gouveia, MC Leitão

Serviço de Gastreenterologia Hospitais da Universidade de Coimbra;

• **2º Prémio**

“Vaso Ming”

Isabel Seves, Miguel Bispo, Tiago Bana

Serviço de Gastreenterologia Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;

• **3º Prémio**

Colite Grave em Doente com Linfoma

Sofia Santos, Pires E., Deus J. Serviço de Gastreenterologia Hospital Fernando Fonseca – Amadora.

• **Menções Honrosas**

Corpo estranho no esófago

Sara Folgado Alberto, Julieta Félix, Nuno Alves, Aires Figueiredo, J Correia Neves, João Ramos de Deus

Serviço de Gastreenterologia Hospital Fernando Fonseca – Amadora:

Úlcera com “vasus erectus”

Paula Peixoto, Sadio A., Cancela E., Castanheira A., Ministro P., Silva A., Caldas A.

Serviço de Gastreenterologia Hospital de São Teotónio – Viseu;

Doença de Whipple

Américo Silva, Sadio A., Cancela E., Peixoto P., Castanheira A., Ministro P., Caldas A.

Serviço de Gastreenterologia

Hospital de São Teotónio – Viseu

Durante o Congresso teve ainda lugar um Simpósio de Enfermagem, organizado pela ANEED, com os temas: “Endoscopia de intervenção/Perspectivas da enfermagem” e “Enteroscopia de duplo balão”. Seguiu-se a assembleia-geral desta Associação.

A excelência do programa científico aliada ao agradável programa social e às condições proporcionadas pelo local do Congresso contribuíram para o indiscutível sucesso deste evento.

M. Isabelle Cremers
Chefe de Serviço de Gastreenterologia
Hospital São Bernardo



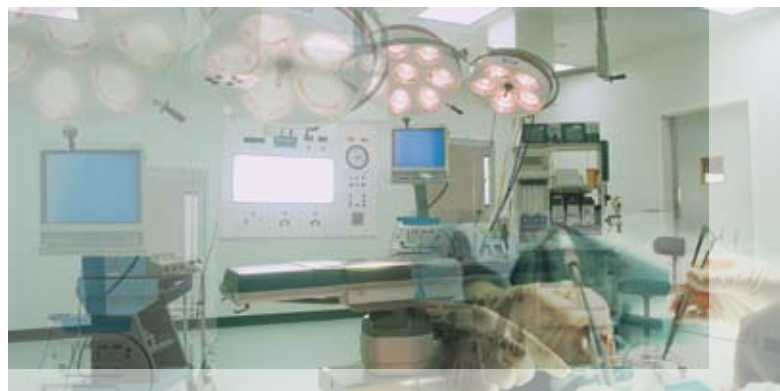
Nós lá fora

Third-Generation Cholecystectomy by Natural Orifices: Transgastric and Transvesical Combined Approach

Rolanda C, Lima E, Pêgo JM, Henriques-Coelho T, Silva D, Moreira I, Macedo G, Carvalho JL, Correia-Pinto J. Life and Health Sciences Research Institute, School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal. *Gastrointest Endosc.* 2007;65:111-7

A via laparoscópica é hoje aceite como procedimento-base para a realização de colecistectomia. No entanto, o acesso à cavidade peritoneal através de orifícios naturais, conhecido por “Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery” (NOTES), tem suscitado um interesse crescente entre os investigadores. O primeiro estudo experimental, relatado em 2005 por Park e col., foi realizado em porcos e

incluiu a colecistectomia por via trans-gástrica. O estudo em análise envolveu a realização de colecistectomia em sete porcos, utilizando para tal uma abordagem combinada, trans-gástrica e trans-vesical. A técnica permitiu a realização da colecistectomia em todos os casos. Segundo os autores do estudo, a colecistectomia por NOTES poder-se-á revelar vantajosa face à realizada por laparoscopia já que não origina cicatrizes nem



hérnias pós-operatórias, poderá ser menos dolorosa e evitar a anestesia geral, podendo ainda vir a revelar-se como a via de abordagem preferencial em do-

entes obesos ou com lesões da parede abdominal.

*Pedro Figueiredo
Serviço de Gastrenterologia
Hospitais da Universidade de Coimbra*

ENDOnews recomenda

Vantagens e Inconvenientes da Antiagregação Plaquetária

Editores:

J E Pina Cabral,

J M Silva

Lino M Gonçalves

Numa abordagem multidisciplinar da terapêutica antiagregante plaquetária, este livro engloba aspectos referentes à caracterização farmacológica dos antiagregantes plaquetários bem como às virtualidades e efeitos adversos da sua utilização clínica. A edição teve apoio do laboratório AstraZeneca.



Terapêutica Farmacológica na Doença Inflamatória Intestinal GEDII



livro fundamenta-se na medicina baseada na evidência. Os autores elaboraram árvores de decisão que podem ser o embrião duma estratégia nacional concertada”. Parceria do laboratório Schering-Plough.

Editado pelo GEDII – Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal, esta obra procura reflectir os avanços no âmbito da terapêutica da Doença Inflamatória Intestinal.

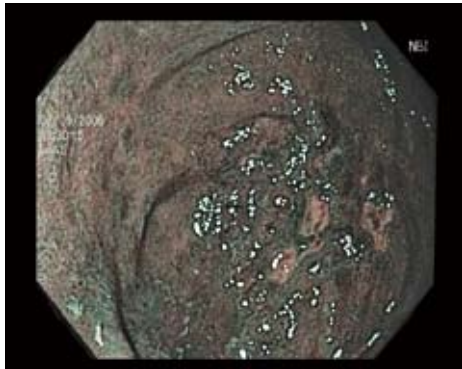
Como sublinha Fernando Magro, “o

Prémio de Fotografia Endoscópica 2007 SPED



Edição em dvd nos trabalhos seleccionados para o Prémio de Fotografia Endoscópica da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Apresentada no último Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva, esta edição teve, como usualmente, o apoio do laboratório AstraZeneca.

Novas Tecnologias



Narrow Band Imaging: Bandas Estreitas, Largos Horizontes

Sem dúvida que os recentes avanços tecnológicos modificaram os paradigmas do que convencionalmente se designava por endoscopia diagnóstica. Se, com o decorrer dos anos de evolução da endoscopia, se tornou possível atingir progressivamente áreas mais longínquas e dantes inacessíveis, e observar a mucosa com mais nitidez, a qualidade superlativa da imagem e a informação diagnóstica daí decorrente passaram a ser o foco principal para onde os avanços tecnológi-

cos se dirigiram. A endoscopia de alta resolução e a Narrow Band Imaging (NBI) representam bem esse incremento de qualidade e de envolvimento da alta tecnologia. Este sistema, que inclui a tecnologia da televisão de alta definição e endoscópios que permitem a ampliação electrónica da imagem, aumenta a capacidade de detecção de achados patológicos e confere ao endoscopista uma acessibilidade e uma potencialidade de aprendizagem rápida, permitindo uma incorporação acelerada dos novos procedimentos na sua prática. O que torna o NBI um marco importante na requalificação da endoscopia diagnóstica é a sua capacidade de aumentar o con-

traste dos vasos sanguíneos da mucosa realçando o seu padrão de distribuição. Utiliza filtros ópticos (vermelho, verde e azul) que permitem a reconstrução da imagem consoante os diferentes comprimentos de onda, sendo estes responsáveis pelos variados graus de penetração da luz na mucosa. A estrutura laminar da mucosa gastrointestinal, normal ou com inflamação ou neoplasia, actua como elemento dispersor e interfere com o espectro de reflexão. A expansão da sua aplicação verificou-se após trabalhos pioneiros nos tumores do cólon e carcinoma pavimentar do esófago; mas rapidamente outras áreas se tornaram alvo privilegiado da sua aplicação, tais como o carcinoma da faringe, esófago de Barrett, carcinoma do esófago,

carcinoma gástrico e doença inflamatória do intestino. Para além da melhoria da observação das características e detalhes das lesões, o NBI é também um óptimo instrumento para direccionar as biopsias em áreas que doutra forma poderiam passar despercebidas, como pode acontecer em zonas de displásicas. Tendo as vantagens da cromoendoscopia mas sem a necessidade de utilizar agentes corantes, a sua relativa simplicidade conquistou rapidamente o interesse dos gastroenterologistas, sobretudo envolvidos no estudo e acompanhamento das diferentes formas de expressão oncológica digestiva.

*Guilherme Macedo
Serviço de Gastrenterologia
Hospital S. Marcos, Braga
Escola de Ciências da Saúde,
Universidade do Minho*

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

www.sped.pt

Agenda

- SPED em Lisboa
- Programa à SPED
- Companhia Celso Avastiz

Agenda

- 24 e 25 de Julho 2007 em Vila Verde de Raia (Bragança) - Curso de Formação de Endoscopia Digestiva para o Colón e Esófago
- 24 e 25 de Julho 2007 em Vila Verde de Raia (Bragança) - Curso de Formação de Endoscopia Digestiva para o Colón e Esófago
- 24 e 25 de Julho 2007 em Vila Verde de Raia (Bragança) - Curso de Formação de Endoscopia Digestiva para o Colón e Esófago
- 24 e 25 de Julho 2007 em Vila Verde de Raia (Bragança) - Curso de Formação de Endoscopia Digestiva para o Colón e Esófago

www.sped.pt

Agenda

2007

Endo Club Nord 2007

Lisboa
9-10 de Novembro

1º Congresso Português de Obesidade

Cascais
10 a 13 de Novembro

XXII Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

Viseu
16-18 de Novembro

XVII Congresso Nacional de Coloproctologia

Lisboa
29 e 30 de Novembro

Reuniões Internacionais organizadas ou patrocinadas pela European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

18ª Video-Digest

Paris
3 e 4 de Outubro
Second International N.O.T.E.S. Hands-On Course

Strasbourg, França
12 e 13 de Outubro
International Workshop on Diagnostic and Therapeutic Endoscopy
Győr, Hungria
15 e 16 de Novembro

9ª International Workshop on Therapeutic Endoscopy
Cairo, Egipto
8 a 10 de Dezembro

Amsterdam Live endoscopy
Amsterdão, Holanda
17 e 18 de Dezembro

- Bolsa da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva para Projectos de Investigação
- Bolsa de Estágio na Área de Endoscopia Digestiva

Data limite para recepção de candidaturas:
31.12.2007