

**Rastreio do  
Cancro Colo-Rectal**

**Qualidade no  
Acto Endoscópico**

# Sumário

- 5 EDITORIAL  
O QUE ELES DIZEM
- 6 O CANTO DO INVESTIGADOR  
Focos de Criptas Aberrantes e Carcinogénese Colo-rectal
- 7 BANDA DESENHADA  
Racionalização das Urgências  
INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO  
Adenocarcinoma Jejunal
- 8 Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto no Mundo e em Portugal
- 12 Rastreio do CCR:  
Proposta de Estudo da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
- 15 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS  
Gastroenterologia ou Gastrenterologia?
- 16 A Qualidade no Acto Endoscópico
- 18 ENTREVISTA  
ASSOMED Reivindica Melhor Pagamento às Unidades Convencionadas
- 20 TEMA DE REVISÃO  
Hemorragia Digestiva de Causa Obscura
- 22 CASO CLÍNICO  
Hemorragia Digestiva de Causa (Pouco) Obscura
- 23 NOVAS TECNOLOGIAS  
Enteroscopia com a Técnica do Duplo Balão
- 24 REPORTAGEM  
Novos Desafios em Anestesiologia e Gastroenterologia
- 28 REPORTAGEM  
IV Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica
- 30 REPORTAGEM  
A Mucosectomia Endoscópica
- 31 AGENDA

**Capa:**  
"Piercing Esofágico", da autoria de:  
G. Macedo, S. Lopes, F. Taveira Veloso,  
Unidade de Gastroenterologia do Hospital de S. João.  
3º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2005

# Nota do editor

Neste número do "ENDOnews" são abordados dois temas inter-relacionados de grande actualidade: o rastreio do cancro colo-rectal (CCR) e a qualidade da endoscopia digestiva. Com efeito, ninguém hoje em dia contesta quão imprescindível se tornou levar a cabo, em Portugal, um programa de rastreio do CCR, com vista a minorar o flagelo que este tumor entre nós representa. Assim, neste momento e na pior das hipóteses, a questão deveria estar já centrada na escolha do método inicial de rastreio: hemocult ou colonoscopia? Tal remete-nos para um dogma primordial de qualquer acção de rastreio do CCR – a (boa) qualidade do acto endoscópico e os custos (a ela) inevitavelmente associados, cuja aceitação pela entidade financiadora constitui um

pressuposto essencial e incontornável.

O presente número do "ENDOnews" integra ainda – para além das secções habituais – uma nova página, intitulada "Consultório de Palavras", da autoria do Doutor Fausto Pontes, professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina de Coimbra e gastroenterologista emérito. Desde sempre cultor interessado e exigente da língua portuguesa, nesta alcançou o estatuto de erudito que só a sua natural modéstia recusa, cumprindo plenamente o aforismo de "quem só sabe Medicina nem Medicina sabe".

José Manuel Romãozinho



# Ficha Técnica

**ENDOnews** Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º 13 • Janeiro a Março 2006. **Director** Venâncio Mendes. **Editor** José Manuel Romãozinho. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Isabelle Cremers, Mário Diniz Ribeiro. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** Carlos Gregório, Nuno Almeida, Maximino Leitão, Pedro Figueiredo, Sandra Lopes. **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 e Redacção** 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** FOCOM XXI - Centro Gráfico, Lda. • Rio Maior. **Tiragem** 13.500 exemplares

## Editorial

**A** Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) é uma associação científica que congrega médicos e outros profissionais ligados à saúde, que praticam ou se interessam pela endoscopia digestiva.

Estatutariamente, tem definido como grandes objectivos promover o desenvolvimento da endoscopia digestiva ao serviço da saúde da população portuguesa, zelando simultaneamente para que a sua prática se desenvolva nas melhores condições técnicas, estruturais e humanas.

Tem sido preocupação prioritária dos actuais Corpos Directivos da SPED contribuir, com todo o

empenho e determinação, para a concretização do projecto de actividades oportunamente sufragado pelos sócios.

O referido projecto incluía a prossecução duma ampla e sistemática campanha de sensibilização - iniciada há mais de seis anos e dirigida não só à classe médica mas também à população em geral - alertando para o significativo aumento em Portugal das taxas de incidência e mortalidade do cancro do cólon e recto (CCR) e, decorrentemente, para a imperiosa necessidade de levar a cabo entre nós - a exemplo do que já sucede em outros países - um programa de rastreio do aludido tumor.

Muito embora a acção da SPED pudesse ficar restringida à supracitada campanha de sensibilização, as expectativas por esta criadas junto das populações por um lado e, por outro lado, a completa ausência de resposta por parte do poder político, conduziram ao envolvimento directo daquela Sociedade Científica num estudo-piloto de rastreio do CCR em Portugal, cujos contornos são divulgados no presente número do "ENDOnews".

Com efeito, a SPED recusa "lavar as mãos" ante o grave problema de saúde pública que o CCR representa entre nós, ao ser diariamente responsável pela

morte de 9 a 10 portugueses. Pretende-se, com este estudo, comprovar a muito favorável relação custo/benefício já demonstrada em pesquisas realizadas em outros países, validando, deste modo, a implementação dum programa de rastreio do CCR em Portugal.

Pode ser que, então, as Autoridades Públicas de Saúde se sintam obrigadas a cumprir o preceito constitucional de zelar pelo bem-estar e saúde dos portugueses, mormente no que se refere à prevenção e diagnóstico precoce do CCR, o tumor maligno que, no conjunto dos dois sexos, mais mata em Portugal.

*A Direcção da SPED*

## O que ELES Dizem



**Prof. Doutor  
Diniz de Freitas**

Presidente da Comissão  
de Ética da SPED

"Questiono-me mesmo se é eticamente correcto continuar a prestar assistência endoscópica no quadro das convenções, tendo em conta as condições impostas pela tutela que ferem gravemente os princípios da moral e da justiça. Penso que chegou a altura de responder com dignidade a estes atropelos éticos".

"Espera-se das Sociedades Médicas, face à complexidade e extensão das missões atribuídas [no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas], uma participação e ajuda relevantes".



**Dr. Fernando  
Leal da Costa**

Coordenador Nacional para  
as Doenças Oncológicas



**Prof. Doutor  
Fernando Regateiro**

Presidente do Conselho de  
Administração da Administração  
Regional de Saúde do Centro

"Quanto à doença oncológica, continuamos a insistir nos programas de rastreio. Para 2006, estão considerados como prioritários os rastreios do cancro do colo do útero, da mama e colo-rectal. Queremos diminuir a incidência de cancros invasivos e diagnosticar as lesões pré-malignas e os tumores em estádios precoces".

## O Canto do Investigador

# Focos de Criptas Aberrantes e Carcinogénese Colo-Rectal

O carcinoma do cólon e do recto constituiu a primeira causa de morte por neoplasia maligna em Portugal no ano de 2003, registando-se, em relação a 1998, um acréscimo no número absoluto de óbitos de 16,9%.

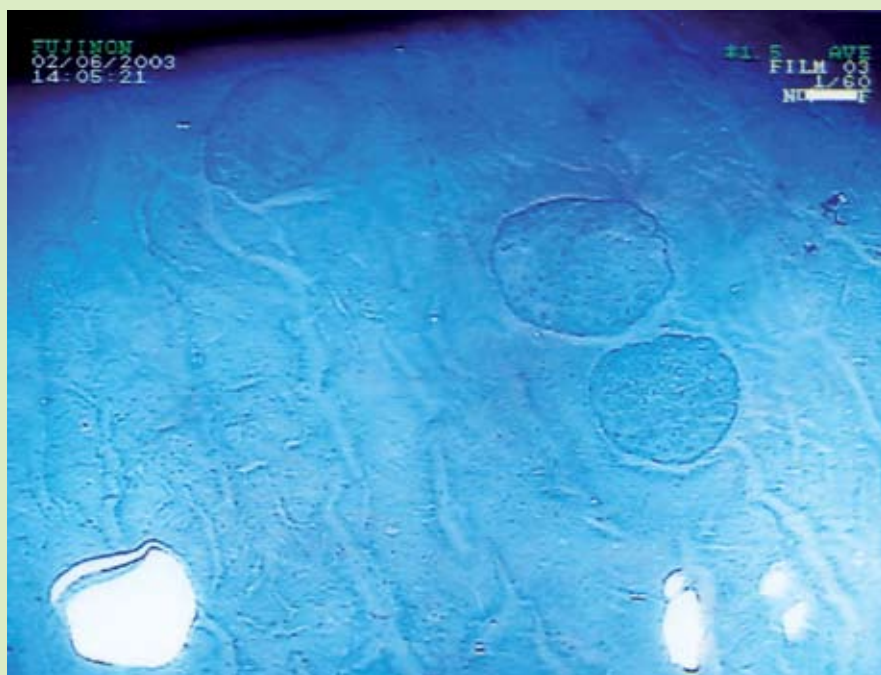
Sabe-se que, fruto do longo período de tempo que medeia entre o surgimento de um pólio adenomatoso e a eclosão do carcinoma, a prevenção do carcinoma do cólon e do recto é possível. Estão descritos na literatura vários procedimentos, endoscópicos ou ou-

tros, com eficácia variável na detecção dos adenomas. A população assintomática, susceptível de rastreio, poderá ser estratificada consoante o risco, sendo francamente mais numerosa a classe dos indivíduos com mais de cinquenta anos e sem factores de risco adicionais. Este aspecto é da maior relevância dado que, não só não existe consenso quanto à modalidade de rastreio a adoptar, como a aderência deste grupo populacional aos programas de rastreio é relativamente reduzida. Nesta conformidade, a prevenção da doença

se processe em idade mais avançada do que os cinquenta anos. Neste contexto, a quimioprevenção, definida como a utilização de agentes farmacológicos ou nutricionais com o objectivo de reverter, suprimir ou prevenir a progressão da carcinogénese, evitando o aparecimento de doença invasiva, poderá vir a constituir uma opção.

Os focos de criptas aberrantes (FCA), cuja observação *in vivo* é hoje possível graças às modernas técnicas endoscópicas de amplificação e de cromoscopia, definem-se como um conjunto de uma ou mais criptas, mais largas e discretamente elevadas relativamente às circundantes, apresentando uma camada de células epiteliais espessada que cora mais intensamente com o azul de metileno que a das criptas adjacentes, existindo igualmente um aumento de espaço peri-criptico. Caso se comprove a hipótese de que precedem o aparecimento dos adenomas, poderão vir a ser utilizados não só na estratificação do risco, mas também na investigação de agentes activos na quimioprevenção do carcinoma colo-rectal.

O estudo realizado incluiu 182 doentes, catalogados em função dos achados da colonoscopia: adenoma, carcinoma, pólio não adenomatoso ou ausência de lesão cólica. Os FCA presentes no recto foram avaliados sob o ponto de vista endoscópico e laboratorial. Os resultados encontrados apontam no sentido de que os FCA rectais sejam precursores na sequência adenoma-carcinoma, admitindo-se, igualmente, que possam predizer a existência de lesões neoplásicas a montante. Da investigação consta igualmente um estudo da modulação dos FCA por inibidores selectivos da COX 2, tendo-se concluído que da sua administração resulta um incremento significativo da apoptose, um dos processos de morte celular.



podrá passar, seja por uma melhor estratificação do risco neste grupo de indivíduos, tendo em vista reduzir o número de pessoas a submeter a rastreio, seja pela utilização de outras estratégias de prevenção que complementem modalidades de rastreio com eficácia já comprovada, diminuindo o número de procedimentos a executar em cada indivíduo ou permitindo que o início da sua aplicação

Pedro Figueiredo  
Serviço de Gastrenterologia – Hospitais da  
Universidade de Coimbra



## Instantâneo Endoscópico

## Adenocarcinoma Jejunal

Nuno Almeida, Pedro Figueiredo, Rui Pina, Maximino C. Leitão



Figura 1



Figura 2



Figura 3

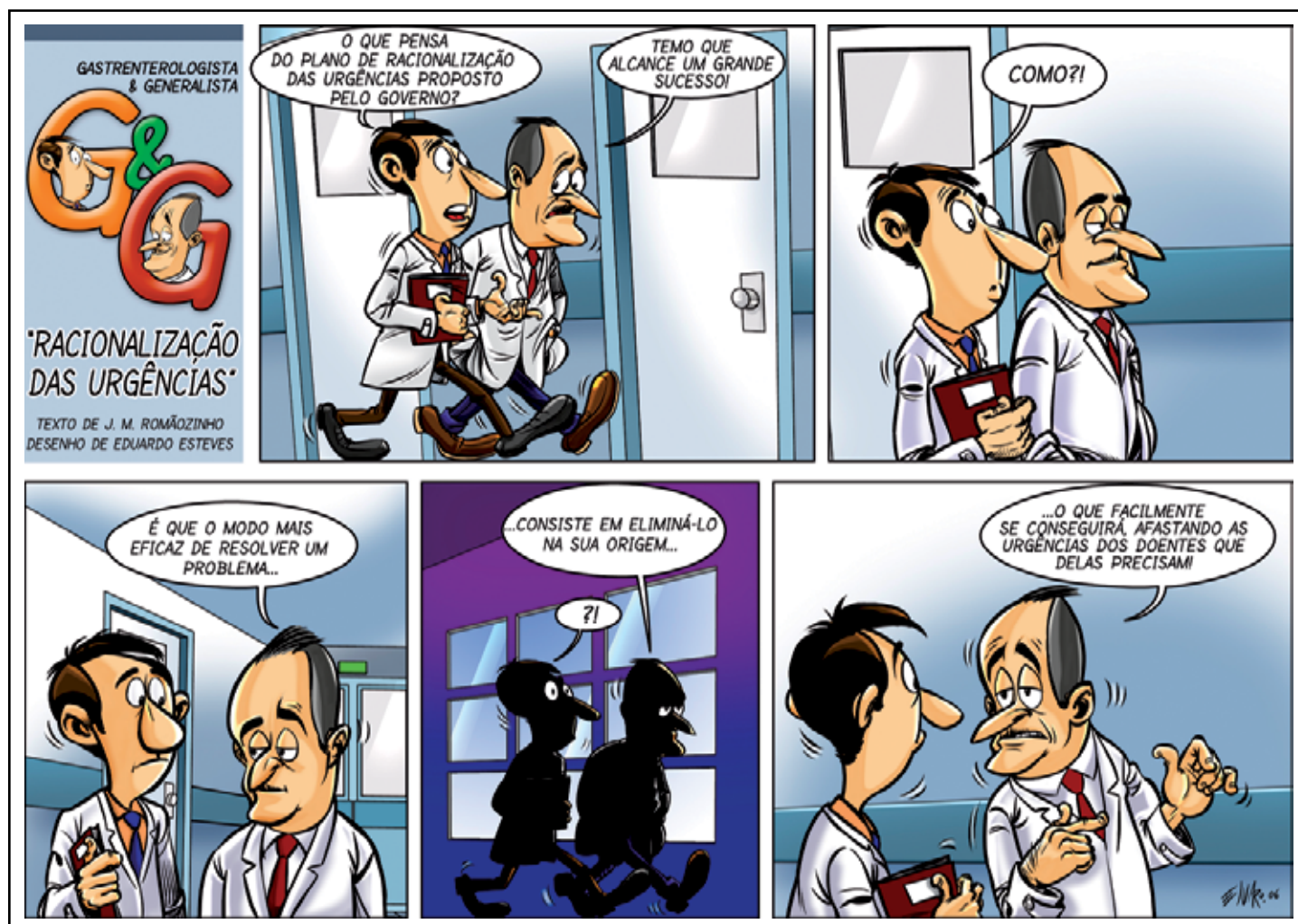
**D**oente do sexo feminino, 67 anos de idade, acompanhada em consulta externa por anemia hipocrômica microcítica com um ano de evolução, com queixas de astenia e enfartamento pós-prandial e com necessidade de suporte transfusional ocasional. A endoscopia digestiva alta, colonoscopia e ecografia abdominal realizadas não mostraram alterações

relevantes. O cintigrama com eritrócitos marcados com Tc99m foi positivo para hemorragia digestiva em actividade, com dificuldade em precisar a sua origem.

Realizou-se então uma enteroscopia com vídeo-cápsula endoscópica a qual foi incompleta pois a cápsula detectou a presença no jejuno proximal, poucos segundos após a passagem do piloro, de uma lesão vegetante e estenosante,

circunferencial (figura 1), muito irregular, com áreas ulceradas e extremamente friável, com focos de hemorragia “em toalha” (figura 2). Perante a suspeita de lesão neoplásica do intestino delgado proximal, realizou-se enteroscopia com duplo balão com a dupla finalidade de estabelecer a localização precisa da lesão e realizar biópsias (Figura 3). Estes objectivos foram cumpridos, confirmando-se a presença, no jejuno proximal, de uma lesão vegetante muito suspeita de neoplasia, evidenciando o estudo histológico das biópsias um adenocarcinoma invasivo.

O estadiamento por TAC confirmou a existência de zona de espessamento parietal do intestino delgado, na transição duodeno-jejunal, assim como adenopatias peritumorais e lesões nodulares hepáticas, em provável relação com metástases. Ainda assim, e atendendo à sintomatologia apresentada pela doente, optou-se pela ressecção cirúrgica da neoplasia jejunal.



# Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto no Mundo e em Portugal

A mortalidade por Carcinoma do Cólon e Recto (CCR) tem subido progressivamente em Portugal. Nas últimas três décadas subiu cerca de 80%. Em 2003 registaram-se 3.200 óbitos por CCR. Todos os dias 9 a 10 indivíduos morrem no nosso país por CCR.

Em Portugal, tal como em todo o mundo, as terapêuticas ao nosso dispor, não têm melhorado o prognóstico destes doentes e a sobrevivência global aos 5 anos, não ultrapassa os 50%.

O rastreio do CCR, avaliado em vários países com Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) ou com endoscopia, tem-se mostrado eficaz não só em relação à redução da mortalidade, mas também da incidência.

A PSOF pressupõe a utilização do hemocult, realizado com intervalos curtos, anual ou de 2 em 2 anos, seguido obrigatoriamente da realização de colonoscopia sempre que o teste é positivo. Foi avaliado em estudos controlados e aleatórios que demonstraram reduções da mortalidade que variou entre 15 e 33%, e decorridos 20 anos demonstraram também redução da incidência, mas apenas de 20%. Mas se na década de 70, quando se iniciaram estes projectos, parecia lógico que a melhor via para reduzir a mortalidade era o diagnóstico dos tumores numa fase inicial, no século XXI, embora se mantenha o objectivo essencial isto é, a redução da mortalidade, as lesões alvo do rastreio devem ser essencialmente os adenomas, lesões benignas, mas inquestionavelmente precursoras do CCR. A endoscopia que permite a observação e a ressecção dos adenomas é actualmente, a melhor estratégia no rastreio de CCR.

A Sigmoidoscopia Flexível (SF) tem sido avaliada em estudos caso-controlo que demonstraram reduções impressionantes, simultaneamente da mortalidade em 80% e da incidência em 50%. Aguardamos os resultados definitivos de estudos aleatórios que estão a decorrer, mas os autores fazem já uma previsão de 40% na redução de mortalidade, portanto, superior aos resultados obtidos com o hemocult. Não podemos ainda esquecer, que a SF é um exame simples, que dispensa sedação ou anestesia e portanto,

centros especializados e finalmente, permite o diagnóstico de 70% das lesões do cólon. E esta taxa que é elevada para um teste de rastreio e em conjunto com os resultados dos estudos caso-controlo transformam a SF num óptimo teste de rastreio, esta taxa significa ao mesmo tempo, que a SF deixa por diagnosticar 30% das lesões do cólon que correspondem a 50% das lesões do cólon proximal, porque não têm lesão síncrona no cólon distal.

A colonoscopia permite a observação de todo o cólon e é assim considerada, o exame “gold standard” no rastreio do CCR. No entanto, os benefícios da colonoscopia foram demonstrados essencialmente por benefícios indirectos. Em primeiro lugar, os resultados obtidos com hemocult resultam da utilização obrigatória da colonoscopia, sempre que o teste é positivo; em segundo lugar, o trabalho do “National Polyp Study” que demonstrou que a ressecção dos adenomas durante a colonoscopia determinou uma redução de incidência de CCR de 80% e em terceiro lugar, estudos com colonoscopia demonstraram que a SF não diagnosticava 30% das lesões do cólon. No entanto, não nos podemos esquecer que a colonoscopia é um exame complicado, exige uma preparação difícil e frequentemente não dispensa sedação ou mesmo anestesia e portanto, tem de ser realizada obrigatoriamente em centros especializados. Ainda assim, tem sido proposta em alguns países como nos EUA, na Alemanha, na Polónia. No entanto, na Inglaterra, concluíram recentemente, que não existem recursos humanos e institucionais que permitam a adopção de uma estratégia de rastreio com colonoscopia e que a SF era o exame mais indicado.

No nosso país, o Plano Oncológico Nacional 2001-2005 propunha rastreio do CCR com PSOF. No entanto, o hemocult não está comercializado no nosso país e a colonoscopia continua a ser um exame de acesso muito difícil, acontecendo o mesmo com a SF. Procurando resolver esta dificuldade, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), tem chamado a atenção e divulgado a importância do rastreio do CCR junto dos

cidadãos, médicos e políticos. Neste sentido iniciaram-se no país, quatro projectos.

O Centro de Rastreio de Mirandela, coordenado pelo Dr. Venâncio Mendes, foi inaugurado com o apoio dos cidadãos e dos Médicos de Família. 304 Indivíduos realizaram o rastreio com colonoscopia esquerda ou colonoscopia. Estes exames permitiram o diagnóstico de adenomas em 35 (11,5%), adenomas de risco em 6 (1,9%) e carcinomas em 6 (1,9%) indivíduos. Este programa, por exigência das instituições de Saúde da região acabou por ser desactivado.

O Serviço de Gastreenterologia do Hospital Egas Moniz em Lisboa, com um projecto coordenado pelo Dr. Leopoldo Matos, realizou o rastreio em 140 indivíduos com SF. Também neste projecto os Médicos de Família tiveram um papel fundamental. Foi possível diagnosticar adenomas em 17 (12,1%) e adenomas de risco em 4 (2,8%), dos indivíduos submetidos ao rastreio. Não diagnosticaram carcinomas. Mas também por dificuldades institucionais, não foi possível manter o projecto.

O Serviço de Gastreenterologia dos Hospitais de Faro iniciou em 2003 um programa de rastreio de CCR. Os gastreenterologistas e enfermeiros do serviço deslocam-se aos Centros de Saúde do distrito de Faro. É importante refe-





rir que este projecto teve de se submeter a inúmeros pareceres de várias instituições de saúde e esperou dentro de muitas gavetas durante dois anos. 3.570 Indivíduos foram submetidos ao rastreio com SF. Foi possível diagnosticar adenomas em 337 (9,4%), adenomas de risco em 112 (3,1%) e carcinomas em 8 (0,2%) dos indivíduos.

No serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia em Lisboa, o rastreio do CCR está a decorrer desde 1994. Desde o início, vários Centros de Saúde e os Médicos de Família têm tido uma participação indispensável. A Administração Regional de Saúde de Lisboa tem conhecimento e nunca dificultou o funcionamento deste programa. É importante referir que anualmente, as instituições mencionadas recebem um resumo dos resultados obtidos. A Administração do IPO de Lisboa tem autorizado todos os projectos. No entanto, os projectos só foram possíveis graças ao financiamento do Núcleo Regional do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro e da Fundação Calouste Gulbenkian. Em 1994, iniciámos um projecto durante o qual, 1.519 indivíduos realizaram simultanea-

mente, “Hemoccult” (apenas uma determinação) que importámos e SF. O teste de fezes permitiu isoladamente o diagnóstico de adenomas em 30 (1,9%), adenomas de risco em 8 (0,52%) e carcinomas em 3 (0,19%) indivíduos. A SF permitiu o diagnóstico de adenomas em 121 (7,9%), adenomas de risco em 32 (2,1%) e carcinomas em 9 (0,6%) indivíduos. Este trabalho permitiu concluir não só a maior eficácia da SF, mas também o facto de que o hemoccult não deve ser realizado apenas com uma determinação.

5 Anos depois, todos os indivíduos com SF negativa para adenoma de risco ou carcinoma foram propostos para uma segunda SF. Assim, propusemos a repetição da SF a 898 indivíduos. As duas SF permitiram o diagnóstico de adenomas em 182 (11,9%), adenomas de risco em 42 (3,1%) e carcinomas em 11 (0,7%) indivíduos. O facto da segunda SF aumentar de forma importante o número de lesões diagnosticadas, chama a atenção para a necessidade de repetir este exame.

O Prof. Miguel Gouveia realizou uma análise de custos destes dois estudos. Concluiu que o custo por cada pessoa submetida ao rastreio foi de € 85 e com lesão de risco (adenoma de risco e CCR) atingiu os € 3.165, utilizando uma SF. A segunda SF acrescentou respectivamente € 40 e € 165. Será importante comparar estes resultados com os custos de outras metodologias, mas principalmente com a atitude de não se realizar rastreio.

Em 1998 iniciámos um estudo controlado e randomizado com hemoccult anual e SF de 5 em 5 anos. Desde 2005, este projecto está a ser financiado por bolsa concedida pela Fundação Calouste Gulbenkian. Pretendemos comparar duas estratégias propostas pela comunidade científica internacional. É possível comparar a adesão, o número, tipo e localização das lesões e os custos das duas estratégias. É um estudo de base populacio-



nal constituída pelos inscritos em 9 Centros de Saúde (Amadora, Loures, Odivelas, Pontinha, Reboleira, Sacavém, Sto Condestável, Torres Vedras, Venda Nova) que partilham com o nosso serviço a realização do projecto. Dos 5.248 indivíduos inscritos, 540 foram excluídos. A história familiar positiva, em 316 indivíduos e a presença de sintomas em 95 indivíduos, constituíram os principais grupos de exclusão. Dos 4.708 indivíduos elegíveis, 1.943 pertenciam ao grupo do hemoccult anual, e 2.765 ao grupo da SF de 5 em 5 anos. No grupo do Hemoccult, 170 indivíduos não entregaram o primeiro teste, o que corresponde a uma adesão de 91,25% (1.773/1.943). A adesão ao segundo e terceiro teste foi respectivamente 90,5% e 90,2%. No grupo da SF faltaram ou recusaram o primeiro exame 444 indivíduos, obtendo assim, uma adesão de 85,38% (2.361/2.765). Ainda não foram quantificadas os resultados correspondentes à segunda SF.

Os 1.770 indivíduos do grupo do Hemoccult, realizaram um total de 5047 testes, dos quais 573 foram positivos, o que corresponde a uma positividade de 11,3%. Dos 573 indivíduos com teste positivo, 40 faltaram à realização da colonoscopia. Portanto, 30% (533/1.773) realizaram colonoscopia. Este exame permitiu o diagnóstico de adenomas em 135 indivíduos (7,6%), adenomas de risco



em 70 indivíduos (3,94%) e carcinomas em 9 indivíduos (0,5%). Em 12 indivíduos (0,6%), o adenoma de risco localizava-se a montante do ângulo esplénico, sem lesão síncrona distal. Em 6 indivíduos (0,33%) com adenoma de risco, o pólipó era irresssecável endoscopicamente e foram submetidos a cirurgia. Dos 9 indivíduos com carcinoma, em 3 (0,16%) o tumor localizava-se no cólon proximal, sem lesão síncrona distal. Dois dos tumores eram Adenocarcinomas (ADC) em adenoma tubular, mas um deles obrigou a cirurgia.

2.361 Indivíduos realizaram para já uma SFA. A presença de tumor, de pólipó de dimensões superiores ou iguais a 5 mm, ou adenoma de risco independentemente das dimensões, obrigou a realização de colonoscopia em 192 indivíduos (8,1%). Estes exames permitiram o diagnóstico de adenomas em 290 indivíduos (12,28%), adenomas de risco em 101 indivíduos (4,27%) e carcinomas em 14 indivíduos (0,59%). 4 Indivíduos (0,16%) com adenoma de risco foram submetidos a cirurgia porque a lesão era irresssecável endoscópicamente. Dos 14 tumores diagnosticados, 2 eram ADC em adenoma tubular e foram tratados en-

dosscopicamente. É importante ainda referir que a colonoscopia permitiu o diagnóstico de adenomas em 4 dos 290 indivíduos com adenomas e adenomas de risco em 18 dos 101 indivíduos com adenomas de risco.

É possível concluir que os primeiros exames das duas estratégias, têm adesões elevadas (91,2/85,3%). Em relação às lesões diagnosticadas, verificamos que não existem diferenças importantes em relação aos carcinomas (0,50/0,59%), mas que essa diferença aumenta para os adenomas de risco (3,94/4,27%) e principalmente para os adenomas em geral (7,6/12,2%), a favor da SFA. A percentagem de indivíduos submetidos a colonoscopia foi muito superior no grupo do hemocult (30,0/8,2%), facto que será certamente determinante quando se avaliar a diferença nos custos, das duas estratégias. A percentagem de indivíduos com adenomas de risco e ADC em adenoma tubular submetidos a cirurgia foi também muito superior no grupo do hemocult (0,39/0,16%), facto que também será determinante nos custos, mas que, chama principalmente a atenção, para a maior eficácia da SF em diagnosticar lesões

ressecáveis endoscopicamente.

Actualmente, a SPED propõe a colonoscopia esquerda, como estratégia de rastreio de CCR a ser implementada a nível nacional. Este exame tem todas as vantagens da SF, acrescido do facto de permitir a observação do cólon até ângulo esplénico, aumentando assim o número de lesões diagnosticadas.

A SPED realizou um estudo de viabilidade de recursos humanos e concluiu que existiam gastroenterologistas em número suficiente para concretizar esta estratégia, considerando uma adesão de 25%. Na realidade, cada gastroenterologista teria de realizar apenas seis colonoscopias esquerdas por semana.

É no entanto óbvio, que os hospitais públicos não conseguem dar resposta a esta estratégia. Tem de existir vontade política, para que este exame possa ser realizado noutros centros ou instituições de saúde, à semelhança do que se passa com tantos outros exames. Só assim será possível, tornar acessível a colonoscopia esquerda a todos os portugueses.

Anabela Pinto  
Secretária-Geral da SPED



**CUIDAMOS DE QUEM O MUNDO ESQUECE POUCO A POUCO.**

O seu apoio será lembrado – [www.medicosdomundo.pt](http://www.medicosdomundo.pt)





## Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto

### Proposta de Estudo da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Nos últimos anos, os conhecimentos sobre a patogénese molecular de muitos cancros sofreram profundos engrandecimentos, emergindo o conceito de que o cancro corresponde ao ponto final da evolução resultante de desarranjos genéticos clonais.

A importância de atitudes de rastreio de doenças oncológicas resulta da validação deste conceito, isto é, o cancro não é um acontecimento isolado mas antes um longo processo evolutivo desde a célula normal até à célula metastática, possibilitando intervenções de modulação de factores de risco e de identificação da doença em fases iniciais ou mesmo das suas lesões precursoras.

Em Portugal, a mortalidade por CCR tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas e, em 1999, o CCR contribuiu com cerca de 13% de toda a mortalidade por cancro, percentagem das mais elevadas em todo o mundo. As 2.828 mortes registadas naquele ano determinaram, pela primeira vez entre nós, que o CCR fosse a principal causa de morte por cancro. Em 2001 registaram-se em Portugal 3.178 mortes o que constitui novamente a principal causa de morte por cancro. Em 2003 foram 3.221 os óbitos por este cancro o que indica uma média de 9 mortes por dia.

Diferentes estudos científicos com distintos métodos evidenciaram de forma inequívoca que o rastreio de CCR ocasiona uma redução significativa da mortali-



dade e da incidência de CCR nas populações rastreadas

O Hemoccult foi o único teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) avaliado em estudos aleatórios e controlados, mostrando de forma inequívoca uma redução da mortalidade entre 15 a 45%. Estes estudos validaram em definitivo o rastreio generalizado do CCR nos países de alta incidência para esta neoplasia maligna.

A Sigmoidoscopia Flexível/colonoscopia esquerda (SF) foi avaliada com estudos caso-controlo que apontam para uma possível redução da mortalidade de 60 a 85%, sendo aguardados os resultados de estudos aleatórios americanos e europeus (Prostate, lung, colon, and ovarian cancer screening – USA e FlexiScope trial – Grã Bretanha).

A colonoscopia, porque permite a observação de todo o cólon, é considerado o teste “gold stan-

dard”. Actualmente faz todo o sentido a utilização do rastreio baseado inicialmente na colonoscopia total, já que é seguramente o método mais sensível na detecção das doenças-alvo, permitindo ainda, na maior parte dos casos, o tratamento das lesões pré-malignas na mesma sessão. A validação desta atitude em termos de avaliação real da redução da mortalidade é, ainda hoje, pouco representativa e oriunda sobretudo de evidências indirectas como a redução de mortalidade nos doentes sob vigilância de adenomas do National Polyp Study (EUA) e de alguns pequenos estudos caso-controlo, sendo estimado que poderá existir uma redução da mortalidade de 50 a 90%.

O recurso a métodos endoscópicos tornam como alvo do rastreio o precursor benigno do CCR, o adenoma, o que permitirá reduzir a mortalidade por CCR

em função de uma redução da incidência, o que é susceptível de induzir poupança de recursos ao sistema financiador.

Outros factores, para além da eficiência dos métodos, influenciam decisivamente o sucesso de um programa de rastreio e entre estes importa salientar a adesão dos indivíduos-alvo. Uma adequada publicitação e o envolvimento dos médicos de clínica geral no encorajamento do rastreio têm efeito significativo na adesão da população.

Tem sido com estas linhas estratégicas que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva se tem vindo a comprometer nos últimos anos com a sociedade civil, pugnando pela importância de atitudes de rastreio e prevenção do cancro do cólon, definindo como a melhor estratégia a utilização da colonoscopia esquerda como ferramenta-base do ras-

treio e por fim, mas não menos importante, criando parcerias com os médicos da carreira de clínica geral, em nosso entender os motores das iniciativas de rastreio de base populacional.

O reconhecimento da primeira fase do nosso trabalho mede-se, por um lado, pela solicitação crescente dos exames de rastreio endoscópico e por inquéritos sobre o conhecimento das populações europeias sobre o cancro do cólon e a importância do rastreio, que apontaram o bom conhecimento dos Portugueses nesta matéria. Estes resultados por um lado, e a indefinição da Tutela da Saúde por uma política clara de rastreio, por outro, animam-nos a prosseguir na nossa missão.

Pretendemos então realizar um estudo de base populacional que permita avaliar a adesão de uma

população assintomática, de idade compreendida entre os 50 e os 70 anos de idade, a um programa de rastreio do CCR baseado na colonoscopia esquerda, contabilizando a prevalência de adenomas e de CCR diagnosticados na população estudada. Esperamos com este estudo definir com clareza a possibilidade de implementar o rastreio, ajudando os decisores políticos com dados que justifiquem uma clara campanha de rastreio a Nível Nacional.

Para este efeito, a SPED conseguiu cativar parceiros da indústria alimentar, farmacêutica e tecnológica que permitirão agilizar a criação de oito centros a nível Nacional, dotados de equipamento adequado para a prática de exames de rastreio em condições de adequada capacidade técnica.

É deste protocolo de estudo que vos apresentamos a metodologia geral que queremos ver implementada a curto prazo:

- **CrITÉrios de inclusão:** São alvos do nosso projecto de rastreio os indivíduos de ambos os sexos, entre os 50 e os 70 anos, sem antecedentes de rectorragias nos últimos 6 meses nem alterações do trânsito intestinal;
- **CrITÉrios de exclusão:** Serão excluídos do nosso estudo os indivíduos previamente submetidos a colonoscopia, sigmoidoscopia ou clister opaco nos últimos 2 anos. Também os indivíduos com antecedentes pessoais de pólipos, cancro do cólon e recto ou doença inflamatória do intestino, bem como antecedentes familiares de polipose adenomatosa familiar, ou síndrome de Lynch, não serão incluídos neste estudo;
- **Metodologia da investigação:** Todos os indivíduos que cumpram os critérios de inclusão e aceitem participar são submetidos a colonoscopia esquerda que será realizada com videocolonoscópio nos centros de rastreio. A preparação intestinal consta de dieta sem resíduos nos dois dias anteriores ao exame e da utilização de dois clisteres de Clyss-Go, com intervalos de 30 minutos, cerca



de duas horas antes do exame. Os pólipos menores do que 5 mm deverão ser retirados com pinça ou com ansa, sem passagem de corrente.

Os doentes com pólipos de maior dimensão deverão ter iconografia de suporte e serão referenciados para colonoscopia total e polipectomia endoscópica.

O primeiro passo para a criação dos centros de rastreio foi dado no passado dia 18 de Fevereiro na Sede Social da SPED, em Lisboa, onde foi assinado um protocolo entre esta instituição e a ELNOR/FUJINON, com vista a definir a colaboração nos centros de Rastreio do Cancro do Cólon do Recto. Este acordo, assinado pelo Presidente da SPED, Dr. Venâncio Mendes, e pelo Administrador da ELNOR, Eng. António Pires, constitui de facto o arranque do projecto de rastreio do cancro do cólon e recto da SPED, já que temos, a partir deste momento, ao nosso dispor equipamento de endoscopia adequado para a implementação dos Centros de rastreio.

*José Manuel Soares  
Vice-presidente da SPED*



## Consultório de Palavras

por Fausto Pontes

## Gastroenterologia ou Gastreenterologia?

**A** convite gentil do Prof. José Manuel Romãozinho inicio hoje um canto de página para tratar da origem e ortografia (e eventualmente ortofonia) de palavras com interesse para a Endoscopia Digestiva. Como certamente muitos colegas sabem, foi recentemente editado, pela Porto Editora, o Dicionário de Termos Médicos da autoria do Professor Manuel Freitas e Costa, que considero excelente, já adquirir, e sem hesitação recomendo. Esta obra praticamente dispensaria o meu trabalho. Apesar disso, vou manter o compromisso para focar, relativamente às palavras que referi, aspectos que o gastroenterologista talvez goste de ver tratados de modo especial.

Pessoalmente, não tenho pergaminhos que valham grande coisa para me aventurar nesta tarefa. Sou apenas um aluno (creio que o mais idoso da Universidade de Coimbra) nas disciplinas de Grego antigo e de Latim (restaurado) destinadas às Ciências da Saúde, da Faculdade de Letras, e estou a gostar imenso das matérias que estudo e da minha condição de estudante. Mas sei que posso contar com o apoio dos regentes daquelas disciplinas, respectivamente a Professora Maria de Fátima Silva e o Professor Manuel Rebelo. Para corresponder melhor às expectativas dos colegas, peço-lhes que não hesitem em indicar-me palavras que gostariam de ver aqui abordadas (*Rua Antero de Quental, 42, 1º Esq. 3000-031 Coimbra*).

Para começar e porque julgo que tem algum interesse, hoje vou tratar apenas da questão que se refere ao nome da nossa especialidade:

**Gastroenterologia ou Gastreenterologia?**

Em Abril de 1961, quando frequentava um curso de pós-graduação dirigido pelo Prof. Geraldo Siffert, na Universidade Católica do Rio de Janeiro, assisti a uma exposição daquele professor, que conhecia o grego antigo, na qual defendia que devia dizer-se Gastreenterologia. No Brasil, a mudança verificou-se logo no título da revista da especialidade (do Rio de Janeiro), mas não se estendeu a S. Paulo, onde quem mandava era o rival e poderoso Prof. José Fernandes Pontes, que insistia na forma anterior da palavra. A verdade

é que, mesmo onde ela foi aceite, a mudança foi efêmera, e pouco tempo depois escrevia-se “gastroenterologia” em todo o Brasil.

Na minha correspondência regular com o Prof. Gouveia Monteiro, dei-lhe naquela ocasião notícia da pequena polémica. Quando regresssei a Coimbra, na porta do corredor da Faculdade de Medicina por onde se entrava no respectivo laboratório, lia-se já: “Centro de Estudos de Gastreenterologia”. O Prof. Gouveia Monteiro ouvira entretanto as autoridades em línguas clássicas da Faculdade de Letras (creio que o Prof. Rebelo Gonçalves) e optou pela nova nomenclatura. Muitos o seguiram; por mim, continuei resistente imitando a forma usada noutras línguas, como a inglesa.

Uma palavra grega compõe-se, como qualquer palavra indo-europeia, de três elementos morfológicos sucessivos, que são a raiz (que indica o sentido geral da palavra), o sufixo (que precisa o valor da palavra), e a desinência (que indica o papel da palavra na frase). Por outro lado, cada um dos elementos morfológicos compreende uma parte estável, que é a consonântica, e uma parte variável, que é a vocálica e se chama alternância vocálica.

Na formação de palavras compostas, as palavras componentes originais que se articulam entre si são usadas na forma consonântica

da sua raiz; o sufixo, quando existe, junta-se ao fim da raiz da última raiz formativa; e a desinência vem depois desta.

Gastreenterologia é uma palavra composta, que vem do grego e resulta da junção sucessiva dos seguintes elementos:

Γαστρ - gastr- que significa ventre, barriga, e mais recentemente também estômago;

Εντερ - enter- que significa intestino delgado;

Λογ - log- que significa estudo ou tratado;

ΙΑ - ia- que é um sufixo que forma, entre outras, designações de teorias ou saberes.

Se não houvesse outras regras, a palavra final seria γαστρεντερολογία - gastreenterologia.

Em grego, porém, havia regras muito poderosas – as da eufonia – que não aceitavam a sucessão de duas raízes tais que a primeira acabasse e a segunda comesse por consoante. Essas regras obrigavam a interpor, entre essas duas consoantes, uma vogal, que por isso se chamava de ligação, e que era geralmente o. Ora entre γαστρ- e εντερ- não há que colocar vogal de ligação, visto não haver duas consoantes sucessivas; mas é já obrigatório interpô-la entre εντερ- e λογ-.

Quer dizer, a forma correcta da palavra é Γαστρεντερολογία - **Gastreenterologia**. Tinham pois razão os Professores Geraldo Siffert, Gouveia Monteiro, e Rebelo Gonçalves.





# A Qualidade no Acto Endoscópico

**N**o acto endoscópico convergem a ciência, a técnica e a arte. O conhecimento científico é o suporte que sustenta a edificação, a projecção e a dimensão da Endoscopia Digestiva, sem o qual esta perde a sua essencialidade como disciplina científica. Enquanto técnica, a Endoscopia Digestiva transfere, aplica e gera ciência. É a essência operativa e manipuladora do acto endoscópico. No entanto, a Endoscopia Digestiva não se resume a uma tecnociência. A sua terceira essência, a arte, alcança a Endoscopia Digestiva ao

patamar da transdisciplinaridade ou da metaciência. Sem arte, o acto endoscópico ficaria amputado de um dos seus atributos nucleares e reduzir-se-ia a um gesto de frieza tecnocientífica, sem perspectiva humanista. Enquanto arte, o acto endoscópico incorpora uma vertente fundamental: a maneira, modo ou jeito de lidar com o doente, suavizar a sua inquietação, sondar o seu atribulado espírito, compartilhar a sua dor, esclarecer as suas dúvidas e respeitar a sua dignidade e a sua integridade. Por isso, quem pratica Endoscopia Digestiva deverá ser, em primeiro lugar, um

“quê” do acto médico endoscópico. Ser cientista, no entanto, não basta. Enquanto arte, a Endoscopia Digestiva exige um envolvimento intelectual e moral que ultrapassa o saber técnico. Neste sentido, quem pratica Endoscopia Digestiva deve cultivar a sabedoria e o bom senso do humanismo, requisitos fundamentais para o exercício exemplar desta disciplina tecnocientífica.

Esta concepção do acto endoscópico, um primeiro requisito fundamental para o seu exercício num patamar de excelência, tem sido avalizada de uma forma clara e firme pelos órgãos representativos da nossa especialidade, numa postura de defesa intransigente da sua qualidade. Em trabalho árduo e profícuo, conduzido ao longo de anos, alcançaram a Gastreenterologia nacional e a sua valência principal, a Endoscopia Digestiva, a um plano de indiscutível competência, autoridade e credibilidade. Isto é, os gastreenterologistas portugueses estão em condições de prover cuidados de indiscutível qualidade e proficiência, nomeadamente no âmbito da Endoscopia Digestiva.

Só que a qualidade do acto endoscópico não depende exclusivamente, como é óbvio, de quem a pratica. Exige condições estruturais, organizacionais e laborais indispensáveis para a sua prática qualificada, quer a nível hospitalar, quer no ambulatório. Quando essas condições não estão preenchidas, como é a situação actual, é nosso dever pugnar firmemente pela sua urgente implementação, sob pena de sermos moralmente cúmplices da

degradação e desqualificação do acto endoscópico. O caso das convenções é um exemplo escandaloso e paradigmático. Neste âmbito, o especialista de gastreenterologia exerce a sua actividade profissional nas fronteiras do risco – moral e físico – e na “margem do impossível”. Questiono-me mesmo se é eticamente correcto continuar a prestar assistência endoscópica no quadro das convenções, tendo em conta as condições impostas pela tutela que ferem gravemente os princípios da moral e da justiça. Penso que chegou a altura de responder com dignidade a estes atropelos éticos. Se desejamos consolidar a grandeza e a nobreza da nossa especialidade, há duas exigências morais a cultivar e preservar: a competência profissional e o primado da ética. Ao longo dos anos, a tutela tem ignorado o primado da ética e da qualidade do acto endoscópico, e privilegiado, de forma obcecada e doentia, a redução dos custos, a qualquer preço. É urgente e essencial que os seus responsáveis entendam que a qualidade tem custos, como é óbvio, mas em si mesma é não só uma exigência técnico-científica, mas também um imperativo ético. Nesse sentido, a qualidade não tem preço, e não deve por isso estar sujeita aos constrangimentos irracionais de uma visão economicista da medicina, sem prejuízo, evidentemente, de se compatibilizar a qualidade com os menores custos. Aqui a tutela tem falhado de forma chocante e ofensiva. É altura de dizer basta!

*Diniz de Freitas*



cientista, isto é, um profissional com sólida competência que saiba interpretar o “porquê” e “para

# ASSOMED Reivindica Melhor Pagamento às Unidades Convencionadas

## ENDOnews – Quais são os objectivos da ASSOMED?

**Carlos Casteleiro** – A ASSOMED surgiu, essencialmente, para tentar que todos os endoscopistas-gastroenterologistas do país tivessem alguém que os representasse, ao nível da tutela, para apresentar as suas reivindicações.

## Em que se baseiam essas reivindicações?

Ao longo dos anos verificámos que os exames de endoscopia digestiva alta e baixa, apesar de possuírem uma elevada componente técnica e tecnológica, têm contrapartidas económicas muito baixas.

Mais de 70% do despiste do cancro colorrectal é feito pelos médicos endoscopistas, através de convenções com o Ministério da Saúde. Apesar da elevada componente técnica desses exames e da evolução tecnológica que ocorreu nos últimos anos, e que implicou grandes investimentos, no último ano o governo queria, inclusivamente, diminuir o preço dos exames endoscópicos. Felizmente, prevaleceu o bom senso. Através da Federação Nacional de Prestadores de Serviços de Saúde (FNS), apresentámos as nossas reivindicações ao secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, que compreendeu a nossa posição. O presidente da Federação, Dr. Abel Henriques, demonstrou que, devido à grande componente técnica, os custos de um exames são muito elevados. Em contrapartida, o preço pago pelo Ministério da Saúde aos convencionados é muito reduzido.

Para além do tempo que demoram, são exames com uma certa morbilidade, o que significa que é preciso ter cuidados especiais com o doente. Para além disso, os aparelhos requerem uma limpeza e desinfectação extremamente cuidadosa. Para que tudo isto seja possível e para permitir que as Unidades de Endoscopia convencionadas sejam tecnologicamente avançadas, é preciso

que os exames sejam pagos ao seu justo preço.

Os gastroenterologistas e, nomeadamente, os endoscopistas, compreendem as dificuldades do governo. Aceitamos as regras impostas pelo Ministério da Saúde, mas pensamos que os valores definidos pela tutela devem ser válidos apenas durante um determinado período de tempo, após o qual terão que ser revistos.

## São exames que, para além de fazerem o diagnóstico, podem tratar. Isso não implica uma mais-valia que outros rastreios não possuem?

É o único exame que, no despiste de uma determinada doença – nomeadamente, no rastreio do cancro colorrectal – pode tratar. A extracção de um pólipó pode evitar, mais tarde, a sua evolução para uma situação maligna.

## Na sua opinião, é o rastreio mais efectivo que existe actualmente?

É não só o mais efectivo como o mais barato. Todos os outros rastreios podem fazer o diagnóstico mas não resolvem os problemas. Através da utilização das técnicas endoscópicas, para além de rastrear, é possível fazer a terapêutica.

A relação custo-benefício é extremamente favorável. No entanto,



Mais de 70% do despiste do cancro colorrectal é realizado pelas Unidades de Endoscopia convencionadas. Apesar da elevada componente técnica destes exames e da evolução tecnológica ocorrida nos últimos anos, que implica grandes investimentos, o governo pretendia inclusivamente, diminuir o preço dos exames endoscópicos. A Associação dos Médicos de Endoscopia Digestiva (ASSOMED) já reagiu. O presidente da Associação, Carlos Casteleiro, diz que compreende as dificuldades do Governo mas que os convencionados não podem manter os mesmos preços eternamente



to, se o Estado pretender manter os valores actuais, podemos chegar a uma situação de recusa dos convenccionados em prosseguir com a realização destes exames. Entendemos as dificuldades que o país atravessa. Estamos solidários com o Governo mas consideramos que os pagamentos pelo valor que referi devem ter um limite de tempo, a partir do qual os endoscopistas-gastroenterologistas devem ser ressarcidos do esforço que estão a fazer.

#### **Qual é a relação que existe entre o preço de uma colonoscopia realizada numa unidade convenccionada relativamente aos hospitais públicos?**

Os hospitais estão vocacionados sobretudo para o tratamento das situações mais complexas. Não somos a favor de que o rastreio do CCR seja feito nos hospitais porque não têm capacidade de resposta. Pensamos que o rastreio deve ser feito pelos convenccionados, a um preço muito mais barato relativamente ao do hospital, o que representa ganhos substanciais para o Estado e uma resposta muito mais rápida na resolução dos problemas dos doentes.

#### **Quanto pode custar o rastreio do cancro colorrectal num hospital?**

Três ou quatro vezes mais do que o Estado paga ao sector convenccionado. Ninguém tem dúvidas de que os custos são muito mais elevados nos hospitais do que nas Unidades de Endoscopia privadas. São estruturas muito mais ágeis, com menos pessoal, e que respondem com rapidez. É evidente que não estão equipadas para fazer endoscopia pesada. Essa deve ser reservada aos hospitais. Em contrapartida, o rastreio deverá ser realizado nas Unidades convenccionadas.

#### **Como classificaria a resposta dos convenccionados?**

Já apresentam algumas dificuldades mas vão conseguindo dar resposta às solicitações. E funcionariam muito melhor se estes exames tivessem um contributo económico maior. Convém não esquecer que, além de ser demorado, o rastreio é realizado, obrigatoriamente, por especialistas, assistidos por um enfermeiro, também especializado em técnicas endoscópicas.

#### **Há quanto tempo é que o Ministério da Saúde não**

#### **actualiza as tabelas?**

A última actualização – de 6% – ocorreu há três ou quatro anos e, a penúltima, há dez anos.

#### **O Estado é mau pagador?**

O Estado demora a pagar cerca de sete meses. Pensamos que os endoscopistas foram extremamente generosos, na medida em que estão a colaborar com o Governo, mas consideramos que as regras têm que mudar no sentido de que os endoscopistas privados recebam uma maior compensação económica. Ao nível tecnológico, essas Unidades de Endoscopia apetrecharam-se com o melhor material que existe no mundo. Obviamente, precisa de ser rentabilizado.

#### **O Ministério da Saúde cobra aos subsistemas o mesmo que paga aos convenccionados?**

Não. A nível dos exames que realizamos nos hospitais, nomeadamente para a ADSE, SAMS, Ministério da Justiça, PT e outros, o Estado cobra um valor substancialmente superior àquele que paga aos convenccionados.

#### **Quanto?**

Na maioria das situações ultrapassa o dobro.

#### **Quais são as propostas da ASSOMED?**

Pensamos que a criação do cheque-rastreio seria uma medida positiva.

#### **Essa não é também uma das propostas da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva?**

Todos nós fazemos parte da

SPED e da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG). Portanto, as nossas ideias são, por vezes, comuns. Na minha opinião, é importante que haja esta sinergia de esforços entre a SPED, a SPG, a ASSOMED e o Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, que fazem mais de 70% de todos os exames de endoscopia digestiva deste país.

#### **Relativamente à problemática do cancro colorrectal, qual é a situação no nosso país?**

Temos que intervir muito mais para reduzir as três mil mortes que, todos os anos, são provocadas pelo cancro colorrectal. É um número substancialmente superior ao dos acidentes de viação. A redução do número de mortes por CCR só é possível através do rastreio por intermédio da endoscopia baixa. É fundamental que todas as pessoas com mais de 50 anos realizem este exame.

#### **Qual tem sido, na sua perspectiva, a resposta dos Médicos de Família a esta problemática?**

O trabalho da SPED, no sentido de alertar os Médicos de Família para a necessidade do rastreio do cancro colorrectal, tem sido muito positivo. Notamos, cada vez mais, o pedido de colonoscopia e a sensibilização dos colegas dos Cuidados de Saúde Primários para esta problemática. Com a dinâmica que se pode imprimir a todo este processo, pensamos que rapidamente poderíamos obter resultados semelhantes aos dos países desenvolvidos

*Adelaide Oliveira*



## Tema de Revisão

# Hemorragia Digestiva de Causa Obscura

A hemorragia digestiva é uma causa frequente de consulta médica, sendo a sua etiologia rapidamente esclarecida, na maioria dos casos, graças ao recurso à endoscopia digestiva. No entanto, em cerca de 5% dos pacientes, a etiologia do sangramento não é detectada após o processamento diagnóstico inicial, configurando a chamada hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO), entendida como um sangramento de causa desconhecida que persiste ou que recorre após realização de endoscopia digestiva e de colonoscopia total que não evidenciaram a causa da hemorragia. Esta deverá ser distinguida da hemorragia oculta, definida como uma perda de sangue pelo tubo digestivo que não é aparente à observação, sendo apenas detectável com o recurso a estudo laboratorial. De facto, trata-se de dois conceitos bem distintos, um versando a localização do sangramento e o outro, o de hemorragia oculta, a forma de apresentação. A HDCO define-se como

patente quando se manifesta sob a forma de melenas ou de hematoquêzias, ou oculta quando apenas existe anemia ferropênica ou a citada hemorragia oculta, detectada somente através da pesquisa laboratorial de sangue nas fezes.

Decorre da definição que a maioria dos casos de HDCO tem a sua origem em lesões localizadas no intestino delgado, sendo esta a principal indicação para o estudo deste segmento do tubo digestivo. As anomalias vasculares são a causa mais frequente de hemorragia com sede no intestino delgado, sendo responsáveis por mais de metade dos casos. As angiodisplasias resultam da dilatação das veias submucosas e dos capilares da mucosa, representando ectasias da vascularização normal e não verdadeiras malformações vasculares. Sob o ponto de vista endoscópico apresentam-se como formações avermelhadas, planas ou ligeiramente elevadas, muitas vezes de aspecto estrelado. Calcula-se que cerca de metade dos doentes com angiodisplasias do intestino delgado apresentarão um quadro de hemorragia digestiva, habitualmente sob a forma de melenas. A história natural destas lesões está incompletamente caracterizada, estando descrita a cessação espontânea do sangramento em cerca de metade dos casos. As lesões inflamatórias, sob a forma de úlceras, poderão explicar 10 a 20% dos episódios de hemorragia com origem neste segmento do tubo digestivo, sendo a etiologia mais frequente a toma de anti-inflamatórios não esteróides ou a Doença de Crohn. As neoplasias são responsáveis por 5 a 10% dos casos de sangramento com origem no intestino delgado. As mais frequentes são as benignas, encabeçadas pelos leiomiomas. A metastização pode igualmente ocorrer, sendo a pele e a mama as localizações mais frequentes da lesão maligna. Outras causas, mais raras, incluem, por exemplo, o divertículo de Meckel. Trata-se da anomalia congénita mais frequente no tubo digestivo, cuja complicação mais usual é precisamente a hemorragia. Esta ocorre habitualmente na infância, sendo responsável por dois terços dos casos de hemorragia com origem no in-

testino delgado que ocorrem em indivíduos com idade inferior a trinta anos.

A investigação diagnóstica do intestino delgado é difícil. Os estudos baritados e por TC apresentam uma taxa de diagnóstico de 5 a 10%. Estas cifras não são de estranhar dado que são técnicas vocacionadas para a detecção de massas, espessamento da parede intestinal, fistulização, pouco eficazes, portanto, na detecção das pequenas lesões angiodisplásicas que, conforme já referido, são a etiologia mais frequente da HDCO. Os estudos cintigráficos foram amplamente recomendados nesta indicação dada a sua facilidade de execução, baixo custo e reduzida taxa de complicações. No entanto, a sua positividade está dependente do débito de sangramento, sendo reduzida a capacidade de localização das lesões. A angiografia, que poderá permitir não só a detecção do local de sangramento mas também a sua etiologia, apresenta várias limitações, incluindo, tal como a cintigrafia, a necessidade de que a lesão esteja a sangrar a um débito mínimo no momento do exame. Outras limitações desta técnica incluem a sua taxa de complicações, reduzida disponibilidade e elevado preço.

Se atendermos à etiologia mais frequente da HDCO, o estudo endoscópico do intestino delgado poderá ser, sem dúvida, o procedimento com melhor rentabilidade diagnóstica neste contexto. No entanto, a localização remota em relação à boca e ao ânus, o comprimento e a configuração, são factores que condicionam a enteroscopia, sendo estas as razões pelas quais esta técnica, nas suas diferentes versões, não constituiu, durante muitos anos, um procedimento satisfatório. De facto, a enteroscopia por impulsão apresenta uma taxa de diagnóstico de cerca de 15%, um valor baixo que se prende com o facto de possibilitar uma observação do intestino delgado numa extensão limitada, não ultrapassando o jejuno. A enteroscopia per-operatória, com laparotomia ou laparoscopia, tem uma elevada capacidade de diagnóstico. No entanto, a obrigatoriedade de intervenção cirúrgica faz com que seja o último recurso perante um doente com HDCO, estan-



Figura 1 - Angiodisplasias ileais



Figura 2 - Úlcera ileal

do reservada para os casos em que o risco associado à severidade ou persistência das perdas hemáticas ultrapassa o da cirurgia.

O aparecimento da video-cápsula endoscópica (Given Imaging Lda, Yoqneam, Israel) (VCE) veio alterar, de forma radical, o estudo endoscópico do intestino delgado. O dispositivo utilizado, em forma de cápsula, com uma dimensão de 26 por 11 mm e 3,7 gr de peso, é de fácil deglutição. As imagens vídeo recolhidas ao longo do tubo digestivo são transmitidas, a um ritmo de duas imagens por segundo, para um sistema de antenas coladas ao abdómen do doente. Essas imagens são armazenadas num gravador portátil, transportado num cinto. A operacionalidade do sistema atinge oito horas, findas as quais a gravação é transferida para um computador, possibilitando a sua posterior visualização sob a forma de filme. A tecnologia revolucionária patenteada neste engenho, possibilitando a colheita de imagens de boa qualidade da totalidade da mucosa do intestino delgado, em ambulatório, com um desconforto mínimo para o paciente, veio determinar modificações importantes no processamento diagnóstico da patologia deste segmento do tubo digestivo. De facto, está amplamente demonstrada a superioridade da VCE na investigação da HDCO face às técnicas acima referidas, facto determinante para que a instituição "Food and Drug Administration" lhe atribuisse a qualificação de exame de primeira linha no estudo da mucosa do intestino delgado. Na literatura está relatada uma taxa de diagnóstico que poderá alcançar 70%, constituindo as angiodisplasias as lesões mais frequentemente encontradas (Figura 1). Na figura 2 mostra-se uma úlcera localizada no íleon, outro achado possível no contexto da investigação etiológica da HDCO.

Apesar do incontestável progresso que a VCE possibilitou, este procedimento apresenta limitações importantes, as mais relevantes das quais incluem a impossibilidade de colher biópsias ou de realizar actos terapêuticos. Por outro lado, o movimento aleatório da VCE, condicionado apenas pelo

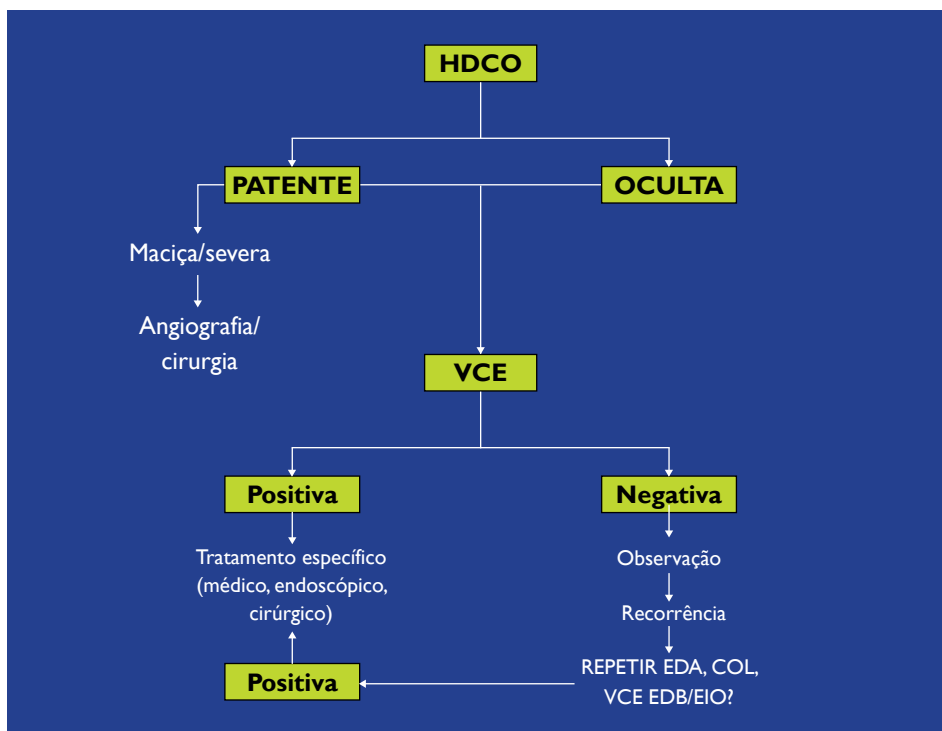


Figura 3 - Algoritmo de abordagem da HDCO (VCE - video-cápsula endoscópica; EDA - endoscopia digestiva alta; COL - colonoscopia total; EDB - enteroscopia duplo balão; EIO - enteroscopia intra-operatória)

peristaltismo intestinal, faz presumir que algumas das lesões não sejam detectadas ou que o sejam apenas parcialmente. Neste contexto, adivinhava-se o advento de uma nova técnica endoscópica que viesse a permitir complementar a VCE. Tal ocorreu com o aparecimento da enteroscopia com a técnica do duplo balão (EDB), descrita por Yamamoto e col. em 2001. Este procedimento, ao permitir uma observação em tudo semelhante à obtida com a endoscopia digestiva alta e com a colonoscopia, viabiliza a realização de todo o tipo de procedimentos já descritos relativamente a essas técnicas endoscópicas, designadamente a colheita de biópsias e a realização de actos terapêuticos, incluindo a hemostase endoscópica. A EDB surge, assim, como técnica que complementa a VCE, com potencialidades que poderão ser utilizadas em função dos achados desta. As angiodisplasias do intestino delgado, a causa mais frequente de HDCO, consubstanciam esta complementaridade. Assim, após a sua detecção com VCE, poder-se-á proceder à sua destruição através

da EDB, obviando aos incertos resultados da terapêutica médica e à mutilação da ressecção cirúrgica.

Apresenta-se na figura 3, à laia de conclusão, um algoritmo de abordagem da HDCO. Saliencia-se que, fora do contexto da HDCO maciça e severa, a VCE é o exame de primeira linha a preferir nesta indicação. O papel da EDB é complementar do da VCE na medida em que permite a colheita de biópsias ou a realização de actos terapêuticos sobre as lesões previamente diagnosticadas. Um grupo de doentes onde ainda não é clara a actuação a seguir é o dos que apresentam um primeiro exame com VCE negativa, mas que evidenciam recorrência do sangramento. Neste contexto, é obrigatória a repetição da endoscopia digestiva alta e da colonoscopia total, sendo discutível qual o método de enteroscopia a adoptar caso se confirme a ausência de lesões no tracto digestivo alto e no cólon.

Pedro N. Figueiredo  
Serviço de Gastrenterologia  
Hospitais da Universidade de Coimbra

## Caso Clínico

## Hemorragia Digestiva de Causa (Pouco) Obscura

Sandra Lopes, Pedro Figueiredo, Carlos Gregório, Maximino C. Leitão

**D**oente do sexo masculino, com 22 anos de idade, internado para estudo de hemorragia digestiva de causa obscura. Referia um episódio único de melenas, três dias antes da admissão no Serviço de Urgência, seguido de sensação de mal-estar geral, tonturas, cansaço fácil e lipotímia. Ao exame objectivo apresentava palidez cutâneo-mucosa, hipotensão (90-60 mm Hg), taquicardia (110 bpm), tendo o toque rectal confirmado

a presença de melenas. Sem antecedentes patológicos relevantes nem toma de anti-inflamatórios não esteróides. No Serviço de Urgência realizou estudo analítico que revelou apenas a presença de anemia normocítica (7,7 g/dl, 88 fl) tendo sido transfundido com duas unidades de concentrado de eritrócitos. Uma vez internado, efectuou endoscopia digestiva alta, tendo-se observado escassos resíduos de hematina no lúmen gástrico. Dado o hemogra-

*Ascaris lumbricoides* (Figura 1 e 2). O exame parasitológico de fezes foi negativo. Foi instituída terapêutica inicialmente com omeprazol e após o resultado da vídeo-cápsula com albendazol (duas tomas de 400 mg intervaladas por duas semanas). Quatro semanas após a alta apresentava um teor de hemoglobina de 13,7 g/dl, permanecendo assintomático após vinte e seis meses de seguimento.

**Comentário:**

Em 5 a 10% dos casos de hemorragia digestiva, a etiologia do sangramento escapa à detecção pela endoscopia digestiva alta e pela colonoscopia total, enquadrando-se tais situações, na definição de hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO). As lesões vasculares do intestino delgado, nomeadamente as angiodisplasias, são a causa mais frequente de HDCO, representando 30 a 40% dos casos, devendo, no entanto, num doente com idade inferior a 25 anos, ser equacionada a hemorragia por ulceração do divertículo de Meckel.

No caso em epígrafe, a demonstração da parasitose intestinal com melhoria clínica após tratamento específico e a ausência de outro factor causal que pudesse explicar o quadro hemorrágico fundamentam a hipótese etiológica avançada. Embora as infestações parasitárias possam causar várias complicações no tracto digestivo, a hemorragia maciça é uma forma de apresentação rara. Das parasitoses que atingem o Homem, os helmintas são os mais frequentes, e, de entre estes, é o

*Ascaris lumbricoides* o mais prevalente. A maioria dos doentes não apresenta sintomas específicos ou eosinofilia periférica, sendo frequentemente assintomática. Pode, no entanto, induzir obstrução gastrointestinal ou biliar, abscesso hepático, pancreatite, vôlvulo, intussuscepção ou apendicite aguda. Embora nestas infestações a anemia devido a perdas crónicas ou malnutrição seja comum, são poucas as referências na literatura a hemorragia gastrointestinal patente. Presume-se que a lesão sangrante resulte do traumatismo mecânico produzido pelas formas adultas, embora outros autores sugiram que a acção irritativa das secreções produzidas por estas possa estar implicada. A pesquisa de ovos nas fezes, que se torna positiva dois meses após a exposição inicial, é muitas vezes negativa dado que a eliminação é feita de modo intermitente e/ou em número variável. As formas adultas podem ser observadas ocasional e inesperadamente durante a realização do estudo endoscópico. A ascaridíase intestinal pode ser tratada com albendazol, embora a remoção endoscópica, quando o número de parasitas seja reduzido, ou o recurso à cirurgia, na presença de algumas complicações atrás mencionadas, também possam ser considerados. Concluimos salientando, que, devido à ocorrência comum desta infestação é importante considerar a ascaridíase intestinal no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva de causa obscura, especialmente nos países temperados e tropicais.



Figura 1



Figura 2

ma pós-transfusional revelar um teor de hemoglobina de 8,1 g/dl, foram administradas duas unidades adicionais de concentrado de eritrócitos. Foi submetido a colonoscopia total que não evidenciou qualquer alteração. Realizou cintigramas com glóbulos vermelhos marcados e para pesquisa de divertículo de Meckel que foram negativos. O trânsito baritado do intestino delgado revelou-se normal. Realizou enteroscopia total com recurso a vídeo-cápsula, que permitiu evidenciar a presença de parasitas a nível do jejuno, cuja forma cilíndrica, lisa e fusiforme era sugestiva de corresponder a



## Novas Tecnologias

# Enteroscopia com a Técnica do Duplo Balão

O sistema endoscópico do duplo balão (figura 1), desenvolvido pela Fujinon, consiste num endoscópio onde, na sua extremidade distal, pode ser montado um balão, num "overtube" com um balão e numa bomba que controla o enchimento e esvaziamento dos balões. Estão comercializados dois tipos de endoscópios, ambos com dois metros de comprimento: um mais fino, com

um calibre de 8,5 mm e um canal de trabalho de 2,2 mm e outro, dito terapêutico, com um calibre de 9,4 mm e um canal de trabalho de 2,8 mm. O "overtube" tem um comprimento de 145 cm e um calibre de 12,2 ou de 13,2 mm consoante o enteroscópio. Os balões são utilizados a uma pressão de 45 mm Hg, um valor que permite, simultaneamente, conter o intestino e não provocar desconforto no paciente.

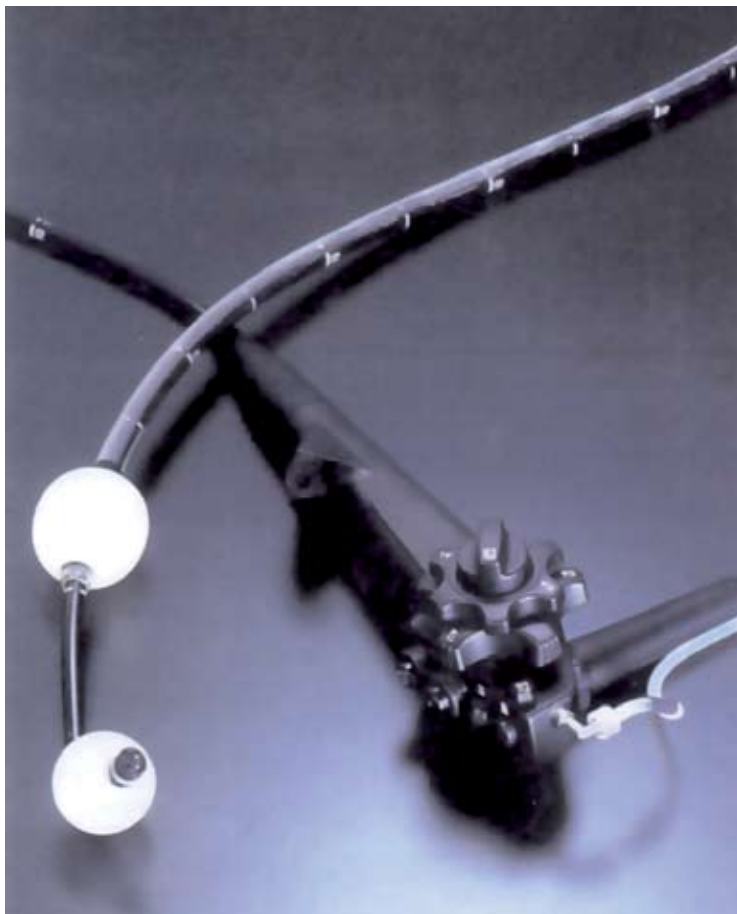


Figura 1 - Enteroscópio e "overtube" com os respectivos balões insuflados

A metodologia do duplo balão teve a sua origem no reconhecimento de que as dificuldades na progressão do aparelho na enteroscopia por impulsão radicavam na impossibilidade de transmitir eficazmente a força necessária à porção distal do enteroscópio a partir do momento em que este se encontrasse encurvado, originando, pelo contrário, um estiramento da parede intestinal na zona de angulação. Perante este pressuposto, importava encontrar a forma de manter o endoscópio rectificado, o que foi conseguido através do "overtube". Durante o processo de inserção, este é deslocado até à sua extremidade distal, momento em que, graças à acção dos dois balões, é possível puxar o conjunto e provocar um encurtamento do comprimento do intestino, a que se segue um movimento de progressão do endoscópio, após o qual se repete o procedimento relativo ao "overtube". O avanço do aparelho no intestino delgado, conseguido após uma abordagem anterógrada ou retrógrada, consoante a localização das lesões, resulta da acção combinada dos dois balões que, alternadamente, funcionam como meio de contenção, permitindo manter encurtado o segmento de intestino delgado localizado a montante. Com esta técnica é possível utilizar eficazmente todo o comprimento do aparelho o que, em conjugação com o encurtamento intestinal, permite a realização de enteroscopias totais e, consequentemente, a colheita de biópsias e a realização de procedimentos terapêuticos em qualquer localização.

Pedro Figueiredo

Serviço de Gastrenterologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

Sociedade Portuguesa de  
Endoscopia Digestiva

[www.sped.pt](http://www.sped.pt)



# Novos Desafios em Anestesiologia e Gastrenterologia

No passado dia 17 de Dezembro de 2005 decorreu no Centro de Congressos dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) um *workshop* abordando o tema “Novos Desafios em Anestesiologia e Gastrenterologia” organizado pelos Serviços de Anestesiologia e Gastrenterologia desse Hospital e coordenado pelo Dr. Pedro Ribeiro do Serviço de Anestesiologia.

O tema da primeira mesa-redonda, presidida pelo Prof. Diniz de Freitas e moderada pelo Dr. Hermano Gouveia, foi “Os novos desafios da Gastrenterologia de Intervenção”. O Dr. Pedro Amaro, gastrenterologista dos HUC, procurou traçar uma perspectiva histórica do desenvolvimento da endoscopia digestiva, desde os desenvolvimentos técnicos primordiais que, de uma forma rudimentar, permitiram as primeiras observações das porções mais acessíveis do aparelho digestivo, até aos refinamentos posteriores, mais recentes, que possibilitaram a sua afirmação como a metodologia de eleição na avaliação do tubo digestivo, nomeadamente do esófago, estômago, cólon e recto, bem como de estruturas anexas, como o pâncreas e as vias biliares. Se a video-cápsula endoscópica e o enteroscópio de duplo balão permitiram aceder à última fronteira, o intestino delgado, inacessível na sua totalidade até há bem pouco tempo, outras técnicas abriram perspectivas para além do lúmen digestivo como a eco-endoscopia e, ainda a título experimental, a endoscopia transgástrica. Desenvolvendo-se paralelamente à problemática do acesso às diferentes partes do aparelho digestivo, o tipo e qua-

lidade da imagem gerada pelos equipamentos sofreu uma evolução vertiginosa que, ultrapassado o desafio de proporcionar uma imagem fidedigna das estruturas anatómicas macroscópicas, promete para breve um verdadeiro diagnóstico histológico endoscópico ou biópsia óptica, baseado em imagens de elevadíssima ampliação e resolução.

A extraordinária revolução diagnóstica proporcionada pela endoscopia digestiva gerou de imediato novas necessidades, nomeadamente de intervenção terapêutica, que dessem resposta às novas situações com que o Gastrenterologista se passou a deparar. O primeiro grande desafio foi a terapêutica da hemorragia digestiva para a qual se desenvolveram um conjunto de procedimentos de hemostase endoscópica que actualmente conferem à Endoscopia Digestiva um papel nuclear no manejo desta entidade. O segundo grande campo de intervenção terapêutica foi o da ressecção de lesões do tracto digestivo, nomeadamente mediante procedimentos como a polipectomia. Esta técnica encontrou terreno fértil na prevenção secundária e tratamento das formas iniciais do cancro do cólon e recto, um dos de maior incidência no Mundo Ocidental. Estas duas vertentes terapêuticas da Endoscopia Digestiva prontamente se consolidaram como uma abordagem alternativa à cirurgia, minimamente invasiva, relativamente bem tolerada, altamente eficaz e segura e com excelente relação de custo-benefício. Esta demonstração de potencial terapêutico foi essencial na afirmação da Gastrenterologia como especialidade médica e deu ori-

gem à exploração intensiva de novas fronteiras e à multiplicação das áreas de intervenção em patologia digestiva a que hoje se assiste. Foi esse o tema da comunicação do Dr. Nuno Almeida, gastrenterologista dos HUC, que traçou uma perspectiva global das técnicas de Gastrenterologia de Intervenção, suas indicações e limitações, resultados e eventuais efeitos adversos ou complicações. Foram abordados o papel da endoscopia digestiva na nutrição entérica, no tratamento das estenoses do lúmen digestivo, na patologia das vias biliares e pâncreas, na doença de refluxo gastro-esofágico, no divertículo de Zenker, na obesidade ou no tratamento de ressecção de neoplasias superficiais por mucossectomia. Além destas técnicas, umas de valia consolidada outras ainda em validação, anteviu-se o futuro do que será uma verdadeira cirurgia endoscópica com o desenvolvimento de técnicas como a sutura endoscópica e que, já hoje, permitem a realização em regime experimental de gastro-enterostomias e funduplicatura endoscópicas.

O desenvolvimento exponencial da endoscopia digestiva diagnóstica, mas cada vez mais de intervenção, teve como consequência a realização de procedimentos cada vez mais invasivos, mais complexos e de maior duração e, por inerência, susceptíveis de ser menos bem tolerados ou passíveis de condicionar riscos acrescidos. Além disso, há procedimentos que, pela sua natureza, são previsivelmente dolorosos ou desencadeadores de estímulos reflexogêneos, assim como há doentes não colaborantes ou que, devido a patologia associada do foro cardíaco ou respiratório,

toleram mal o stress induzido. O recurso a técnicas de sedação ou sedo-analgesia concomitante tornou-se assim cada vez mais necessário. Embora existam linhas de orientação para a sua utilização por não anestesiologistas, tendo em conta a escassez dos meios anestésicos e as crescentes necessidades de várias especialidades, já nas situações de maior complexidade, as exigências impostas pelas boas práticas assistenciais e de manuseamento farmacológico, tornam desejável a colaboração da Anestesiologia no manejo destes doentes e a sua participação activa na orgânica de funcionamento das Unidades de Endoscopia Digestiva. A realização de uma técnica endoscópica com sedação ou sedo-analgesia pressupõe uma interacção dinâmica complexa entre o doente e uma equipa pluridisciplinar (gastrenterologista, anestesta, enfermeiros e auxiliares de acção médica) que executa um determinado procedimento técnico coadjuvado por um plano anestésico específico. O sucesso do procedimento é o objectivo essencial mas não é menos relevante que seja alcançado em condições da máxima segurança e conforto.

A mesa-redonda de Anestesiologia, presidida pelo Dr. Martins



Nunes, e moderada pela Dra. Teresa Almeida e Sousa, abordou os temas “Manuseamento de fármacos” apresentado pelo Dr. Nuno Freitas, “Pós-operatório imediato” pelo Dr. Pedro Trincão, “Pós-operatório de 24 horas” pela Dra. Cláudia Alves, “Cuidados de enfermagem intraprocedimento” pelo En<sup>o</sup> João Capinha e “Unidade de cuidados pós-anestésicos – Cuidados de enfermagem” pela En<sup>o</sup> Juliana Muxagato.

Os objectivos principais da sedação ou sedo-analgesia são o proporcionar de ansiólise, analgesia e amnésia para o procedimento endoscópico. Estes objectivos devem ser alcançados recorrendo à menor quantidade de fármacos que assegure o conforto do doente e que, em simultâneo, mantenha a estabilidade hemodinâmica e dos sinais vitais, permita aumentar a cooperação do doente e que possibilite um recobro rápido. Para se alcançar o efeito

adequado há que ter presente que existe uma resposta variável à sedação ou sedo-analgesia, nem sempre possível de prever, uma vez que esta se processa em função de um *continuum* sedativo-anestésico que é dose dependente mas que deve também ter em conta o status fisiológico e a variabilidade de resposta de cada indivíduo. Este *continuum* inicia-se com a depressão do sistema nervoso central, subjacente aos objectivos pretendidos, mas pode rapidamente progredir para depressão respiratória e posteriormente cardiovascular, complicações que podem ocorrer se o procedimento anestésico não for adequadamente controlado. Deste modo, a profundidade de sedação a alcançar deve ser ajustada ao requerido e deve exigir a monitorização e as intervenções ajustadas a cada nível. Ao induzir-se sedo-analgesia há que ter presente que o doente pode evoluir de forma rápida e pouco previsível para níveis mais profundos do que o pretendido, pelo que se exige a competência e disponibilidade de recursos para o resgatar para os níveis adequados.

Assim, é possível definir diferentes níveis de profundidade de sedo-analgesia. O mais superficial é a *sedação mínima ou ansiólise*, um estado em

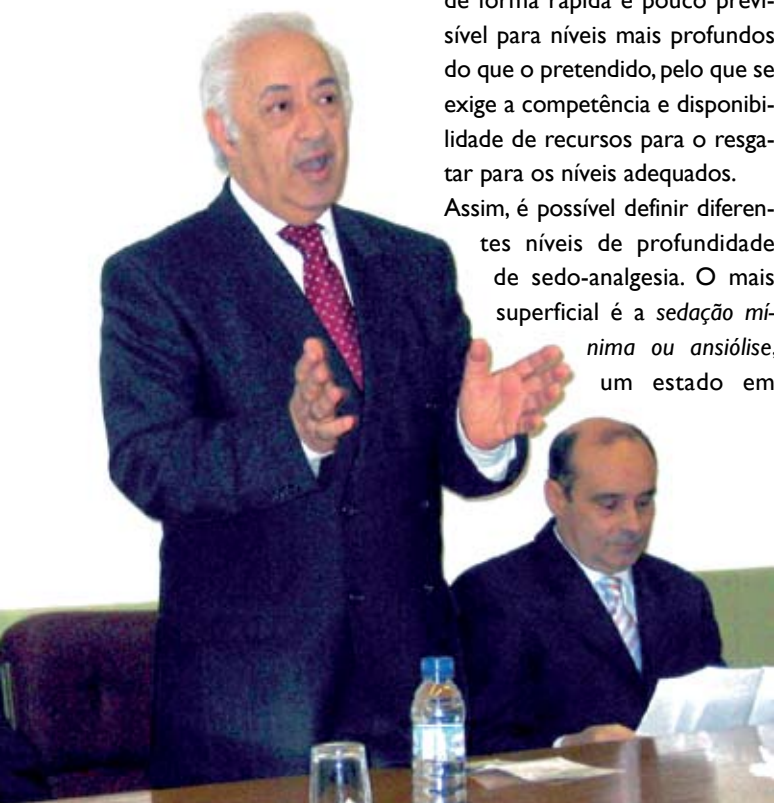
que o doente responde normalmente a estímulos verbais, embora as suas funções cognitivas e de coordenação possam estar afectadas. As funções respiratória e cardiovascular estão normalmente preservadas. Assim deverá suceder durante a *sedo-analgesia moderada ou sedação consciente* em que o estado de consciência se encontra já mais deprimido mas em que é possível obter respostas a estímulos verbais ou associando-lhe estímulo táctil ligeiro. Já na *sedo-analgesia profunda* o doente não é facilmente despertável, apresentando resposta verbal apenas a estimulação repetida ou dolorosa. A função respiratória e a *patência* das vias aéreas podem tornar-se comprometidas exigindo intervenção; a estabilidade cardiovascular deverá ainda estar mantida. Por último, durante a *anestesia geral* o doente não é despertável, independentemente do estímulo, estando a função ventilatória usualmente comprometida, exigindo com frequência que se mantenha a *patência* das vias aéreas e se proporcione suporte ventilatório. A função cardiovascular pode ser objecto de perturbações, carecendo de intervenção.

Por este motivo, a sedo-analgesia constitui um procedimento diferenciado que exige o cumprimento de normas de boa prática clínica, objecto de recomendações das sociedades de endoscopia digestiva e anestesiologia, contemplando o período pré-sedação, durante e após a sedação e que se aplica a todos os doentes. Exige a qualificação dos profissionais envolvidos, a existência de recursos de monitorização e de ressuscitação, protocolos de registo de cuidados e intervenções, bem como de notificação

de incidentes, complicações, morbidade e mortalidade.

O período de pré-sedação envolve uma correcta interacção com o doente, contemplando a sua informação, instrução e obtenção de consentimento informado. A avaliação deve incluir a obtenção de uma história médico-cirúrgica que identifique comorbidade e factores de risco, medicação habitual e alergias. Pressupõe também promover jejum de duração ajustada e programar o transporte e acompanhamento em situações de actos em ambulatório. Implica ainda a verificação de todo o equipamento e da disponibilidade de fármacos, certificação da limpeza e de desinfeção, bem como a supervisão do posicionamento do doente.

O aumento da eficácia e da margem de segurança da sedação ou sedo-analgesia decorreu dos avanços farmacológicos e de monitorização. A monitorização básica aconselhável para a realização de procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório encontra-se definida pelas associações de Anestesiologia e contempla ECG contínuo, medição de tensão arterial e da frequência cardíaca e oximetria capilar. O arsenal de fármacos hoje disponível é extenso. O agente sedativo-anestésico ideal deveria caracterizar-se pela ausência de toxicidade aguda ou crónica, de indução enzimática ou fenómenos de taquifilaxia. Não deveria causar depressão respiratória isoladamente ou em associação, nem instabilidade cardiovascular por depressão miocárdica, excessiva vasoconstrição ou vasodilatação. Não deveria ainda ter efeitos endócrinos, metabólicos ou imunológicos. Do ponto de vista farmacodinâmico, o agente ideal deverá ter um





efeito clínico previsível, um início de acção rápido e suave e uma ampla janela terapêutica. O seu efeito não deveria estar sujeito a perturbações em situações extremas de choque, distúrbios hidro-electrolíticos ou ácido-base, disfunção ou falência de órgãos, assim como não deveria ser passível de tolerância ou causador de síndrome de abstinência. As propriedades farmacocinéticas ideais deveriam contemplar um rápido equilíbrio entre os compartimentos plasmático e cerebral, uma rápida redistribuição com reajuste fácil da dose, a ausência de efeito de acumulação, a eliminação eficaz mesmo em caso de disfunção hepática ou renal e a ausência de metabolitos activos. Do ponto de vista farmacêutico, importaria que fosse de administração simples, sem necessidade de equipamento complexo ou de elevado custo, que fosse estável em solução e passível de exposição luminosa, que não sofresse adsorção pelo vidro ou plástico, que não interagisse fisicamente com outros fármacos, que fosse hidrossolúvel sem solventes ou transportadores e que não causasse irritação venosa.

Os principais fármacos actualmente ao dispor são as benzodiazepinas, nomeadamente o midazolam, os indutores anestésicos como o propofol, os opióides como o fentanil, os barbitúricos como o tiopental, ou ainda a ketamina ou butirofenonas como o droperidol. Apresentam diferentes características que podem ser utilizadas consoante os objectivos a alcançar, sendo de ter em conta o seu efeito clínico, perfil de segurança e de efeitos adversos, bem como o tempo para o início da acção, o pico do efeito e a duração de acção. Estes fármacos podem ser

utilizados isoladamente ou em combinações farmacológicas (por exemplo midazolam + fentanil/al-fentanil), as quais podem visar a obtenção de maior eficácia com a administração de doses mais reduzidas, uma diminuição do risco de depressão ou um recobro mais rápido. No entanto, a maior complexidade do procedimento potencia o erro e arrisca a ocorrência de sinergias imprevistas. As técnicas de administração podem também ser diversas, seja por administração de doses baixas repetidas até ao efeito desejado, seja por bólus na dose calculada, seja por infusão contínua.

Concluído o procedimento endoscópico, a prestação de cuidados adequados e a segurança do doente continuam a ser o objectivo essencial no período pós-sedação ou de recobro, durante o qual persiste o risco de se desenvolverem complicações (por ex. sedação residual, depressão cardio-respiratória, complicações técnicas, etc.). Por este motivo, a supervisão do período de recobro e da alta continua a ser da competência médica (gastroenterologista ou anestesista). De igual modo se exige que o local de recobro disponha de equipamento de monitorização, disponibilidade de oxigénio, acessos venosos, material e fármacos de emergência, bem como profissionais com competência em suporte básico e avançado de vida.

O recobro imediato ou de Fase I é o período que medeia desde o final do procedimento até ser recuperado o estado de consciência e atingida a estabilidade da função cardio-respiratória. Este período é habitualmente cumprido no local de execução do procedimento endoscópico,

sendo os doentes transferidos para uma unidade de recobro intermédio ou de Fase II até que cumpram critérios para alta. Estes critérios foram defi-

nidos tendo como objectivo minimizar o risco de depressão cardio-respiratória ou neurológica após a alta. Devem basear-se num sistema de pontuação (score) objectivo, fácil de aplicar e reproduzível (por ex. o PADSS – *Post-Anesthesia Discharge Scoring System*) que permita aferir com segurança que estão reunidas as condições de alta para o domicílio. Assim, o doente deve estar orientado no espaço e tempo e ter capacidade de deambular conforme o nível pré-procedimento, deve ter sinais vitais estáveis e dentro de limites apropriados e apresentar náuseas e vômitos mínimos, bem como dor mínima controlada por medicação oral e ausência de perdas hemáticas. O recobro tardio ou de Fase III decorre desde a alta até à retoma das actividades normais do dia-a-dia. Nesta fase podem ainda persistir distúrbios psico-motores subtis e alterações cognitivas que impedem o retomar pleno da actividade. Por este motivo, durante as primeiras 24 horas, o doente não deve conduzir, operar máquinas cortantes e/ou eléctricas, não deve realizar operações que exijam coordenação fina e não deve tomar decisões importantes ou com implicação legal. Além disso há que ter em conta que muitas complicações ocorrem após a alta. Por estes motivos, o doente deve ser acompanhado por adulto responsável e devem ser dadas



informações verbais e escritas sobre dieta, medicação, actividade física ou profissional. A ocorrência de complicações ou efeitos adversos após a alta, não podendo ser totalmente eliminada num contexto de crescente realização de procedimentos em regime de ambatório, não deverão apanhar o doente e acompanhantes desinformados e desamparados. Instruções sumárias sobre as intercorrências mais frequentes e um conjunto de procedimentos a cumprir nessas circunstâncias, devem contribuir para minimizar a insegurança e eventuais consequências. O serviço deve disponibilizar um contacto telefónico permanente e um eventual reingresso deverá estar acautelado.

Mediante esta abordagem rigorosa e multidisciplinar será possível, no âmbito da Gastroenterologia de Intervenção, proporcionar cuidados com qualidade e eficácia progressivamente crescentes e, simultaneamente, com a menor interferência possível na vida dos pacientes, sem contudo pôr em causa a sua segurança e conforto. Este desiderato impõe novas exigências à estrutura e organização das Unidades de Endoscopia Digestiva que, não sendo facilmente ultrapassáveis e não estando cumpridas em muitas circunstâncias, seguramente constituem um caminho que deverá ser trilhado.

Pedro Amaro

## IV Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica

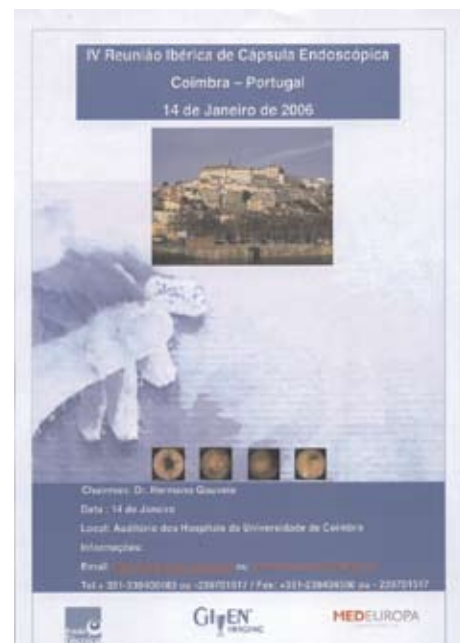
A IV Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica, coordenada pelo Dr. Hermano Gouveia e patrocinada pelas sociedades portuguesas de Gastrenterologia e de Endoscopia Digestiva, bem como pelo Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, decorreu em Coimbra, nos auditórios dos Hospitais da Universidade, no dia 14 de Janeiro de 2006. Trata-se de uma reunião científica que, desde a sua primeira edição em Sevilha, no ano de 2003, vem registando um número crescente de inscritos, tendo-se, nesta edição, alcançado um número de participantes que ultrapassou a centena.

Esta reunião, que congrega os gastrenterologistas portugueses e espanhóis que se dedicam à realização de enteroscopia por cápsula endoscópica, tem como objectivo dar a conhecer as experiências nacionais e actualizar conhecimentos sobre esta técnica. Resumidamente, trata-se de um método endoscópico, realizado em ambulatório, que visa estudar o intestino delgado, sendo hoje reconhecido como o meio complementar de diagnóstico mais adequado à investigação deste segmento do tubo digestivo.

O programa científico incluiu três conferências, quatro mesas-redondas e uma sessão em que houve transmissão em directo, acompanhada de debate, de uma técnica endoscópica. É de assinalar a inclusão de trinta comunicações científicas, dezassete apresentadas oralmente e as restantes sob a forma de poster. A primeira das conferências foi proferida pelo Dr. Michel Delvaux, com o título: "Structured terminology for capsule endoscopy". Da sua apresentação ressaltou a necessidade de uniformizar a linguagem técnica a utilizar nos relatórios endoscópicos, designadamente nos de cápsula endoscópica. A segunda conferência, da autoria do Dr. Herreras Gutiérrez, versou o tema "Esófago e cápsula endoscópica". O autor apresentou a sua experiência com este outro tipo de cápsula, diferente da que é utilizada para estudar o intestino delgado, e que tem como principais indicações a Doença de refluxo gastro-esofágico e as varizes esofágicas. O engenho apresenta uma boa sensibilidade e especificidade, mas, na discussão,

foi abordada a questão do seu elevado custo, fortemente limitativo da sua utilização. A terceira conferência, cujo autor foi o Dr. Marco Pennazio, intitulou-se "Capsule endoscopy in 2006: where do we stand and future perspectives". A assistência teve ocasião de assistir a uma extensa revisão sobre vários aspectos relacionados com a técnica, desde os que respeitam à preparação e contra-indicações, até às indicações, quer as já aceites quer as potenciais, passando por evoluções técnicas relacionadas com o software de leitura dos exames. É de destacar a referência ao possível aparecimento de uma cápsula destinada à visualização endoscópica do cólon, o que poderá vir a revolucionar o rastreio do carcinoma do cólon e do recto.

A primeira mesa-redonda, presidida pelo Professor Doutor Carneiro Chaves e pelo Dr. Vázquez Iglesias, versou aquela que é a principal indicação para a realização da cápsula endoscópica, a hemorragia digestiva de causa obscura. A Dr. Begoña Gonzalez, após definir o conceito, hemorragia digestiva que persiste após realização de endoscopia digestiva alta e de colonoscopia total que não detectam alterações, presumindo-se, assim, que a fonte de sangramento tem a sua sede no intestino delgado, evidenciou a excelente eficácia diagnóstica do método nesta indicação. O Dr. Pedro Figueiredo corroborou as palavras da palestrante precedente, mas chamou a atenção para questões ainda não esclarecidas na literatura, designadamente o impacto clínico dos achados endoscópicos. A segunda mesa-redonda, presidida pelos Drs. Venâncio Mendes e Muñoz Navas, abordou o tema da Doença Inflamatória Intestinal. Apresentaram o assunto o Dr. Angel Alvarez e o Professor Doutor Mascarenhas Saraiva que ressaltaram a importância da técnica nesta indicação, designadamente nos casos de colite indeterminada. A terceira mesa-redonda, presidida pelo Professor Doutor Maximino Correia Leitão e pelo Dr. Ramirez Armengol, incidiu sobre a questão dos tumores intestinais. Os Drs. Josep Llach e José Soares salientaram a dificuldade de diagnóstico destas lesões e a importância desta técnica na sua detecção atempada, bem como a sua relevância no âmbito do diagnós-



tico e seguimento dos pacientes com quadros de polipose intestinal múltipla. A quarta mesa redonda, presidida pelo Professor Doutor Carrilho Ribeiro e pelo Dr. Jorge Huelin, teve como palestrantes a Dr<sup>a</sup>. Asteizaga Daganzo e a Dr<sup>a</sup>. Clotilde Lérias e versou o tema: "Preparação, complicações e outras indicações em endoscopia por cápsula".

A sessão dedicada à enteroscopia com duplo balão foi presidida pelos Drs. Leopoldo Matos e Teresa Sala, e teve como palestrantes os Drs. Pérez-Cuadrado e Fernández Díez que apresentaram a sua experiência com esta técnica. A transmissão em directo decorreu a partir do Serviço de Gastrenterologia dos HUC, tendo sido protagonizada pelo Dr. Pedro Figueiredo. A técnica, recentemente instituída em Portugal no citado serviço, consiste na abordagem endoscópica, com aparelho flexível semelhante ao utilizado para a realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, do intestino delgado permitindo, ao contrário do que acontece com a cápsula endoscópica, colher biópsias e realizar actos terapêuticos. Na referida sessão foi tratado um doente com história de sangramento digestivo repetido que apresentava múltiplas angiodisplasias jejunais e ileais.

A reunião terminou com a sessão de encerramento que incluiu a apresentação, a cargo do Dr. Ramirez Armengol, da V Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica a decorrer em 2007, em Madrid.

Pedro Figueiredo

# A Mucosectomia Endoscópica



- Aspectos endoscópicos e histológicos da mucosectomia endoscópica:
  - Esófago - epitélio pavimentoso – *Pedro Amaro/Augusta Cipriano*;
  - Esófago - metaplasia de Barrett – *A. Dias Pereira/Paula Chaves*;
  - Estômago – *Dinis Ribeiro/Carlos Lopes*;
  - Cólon – *António Marques/Afonso Fernandes*;
- Duas Conferências proferidas pela Dra. Cecília Fenoglio, patologista que trabalha em Cincinatti:
  - O manejo prático dos espécimes de mucosectomia endoscópica – um bom trabalho da equipa de gastroenterologia e de patologia;
  - Diagnóstico de espécimes de mucosectomia – o que se deve fazer com este diagnóstico?
- Apresentação e discussão das normas para o manejo das peças de mucosectomia endoscópica.

O progresso significativo da endoscopia digestiva nas últimas décadas, com o desenvolvimento de técnicas adicionais levou ao diagnóstico precoce e ao tratamento endoscópico de lesões pré-neoplásicas e/ou neoplásicas superficiais, constituindo uma alternativa à cirurgia. A mucosectomia endoscópica ou ressecção endoscópica da mucosa (EMR) pode-se definir como a ressecção endoscópica de um fragmento da parede digestiva, que inclui a mucosa e a *muscularis mucosae* e, frequentemente também, parte ou a totalidade da submucosa. Trata-se de um procedimento minimamente invasivo, com baixa morbilidade e mortalidade, o que associado à sua potencialidade para ser um tratamento curativo em lesões superficiais, levou à sua divulgação nos centros de endoscopia de todo o mundo. Existem três grandes indicações para a mucosectomia endoscópica:

- Diagnóstico preciso de uma lesão, para determinar a necessidade ou não de terapêutica cirúrgica;
- Tratamento endoscópico com intenção curativa – deve obedecer a normas de execução que incluem a verificação pelo patologista de margens livres de lesão > 2 mm;
- Tratamento paliativo.

**E**m 21 de Janeiro de 2006 decorreu a Reunião intitulada “A Mucosectomia Endoscópica” na sede da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, organizada pelos Professores Paula Chaves e C. Nobre Leitão e presidida pelo Prof. Carlos Lopes, presidente da Sociedade Portuguesa de Patologia, e pelo Dr. Venâncio Mendes, presidente da Sociedade Portuguesa de

Endoscopia Digestiva.

Estiveram presentes cerca de 75 gastroenterologistas e patologistas, participando activamente na discussão dos temas apresentados, que incluíram:



O papel do patologista consiste em três aspectos essenciais:

- Diagnóstico do tecido ressecado, incluindo a identificação correcta do tipo de tumor e do grau de diferenciação (sobretudo no estômago). Deve ser utilizada preferencialmente a classificação de Viena;
- Avaliação das margens de ressecção (laterais e em profundidade);
- Avaliação da presença de invasão vascular ou linfática.

Constituem requisitos para a realização de mucosectomia endoscópica, em qualquer segmento do tubo digestivo:

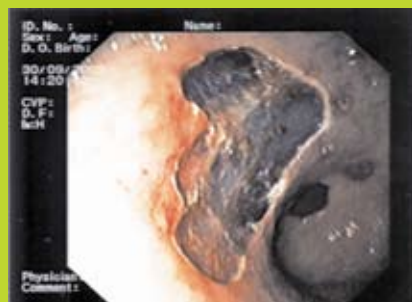
- Equipa endoscópica experiente;
- Consentimento informado;
- Possibilidade de sedação ev;



“Cap” aplicado na extremidade de um endoscópio



Carcinoma gástrico inicial do antro — Lesão ligeiramente elevada com depressão central erosionada (Tipo 0 IIa+IIc classificação de Paris)



Mucosectomia endoscópica com “cap” — Aspecto após tratamento da lesão da figura anterior

- Material de reanimação e acesso a equipa cirúrgica treinada na cirurgia de complicações de técnica endoscópicas;
- Material adequado, que pode incluir:
  - Ansa diatérmica;
  - Faca de dissecação da submucosa;
  - Cap de plástico;
  - Em alguns casos, endoscópio de duplo canal;
  - Clips para encerramento de pequenas perfurações.
- Visualização de uma lesão da mucosa;
- Classificação desta lesão, utilizando critérios endoscópicos, a fim de definir a sua ressecabilidade — lesões polipoides, lesões planas ou ligeiramente deprimidas têm indicação para mucosectomia endoscópica, enquanto que as lesões ulceradas, pelo seu maior potencial maligno, devem ser tratadas cirurgicamente (deve ser utilizada a classificação endoscópica de Paris);
- Caracterização da lesão utilizando os meios disponíveis — cromoscopia, endoscopia de ampliação, ecoendoscopia;
- Correcto processamento das peças ressecadas:
  - Na Unidade de Endoscopia:
    - É essencial a fixação da peça (inteira ou reconstruída, no caso de ressecção fraccionada) numa cortiça, com a mucosa virada para cima, presa com alfinetes e mergulhada no líquido fixador (com a mucosa virada para baixo);
  - No Laboratório de Anatomia Patológica:
    - O processamento correcto é fundamental para dar resposta aos três aspectos acima assinalados;
    - Não deve ser esquecido que a peça de mucosectomia é um espécimen endoscópico, mas deve ser manejado com uma peça cirúrgica.

Se forem preenchidos todos os requisitos, a mucosectomia endoscópica pode ser um procedimento endoscópico curativo, com baixa morbilidade e mortalidade, substituindo a cirurgia em muitos casos.

M. Isabelle Cremers

Assistente Graduada de Gastrenterologia  
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE — Hospital S. Bernardo

## Agenda

### 11 e 12 de Maio

13th European Course on Therapeutic Digestive Endoscopy and Radiology Live Video

Local: Roma

Secretariado: Gruppo

SC Studio Congressi

Servizi per la Comunicazione

Via F. Ferrara, 40, 00191 Roma

Tel.: 063 290 250

Fax: 063 630 6897

E-mail: [sc@scstudiocongressi.it](mailto:sc@scstudiocongressi.it)

Website: [www.scstudiocongressi.it](http://www.scstudiocongressi.it)

### 29 a 30 de Maio

V Reunião Internacional de Actualização em Cirurgia do Esófago e do Estômago

Organização: Serviço de Cirurgia B — Hospital de S. João /

Faculdade de Medicina do Porto

Contacto: Acropole, Lda

Morada: Rua de Gondarém, 956 r/c, 4150-375 Porto

Telefone: 226 199 680/87

E-mail: [geral@acropole-servicos.pt](mailto:geral@acropole-servicos.pt)

### 7 a 10 de Junho

XXVI Congresso Nacional de

Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva

Local: Porto — Sheraton Porto Hotel & SPA

Secretariado: Medicongressos

Largo Ferreira Lapa, 24 — 2º Dt. F

4150-323 Porto

Tel.: 226 007 815 / 961 938 420

Fax: 226 007 816

E-mail: [medicongressos@icitours.pt](mailto:medicongressos@icitours.pt)

### 3 e 4 de Novembro

Endo-Club Nord 2006

Local: Hotel Cascais Miragem

Informações: [www.sped.pt](http://www.sped.pt)

## 2007

### 23 a 26 de Janeiro

20ª Reunião Norte de

Endoscopia Digestiva

5as Jornadas Luso-Galaicas

de Endoscopia Digestiva

4º Curso de Endoscopia Digestiva