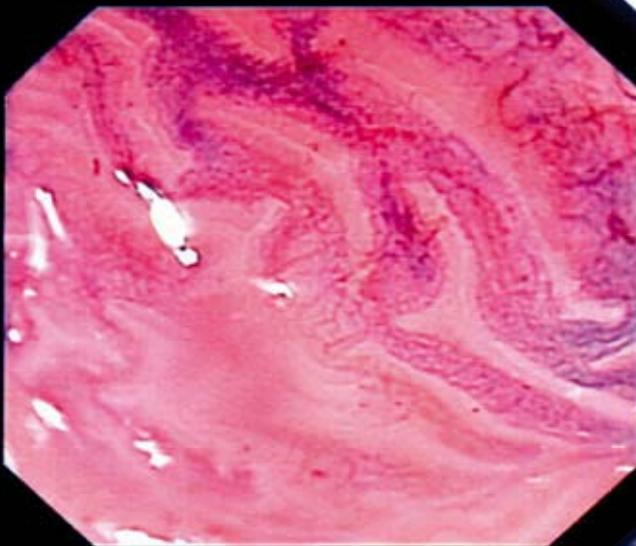
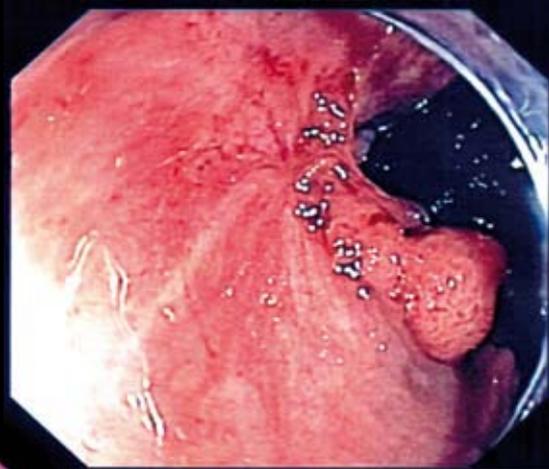


ENDO news

N.º14 • Abril / Junho 2006

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: Venâncio Mendes • Preço: 1,50€ (IVA incluído)



Formação em Endoscopia Digestiva

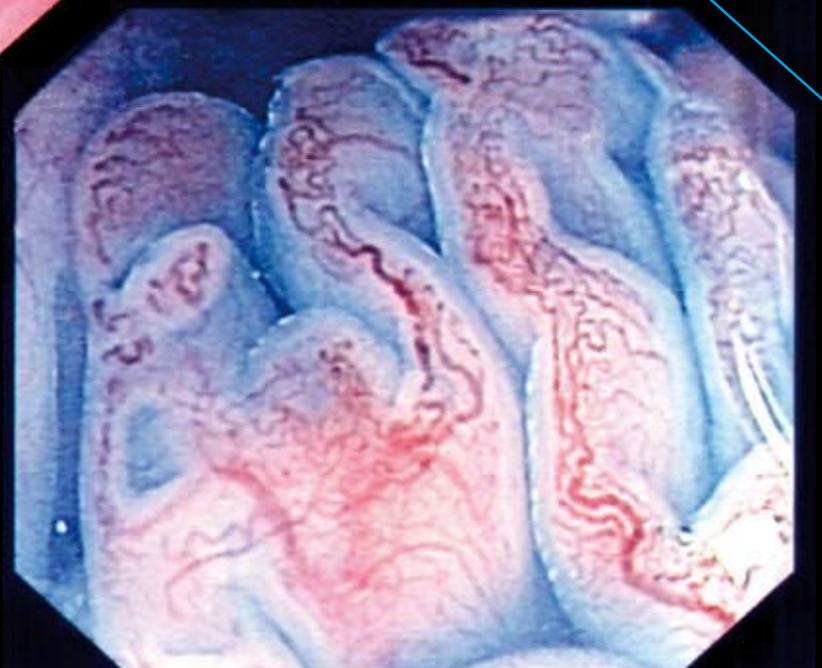
A Qualidade na Prática Gastroenterológica

**Rastreio do Cancro do Cólon e Recto:
Perspectiva de um Médico de Família**

**“Cérebro Mente Corpo”
em Gastroenterologia**

A Arte da Comunicação

**Corpos Estranhos
no Tracto Digestivo**



Sumário

- 5 EDITORIAL
- 7 O QUE ELES DIZEM
OUTRAS FOTOS
- 8 O CANTO DO INVESTIGADOR
Modelo de Seguimento de Lesões
Precursoras do Cancro Gástrico
- 9 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS
Pólipo ou Polipo?
- 10 A Qualidade na Prática Gastroenterológica
- 14 Rastreio do Cancro do Cólon e Recto:
Perspectiva de um Médico de Família
- 16 TEMA DE REVISÃO
Corpos Estranhos no Tracto Digestivo
- 19 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO
Corpo Estranho no Cólon:
Causa Involgar de Hemorragia Digestiva Baixa
- 20 ENTREVISTA
João Gouveia: A Arte da Comunicação
- 24 “Cérebro Mente Corpo” em Gastroenterologia
- 28 NOVAS TECNOLOGIAS
Métodos de Biopsia Óptica
- 29 ENDONEWS RECOMENDA
- 30 CASO CLÍNICO
Complicações do Carcinoma do Pâncreas
- 32 REPORTAGEM
4^{as} Jornadas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva
19^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva
- 34 REPORTAGEM
Iniciativa conjunta SPED / SPG:
Cursos de Iniciação à Endoscopia Digestiva
- 35 BANDA DESENHADA
O Ministro da Doença
AGENDA

Capa:

“Endoscopia de magnificação na avaliação dos tumores vilosos”, da autoria de: José Soares, Luís Lopes, Germano Villas-Boas, Carlos Pinho, Serviço de Gastroenterologia do Hospital de S. António, Porto. 3^o Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2002

Nota do Editor

A qualidade da prática clínica guarda uma relação directa com o nível da formação médica, entendida esta como um processo evolutivo, integrado e coerente, com três fases sequenciais: formação pré-graduada (curso de medicina), formação pós-graduada (educação profissionalizante, destinada à aquisição de competências em áreas específicas) e formação médica contínua (visando a actualização, aperfeiçoamento e aprofundamento dos conhecimentos). Se a primeira fase compete, em exclusivo, à Universidade, as etapas seguintes reclamam a intervenção de outras entidades, incluindo, os Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos e as Sociedades Científicas Médicas. Os primeiros, como entidades fundamentalmente reguladoras, as segundas, como entidades essencialmente promotoras. Foi esta virtuosa simbiose que se procurou reproduzir neste número do ENDOnews, ao juntar um editorial sobre “Formação em Endoscopia Digestiva”, da autoria de um membro da direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, a um artigo intitulado “A Qualidade na Prática Gastroenterológica”, produzido pelo Doutor

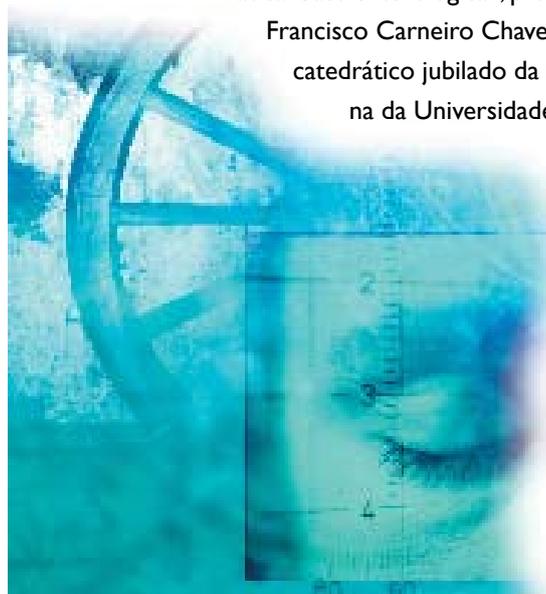
Francisco Carneiro Chaves, eminente professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e presi-

dente do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia da Ordem dos Médicos.

Outros assuntos merecem também a atenção dos leitores, quais sejam e para além das secções habituais, a esclarecida opinião de um médico de

família sobre o rastreio do cancro colo-rectal, uma didáctica abordagem, sob a forma de entrevista, dum tema candente – “A Arte da Comunicação”, e, por último, um interessante artigo intitulado “Cérebro Mente Corpo em Gastroenterologia”.

José Manuel Romãozinho



Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º 14 • Abril / Junho 2006. **Director** Venâncio Mendes. **Editor** José Manuel Romãozinho. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Isabelle Cremers, Mário Dinis Ribeiro. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** Albano Rosa, António Caldas, Carlos Gregório, Carlos Sofia, Clotilde Lérias, Dário Gomes, Eduardo Pereira, Eugénia Cancela, Francisco Carneiro Chaves, J. C. Marinho, Maximino Leitão, Paula Ministro, Pedro Figueiredo, Sónia Nobre. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ICS** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 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, 4.º 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** 10.000 exemplares

Editorial

Formação em Endoscopia Digestiva

A evolução, o crescimento e a maturação dum indivíduo, acompanham-se geralmente da formulação de várias perguntas simples, tantas vezes parodiadas e comentadas entre pais a propósito dos seus filhos: Porquê? Para quê? Como? E depois?

As mesmas questões simples podem ser levantadas quando reflectimos sobre os diferentes aspectos da Formação em Endoscopia. E este conceito é indissociável de Qualidade da Endoscopia, isto é, dos diversos meios, categorias, processos, dos gestos humanos necessários à prática da Endoscopia.

Porquê a nossa preocupação sobre Formação em Endoscopia? Porque a Endoscopia é o traço característico, é o rosto que distingue a Gastrenterologia de todas as outras especialidades médico-cirúrgicas. É o gesto identificador desta comunidade científica da Gastrenterologia, que ocupa parte significativa do seu quotidiano assistencial, educacional e investigacional. Assim, tendo a SPED (em representação dos seus membros) assumido um papel pró-activo e funcional desde há vários anos, no estabelecimento de Recomendações e linhas de conduta mais adequadas e

adaptadas ao tempo e ao modo dos gastroenterologistas portugueses, é natural que esta temática seja recorrente e omnipresente nas acções de formação pós-graduada que têm vindo a ser efectuadas. Em tempos de convulsão e de relativa indefinição dos meios hospitalares onde habitualmente se processa a aprendizagem da Endoscopia, as preocupações sobre qualidade de quem é ensinado, do que é ensinado e de quem ensina adquirem foros de prioridade e de urgente estabelecimento de regras claras de avaliação de todos estes processos.

Para quê? Para que de facto se possa cumprir, e de forma reprodutível, o alto desígnio colectivo e individual de sermos capazes de providenciar o melhor, o mais actual e o mais aperfeiçoado procedimento endoscópico, com intuito diagnóstico ou terapêutico, aos doentes perante os quais somos chamados a intervir. A optimização destes procedimentos e a certificação da sua qualidade é um processo dinâmico e que assenta em algumas realidades particulares: por exemplo os efeitos adversos promovidos por uma técnica imprópria são felizmente raros, o que impede que sejam um critério razoável para inferir da qualidade. Também é impraticável a observação directa de cada procedimento por um avaliador. Portanto, cabe à nossa comunidade científica procurar processos que de forma objectiva e prática permitam categorizar os nossos gestos.

Como? As fórmulas que outras Sociedades (nomeadamente a Americana) têm desenvolvido assentam na definição de medidas de qualidade, que uma *task force* pôde compilar, estudar e aplicar. Várias medidas específicas estão propostas para os diversos tipos de procedimentos endoscópicos, que passam desde a fase pré-intervenção (com realce para o relacionamento

interpessoal com o endoscopista, enfermeiro, assistente e local do exame), ao decorrer do exame (reforçando-se por exemplo a necessidade de documentação fotográfica dos diferentes tempos da intervenção) e ao pós-intervenção (a forma da alta, instruções ao doente, seguimento com informação da anatomia patológica, etc.).

E depois? Depois de adquirir a consciência da necessidade imperiosa de sabermos monitorizar os nossos comportamentos endoscópicos, e de sermos capazes de os transmitir com perícia, senso e pragmatismo, seremos confrontados com as solicitações crescentes aos recursos endoscópicos, com as constricções financeiras a estrangular a disponibilidade para mais e melhores endoscopias, com a nossa própria ansiedade de competência, e seguramente com o atrevimento geralmente insensato e inculto dum qualquer agente da tutela que pretenda “normalizar” a prática da Endoscopia tendo como cenário de fundo as preocupações economicistas.

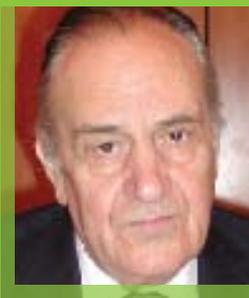
Só uma Comunidade Científica muito informada, de curiosidade irreverente e capaz de autocrítica tem a perspicácia de antecipação dos problemas e da sua solução. Quem está envolvido na Formação em Endoscopia com Qualidade compreende bem que se o erro é humano, não corrigir o erro é desumano, e sem dúvida que as oportunidades de errar e aperfeiçoar são cumulativas e podem ter contornos inesperados. Actualmente, a prática da Endoscopia exige que os seus protagonistas sejam sempre capazes de explorar os avanços e desafios da técnica, capazes de incorporar a sua destreza ao serviço da prevenção, diagnóstico, *estadiamento* ou tratamento das diversas doenças com envolvimento digestivo; capazes de participar, expor, contradizer e auto-avaliar os diversos tópicos controversos do seu desempenho; capazes de treinar e serem treinados, e de discutir a própria metodologia do treino para o tornar profundamente eficaz e influenciador do seu dia-a-dia.

Formar é, para nós endoscopistas, uma segunda natureza do aprender e do fazer.

Guilherme Macedo



O que ELES Dizem



**Prof. Francisco
Carneiro Chaves**

Presidente da Direcção do
Colégio de Gastrenterologia
da Ordem dos Médicos

“(…) a prática da endoscopia
digestiva é indissociável da prática
da gastrenterologia e da qualidade
dessa prática. (...) A avaliação da
qualidade tem sido particularmente
focada a propósito da colonoscopia
pela importância da técnica nos
programas de vigilância do carcino-
ma do cólon.”



Dr. Luís Pisco

Coordenador da Missão
para os Cuidados de
Saúde Primários

“Os Médicos de Família estão
empenhados em fazer passar
todas as mensagens que possam
contribuir para um estilo de vida
saudável, para a promoção da
saúde e prevenção da doença.
Os Médicos de Família sabem
que o rastreio do cancro do
cólon salva vidas!”

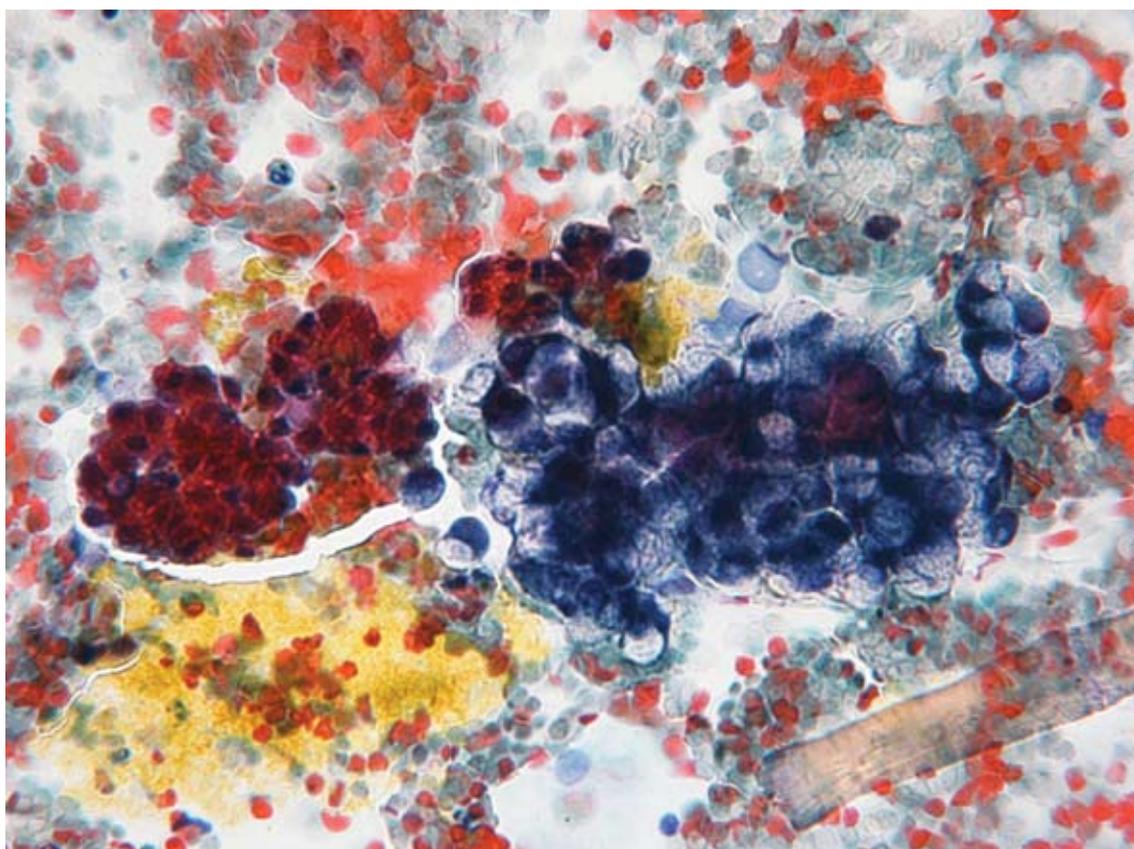


**Dr. Carlos
Casteleiro**

Presidente da Associação
dos Médicos de Endoscopia
Digestiva

“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.”

Outras Fotos



Adenocarcinoma
da ampola de Vater
(citologia)
Dr.ª Marta Urbano

O Canto do Investigador

Modelo de Seguimento de Lesões Precursoras do Cancro Gástrico

O prognóstico dos doentes com adenocarcinoma gástrico é dependente do estágio à data de diagnóstico. A identificação de indivíduos com lesões, tais como as de gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal, consideradas condições de risco, e o seu seguimento poderá permitir o diagnóstico precoce de cancro gástrico. O desenvolvimento de um modelo de seguimento custo-eficaz para estes doentes tem sido difícil, pelo menos em parte, no que diz respeito à falta de reprodutibilidade e validade dos habituais testes diagnósticos bem como com a sua invasibilidade.

Esta secção deste número do *ENDOnews* inclui o resumo de uma dissertação com o título: "Avaliação Clínica, Endoscópica e Laboratorial de Indivíduos com Lesões Associadas ao Cancro Gástrico: Definição de um Modelo de Seguimento" defendida pelo Doutor Mário Dinis Ribeiro, em Dezembro de 2005, na Faculdade de Medicina do Porto. Essa tese decorreu sob orientação do Prof. Doutor Altamiro da Costa Pereira e do Prof. Doutor Carlos Lopes, com trabalhos realizados nos Serviços

de Gastrenterologia e Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia Porto e Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Três questões foram avaliadas: 1) a reprodutibilidade e validade da cromoscopia de ampliação com azul de metileno no diagnóstico de gastrite crónica atrófica, metaplasia intestinal e neoplasia gástrica; 2) a validade dos níveis séricos do pepsinogénio I e II durante o seguimento de indivíduos com tais lesões; 3) a estimativa de custo-eficácia de um modelo de seguimento para indivíduos com lesões de gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal usando a cromoscopia de ampliação e o teste do pepsinogénio.

De acordo com a coloração e homogeneidade obtida após coloração com azul de metileno, descrevemos três grupos (I, II e III) e dois subgrupos (IIE e IIF) de padrões usando a cromoscopia de ampliação na mucosa gástrica. Esta classificação apresenta a excelente concordância intra-observa-

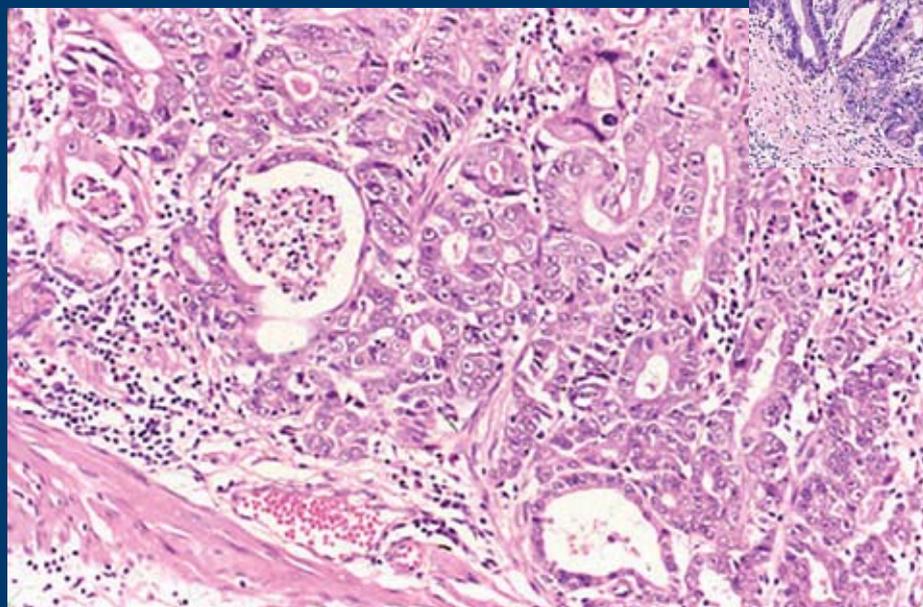
dor e interobservador e uma validade global de 82% (IC95%, 68-95%) para o diagnóstico de metaplasia intestinal e de 83% (74-91%) para o de displasia. Em relação aos níveis séricos de pepsinogénio (PG), a *Area Under the Receiver Operator Characteristic Curve* usando a relação entre os níveis séricos de PG I e PG II (PG I / II ratio) foi 73% (64-82%) para o diagnóstico de lesões de metaplasia intestinal extensa e displasia, sendo o melhor *cutoff* de 3.05, consistente com uma meta-análise previamente realizada.

Entre 2001 e 2004, uma coorte de doentes com gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal (n=113) foi prospectivamente seguida segundo protocolo baseado na cromoscopia de ampliação e doseamento serológico de pepsinogénio. A exequibilidade do uso de tais procedimentos no seguimento de doentes com lesões associadas ao cancro gástrico parece assim ficar demonstrada. Sete casos de lesões neoplásicas (displásicas) e nenhum

caso de neoplasia invasiva foram diagnosticados durante o seu seguimento (88%). Avaliado o custo-benefício de tal estratégia, concluímos que para indivíduos com gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal

completa, o doseamento anual de pepsinogénio ou a realização de endoscopia de 3 em 3 anos, poderá custar 455€ por cada *Quality-Adjusted Life Year (QALY)*. Por outro lado, os indivíduos com metaplasia intestinal incompleta extensa for proposta endoscopia anual, a relação encontrada será de 1.868€ / *QALY*. Este modelo e seus procedimentos carecem de validação externa e a optimização do modelo deverá ser tentada previamente à sua recomendação como guia de decisão clínica.

Mário Dinis Ribeiro



Consultório de Palavras

por Fausto Pontes

Pólipo ou Polipo?

Propuseram-me esta palavra para hoje discutir. E ainda bem, porque, com ela, não há só um problema.

A origem da palavra

Pólipo vem do grego, e compõe-se dos dois vocábulos seguintes:

Πολυσ- **poli** – que significa **muito, muitos, numerosos**. Implica, pois, um sentido de pluralidade, em número ou quantidade, no elemento a que se liga;

πους- **pé** – que significa **pé**, quer no sentido real da palavra, quer quando se refere ao que com um pé se assemelha na forma ou na função.

A história natural da palavra na linguagem médica

A minha hipótese para uma provável história natural da palavra é a de que o seu autor deve ter ficado impressionado com o cólon do cadáver de um doente que sofria daquilo a que hoje chamamos polipose. Provavelmente esse autor terá usado, na dissecação, a mesma técnica que se usava (e usa ainda) na matança do porco para lavar as tripas que depois vão ser usadas para o fumeiro: um longo segmento de intestino é evertido (isto é, revirado de dentro para fora) de tal forma que a mucosa fica exteriorizada (para ser lavada), ficando as restantes camadas da parede a revestir o novo lúmen. Conservada assim a forma tubular original do intestino “poliposo”, os “pólipos”

exteriorizados (e lavados) terão levado o hipotético autor a compará-lo a uma enorme e grossa lagarta com múltiplos pés emergindo da superfície do “corpo” e naturalmente destinados a neles se apoiar sobre o pavimento do seu ambiente e nele se mover. Não foi certamente difícil arranjar um nome para descrever a situação: πολυπους (muitos pés).

Os primeiros dois erros com a palavra “pólipo”

A palavra πολυπους - pólipo - quer dizer, à letra, “muito pé” ou “muitos pé”, embora não haja verdadeiramente, neste último caso, concordância das duas palavras no número. A concordância obrigaria a utilizar a palavra πους (que é o nominativo do singular, aliás irregular, do tema ποδ-) no nominativo do plural, ποδες - **pés**. Πολυπους é, porém, termo aceitável para denominar a situação ou doença – ou “lagarta”, com a qual o autor terá querido comparar aquele intestino. Mas melhor seria então que lhe tivesse chamado πολυπουσις – **polipose**.

O erro, no entanto, consiste mais ainda em chamar, a um só pé, πολυπους – **pólipo**: quando dizemos ter observado “um pólipo”, estamos de facto a dizer ter observado “muitos pés” (“muitos pólipos”), ou seja, a cometer o mesmo erro que cometeríamos se chamássemos centopeia a cada um dos pés de uma centopeia, ou floresta a cada uma das árvores de uma floresta.

Não é fácil corrigir já qualquer destes dois erros. O uso generalizado legitimou-os, e pólipo e pólipos ganharam direitos de cidadania nos vocabulários, quer no singular quer no plural.

O terceiro erro frequente associado a pólipo

Aquilo a que chamamos pólipo tem geralmente uma forma mais ou menos globosa, de tamanho diverso, e frequentemente insere-se na mucosa por meio de uma haste mais fina, que é um prolongamento da própria mucosa. A esta haste chamamos nós o **pedículo** do pólipo. Pedículo é uma palavra que vem do Latim **pediculus**, **i**, que é um diminutivo de **ped**, **is** – **pé**, e significa, por isso, “pezinho”.

Ora se, inspirados pela anatomia comparada, chamamos *pous* (pé) à formação globosa do pólipo, não é correcto chamarmos pedículo à sua haste de inserção na mucosa: anatomicamente ao pé precede a perna, e por isso devíamos chamar àquela haste “perninha”.

Por outro lado, os linguistas talvez condenem o hibridismo de associar a um **pé grego** uma “perninha” ou um **pedículo latinos**.

Mas também aqui nada podemos certamente fazer já: consagrado pelo uso, também o **pólipo grego** tem hoje o direito de dispor de um **pedículo latino**.

O quarto erro na palavra: pólipo ou polipo?

Em regra, as palavras de origem Grega chegaram ao Português através do Latim. Assim aconteceu com a que nos ocupa.

No que respeita à acentuação, o que conta é pois o Latim.

Ora, em Latim não há palavras oxítonas, ou seja, não há palavras com acento na última sílaba. De facto, o acento da palavra latina cai preferencialmente sobre a penúltima sílaba, e nesse caso a palavra será paroxítona. Mas, para isso, é preciso que a penúltima sílaba seja *longa*, isto é, que contenha um ditongo, ou uma vogal longa por natureza não seguida de outra vogal (“vocalis ante vocalem corripitur”), ou uma vogal longa por posição (por exemplo, se seguida de duas consoantes ou de uma consoante dupla). Se a penúltima sílaba for, pelo contrário, *breve* (isto é, quando não forem verificadas as condições atrás referidas que a façam longa), o acento recua para a antepenúltima sílaba, mesmo que esta seja ela própria breve; quer dizer, a palavra é, nesse caso paroxítona.

Πολυπους transcreve-se em Latim por **polypus**. Este **y** é breve (tal como o **i** em que se transcreve em Português), e, como tal, não pode receber o acento, que por isso, recua para a sílaba anterior, a antepenúltima. Devemos, pois, dizer **pólipo**, como palavra paroxítona. E, como esta palavra é de uso relativamente restrito à linguagem médica, a correcção é ainda oportuna.

Digamos, pois, resignadamente, **pólipo** no singular e **pólipos** no plural.

A Qualidade na Prática Gastrenterológica



O termo qualidade pode ter diferentes significados.

De momento, aquele que nos interessa é o de atributo ou propriedade, cuja presença em maior ou menor grau pode ser mensurável e por isso avaliada através de qualquer método de medida. É hoje aceite, porque demonstrado, que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se traduz por melhores resultados, maior segurança pela redução dos riscos e dos efeitos adversos e por uma redução dos custos. Daí o interesse de diferentes intervenientes na prestação de cuidados na melhoria da qualidade (1).

Para os médicos, a qualidade da sua prática é um imperativo ético, parte integrante do profissionalismo (2), inerente ao exercício da profissão. Podemos dizer que, na perspectiva da ética de princípios, a qualidade da prática serve essencialmente dois desses princípios – o princípio da beneficência e o da não maleficência. O objectivo será sempre obter a qualidade máxima que permite afirmar a excelência. Contudo, nem sempre se consegue atingir este objectivo último, pelo que há necessidade de definir valores mínimos abaixo dos quais a prática é inaceitável. Para que

isto seja possível, teremos de dispor de métodos de avaliação que permitam afirmar que esses valores estão presentes. Dessa forma será possível garantir a eficiência dos cuidados prestados e garantir a segurança, reduzindo o erro evitável. Devemos, contudo, ter presente que a qualidade da prática individual é apenas um componente, ainda que importante, de algo mais vasto que é a qualidade dos cuidados de saúde de que é indispensável ter uma perspectiva global. A melhoria da qualidade individual a que o profissionalismo obriga, embora condição necessária, não é suficiente para a melhoria global da qualidade dos cuidados prestados às populações (3).

Na prática gastrenterológica, como em qualquer actividade clínica, a actividade do médico inicia-se pelo contacto com o doente e pela interacção que se estabelece. É da qualidade dessa interacção, da relação médico/doente, que irá depender, em larga medida, o que irá passar-se na sequência desse contacto inicial. Assim, irá condicionar o diagnóstico clínico adequado, o planeamento da utilização dos meios auxiliares de diagnóstico, a terapêutica útil, e também o prognóstico. Só assim poderão ser conseguidos os resultados esperados ou desejados e garantida a segurança do doente. Em cada caso, de um diagnóstico ou de uma orientação diagnóstica incorrecta, da proposta da realização de exames auxiliares inadequados ou supérfluos ou das terapêuticas inapropriadas propostas, com eventuais consequências no prognóstico, poderão resultar consequências por vezes mais graves do que as inerentes à doença presente. Será também a prática de uma relação médico/

doente adequada que permitirá evitar omissões graves, como a de não propor uma vigilância correcta depois da polipectomia ou o rastreio do cancro do cólon. É essa perspectiva da Medicina centrada no doente, aquela que torna imperativo ético a atenção à qualidade e à sua melhoria. Mesmo quando o gastrenterologista funciona como consultor, solicitado para dar uma opinião sobre o diagnóstico, a terapêutica ou o prognóstico, ou para realizar uma técnica endoscópica, deverá ter presente que será a qualidade da relação médico/doente que lhe irá permitir, de forma eficiente, contribuir para a solução do problema clínico. Este é sempre um problema individual que deve ser encarado na perspectiva biopsicossocial que caracteriza a actividade clínica e não na perspectiva bio-

médica, em que a actividade do médico se reduz à de um técnico aquilo a que chamei o técnico médico (4). Por isso a prática da endoscopia digestiva é indissociável da prática da gastrenterologia e da qualidade dessa prática. Nesta perspectiva, a endoscopia digestiva, como qualquer gesto técnico realizado pelo médico, só pode ser avaliado na perspectiva do profissionalismo, cujo fim último é o bem do doente. Necessariamente a endoscopia digestiva tem problemas particulares no que diz respeito à qualidade e à forma



como esta deve ser avaliada e garantida, o que implica qualquer forma de avaliação e a existência de padrões que permitam a comparação com o que é avaliado, antes, durante ou depois da realização da técnica (5).

É antes da realização da técnica endoscópica que é particularmente importante a interacção que deve ser estabelecida com o doente, pois é nesta fase que deverá ser avaliado se a indicação é adequada, se não há contra-indicações, qual é o risco, se o con-

sentimento informado foi obtido, se há necessidade de profilaxia anti-

biótica, se o doente faz terapêutica com anticoagulantes e quais as medidas que é necessário tomar, qual o plano a seguir no que diz respeito à sedação e/ou analgesia e se o tempo que mediou entre a decisão de fazer o exame e a sua realização foi adequado (5).

É essa avaliação inicial que permitirá saber, em cada caso, se a realização do exame é apropriada e em que condições deve ser feito isto é, se irá contribuir para solucionar o problema clínico em causa e se são justificados os riscos eventualmente presentes. Esta avaliação implica que o problema clínico seja adequadamente formulado pelo gastroenterologista que vai efectuar o exame, o que realça a importância do contacto inicial e da relação estabelecida com o doente.

Durante a realização do exa-

me endoscópico, a qualidade da prática pressupõe a avaliação de três parâmetros indispensáveis: o local onde é efectuada – no que se inclui o espaço físico, instalações, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar –, os aparelhos disponíveis e a competência de quem realiza o exame.

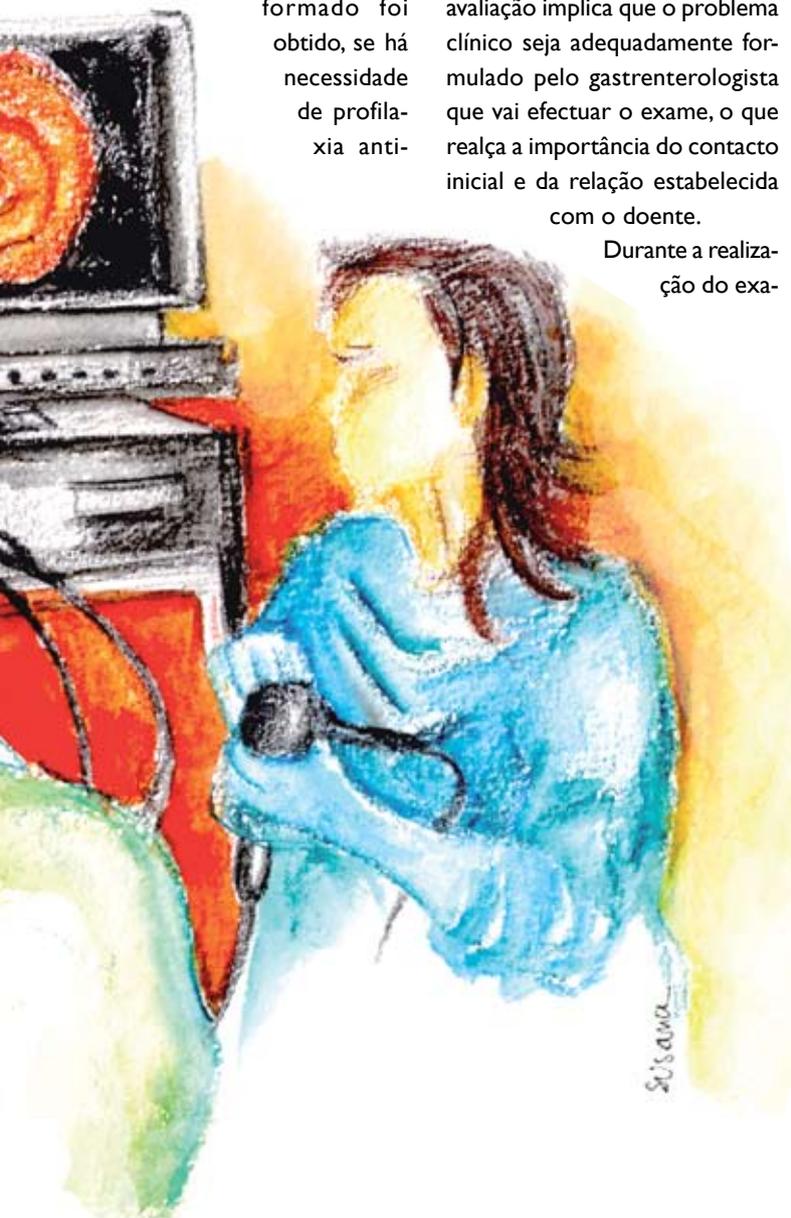
Os locais, quer no Hospital quer nos Consultórios ou Clínicas onde se realizam os exames, devem possuir as instalações adequadas e o pessoal não médico indispensável para os procedimentos que realizam. Os progressos técnicos permitem hoje a realização das técnicas endoscópicas de uma forma eficiente e segura. Contudo os riscos, ainda que remotos, existem, pelo que se torna indispensável garantir a existência das condições necessárias para as evitar, saber reconhecê-las e tomar as medidas necessárias para as solucionar. Devem por isso existir normas claras quanto ao ambiente físico, ao controlo da infecção e à protecção de agentes patogénicos, às condições para a administração de sedação e analgesia, além do material de ressuscitação indispensável (6). Os problemas relacionados com a sedação/analgesia implicam, para quem a pratica, conhecer as suas limitações e adquirir o treino necessário à solução dos problemas inerentes (7).

Os endoscópios e todo o material necessário deve estar em perfeitas condições, do que irá depender a eficiência e a segurança das técnicas realizadas. Um problema particular é o dos aparelhos submetidos a reparações, cuja qualidade deve ser garantida (8).

As condições de excelência no que se refere a instalações, pessoal não médico e aparelhos

devem considerar-se indispensáveis, para o que deverão existir os recursos económicos necessários. Esses recursos não são contudo suficientes se não existirem gastroenterologistas com a competência necessária para a execução das técnicas.

A competência é definida pela American Society for Gastrointestinal Endoscopy e pelo American College of Gastroenterology como o nível mínimo de destreza, conhecimento e/ou “expertise”, obtido através do treino e da experiência, para executar de forma segura e proficiente uma tarefa ou um procedimento (9). Daqui se conclui que para a prática da endoscopia digestiva há necessidade de uma educação e um treino adequados que permitam a destreza necessária e a aquisição dos conhecimentos indispensáveis para fazer a avaliação do doente antes da realização do exame, executar, interpretar e de forma correcta tomar decisões sobre o problema clínico que levou à realização do exame e comunicá-las, assim como outra informação que o gastroenterologista entenda pertinente (10). Desta forma, os procedimentos serão adequados e seguros, e os resultados serão os pretendidos o que irá ao encontro do que o doente deseja quando se submete a uma técnica endoscópica. Se esta é realizada de forma incompetente resultará maior desconforto para o doente, maior risco de complicações e orientações inadequadas porque o diagnóstico é incorrecto ou porque são sugeridas orientações erradas, como propor novos exames, administrar terapêuticas incorrectas, ou afirmar prognósticos errados. As consequências são óbvias quer para o doente quer para as orga-



nizações responsáveis pela prestação de cuidados, particularmente interessadas no aumento dos custos e na menor segurança que a incompetência acarreta.

Entre nós, a adequação do treino é avaliada individualmente e garantida pela Ordem dos Médicos, enquanto que o Colégio da Especialidade de Gastrenterologia garante a idoneidade dos locais em que é feita a formação, a cujos Directores e Orientadores de Formação é atribuída a responsabilidade pela qualidade da educação e do treino que os futuros especialistas recebem. O controlo é ainda exercido através do exame de titulação. Esta, tal como a idoneidade, é obtida com base em critérios quantitativos que embora importantes, se considerados de forma isolada, são inadequados para avaliar a competência (11). Há por isso necessidade de introduzir na avaliação critérios qualitativos de avaliação do treino, matéria difícil mas para a qual há, contudo propostas de soluções (13). A aquisição de algumas compe-

tências poderá, quer durante a formação inicial quer posteriormente, implicar uma educação e um treino específicos. Assim acontece com a CPRE, na qual se incluem as intervenções sobre as vias biliares e o pâncreas, a ultra-sonografia endoscópica, muitas das técnicas de endoscopia terapêutica e a endoscopia por cápsula, em relação às quais é indispensável garantir a qualidade. Critérios para avaliação da qualidade foram divulgados no American Journal of Gastroenterology, em Abril do corrente ano, pela "task force" conjunta da American Society for Gastrointestinal Endoscopy e do American College of Gastroenterology, para a endoscopia digestiva alta (14), a colonoscopia (15), a CPRE (16) e a ultra-sonografia endoscópica (17), que poderão constituir, no futuro, guias importantes, não só para a avaliação individual ou dos Serviços, mas também para o treino dos gastroenterologistas.

Adquirida a competência, esta deverá ser mantida o que implica um volume adequado de exames. Contudo, também aqui este critério, ainda que necessário, não é suficiente e deverá acrescentar-se o sucesso conseguido na realização, se foram realizadas técnicas terapêuticas e se houve complicações. Um registo na posse de quem realizou as técnicas permitirá, em cada momento, não só pelo próprio mas por quem pretenda e esteja em condições de avaliar, fazê-lo com base em

critérios objectivos (12). Devemos ter presente que, à semelhança do que já acontece nos Estados Unidos, também entre nós, as organizações prestadoras de cuidados de saúde, públicas ou privadas, possam vir a exigir esta informação que lhes permitirá seleccionar aqueles a quem entendem entregar os doentes de que são responsáveis.

A avaliação da qualidade tem sido particularmente focada a propósito da colonoscopia pela importância da técnica nos programas de vigilância e no rastreio do carcinoma do cólon. Existem limitações da própria técnica que a qualidade da execução pode reduzir (18). Daí a necessidade de prestar atenção às regras que definem a qualidade da execução técnica da colonoscopia e às recomendações para a melhoria da qualidade (19) das quais poderá depender o sucesso dos programas de vigilância e do rastreio do carcinoma do cólon (20).

F. Carneiro Chaves

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade Medicina do Porto; Presidente da Direcção do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Bibliografia

1. Campbell DR, Huddleston JM, Peterson LE, et al. AGA Task Force of Quality in Practice: A national overview and implications for GI practice. *Gastroenterology* 2005; 129: 361-369.
2. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter. *Lancet* 2002; 339: 520-522.
3. Woolf SH. Patient safety is not enough: targeting quality improvements to optimise the health of the population. *Ann Intern Med* 2004; 140: 33-36.
4. Carneiro Chaves F. O médico, o doente e a técnica. In: Grima N, Ermelinda Camilo M, Gouveia Oliveira A, Santos A, eds. *Doenças das Vias biliares e Pâncreas*. Lisboa 1996, pgs 435-441.
5. Faigel DO, Pike IM, Baron TH, et al. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures: an introduction. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 866-872.
6. The American Gastroenterological

Association standards for office-based gastrointestinal endoscopy services. *Gastroenterology* 2001; 121: 440-443.

7. Waring JP, Baron TH, Hirota WK, et al. Guidelines for conscious sedation during gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 317-322.
8. Rey J-F, Spencer KB, Jurkowski P, Albrecht H-W. ESGE guidelines for Quality control in servicing and repairing endoscopes. *Endoscopy* 2004; 36: 921-923.
9. ASGE task force on ensuring competence on endoscopy and American College of Gastroenterology Executive and Practice Management Committees. *Ensuring Competence in Endoscopy* <http://www.asge.org/nspages/practice/patientcare/competeece>
10. Carneiro Chaves F.A formação em gastroenterologia e o treino em endoscopia digestiva. In: *Terapêutica Endoscópica. Biblioteca Gastroenterológica*. Ed. Carneiro Chaves. Ed. Convidado Armando Ribeiro. Permanyer Portugal. Lisboa 2006, pgs 1-5
11. Kirsch M. Measuring quality. Why the numbers don't add up. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 417-419.
12. Joint statement by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy, the Society of American Gastrointestinal Surgeons and the American Society of Colorectal Surgeons. Principles of privileging and credentialing for endoscopy and colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 145-148.
13. Cohen J, Safdi MA, Deal SE, et al. Quality indicators for esophagogastroduodenoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 886-891.
14. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 873-885.
15. Baron TH, Petersen BT, Mergener K et al. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 892-897.
16. Jacobson BC, Chak A, Hoffman B, et al. Quality indicators for endoscopic ultrasonography. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 898-901.
17. Cotton PB, Hawes RH, Barkun A, et al. Excellence in endoscopy: towards practical metrics. *Gastrointest Endosc* 2006; 286-291.
18. Lieberman D. Quality and colonoscopy: a new imperative. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 392-394.
19. Rex DK, Bond JH, Winaver S, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. multi-society on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1296-1308.
20. Rex DK. Quality in colonoscopy: Cecal intubation first, then What? *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 732-734.



logia garante a idoneidade dos locais em que é feita a formação, a cujos Directores e Orientadores de Formação é atribuída a responsabilidade pela qualidade da educação e do treino que os futuros especialistas recebem. O controlo é ainda exercido através do exame de titulação. Esta, tal como a idoneidade, é obtida com base em critérios quantitativos que embora importantes, se considerados de forma isolada, são inadequados para avaliar a competência (11). Há por isso necessidade de introduzir na avaliação critérios qualitativos de avaliação do treino, matéria difícil mas para a qual há, contudo propostas de soluções (13). A aquisição de algumas compe-

tências poderá, quer durante a formação inicial quer posteriormente, implicar uma educação e um treino específicos. Assim acontece com a CPRE, na qual se incluem as intervenções sobre as vias biliares e o pâncreas, a ultra-sonografia endoscópica, muitas das técnicas de endoscopia terapêutica e a endoscopia por cápsula, em relação às quais é indispensável garantir a qualidade. Critérios para avaliação da qualidade foram divulgados no American Journal of Gastroenterology, em Abril do corrente ano, pela "task force" conjunta da American Society for Gastrointestinal Endoscopy e do American College of Gastroenterology, para a endoscopia digestiva alta (14), a colonoscopia (15), a CPRE (16) e a ultra-sonografia endoscópica (17), que poderão constituir, no futuro, guias importantes, não só para a avaliação individual ou dos Serviços, mas também para o treino dos gastroenterologistas.

Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

Perspectiva de um Médico de Família

A discussão em torno da necessidade da implementação de um programa de *Rastreio de Cancro do Cólon e Recto (CCR)* de **base populacional** vai sendo recorrente nos últimos anos na literatura médica nacional, sem que, até à data, tenha sido possível a sua organização e implementação.

É conhecida a dimensão do problema. O CCR é no nosso país a **primeira causa de morte por cancro** e representou, em 2003, **14,8%** das mortes por cancro, **3.221 óbitos** em números absolutos. Os pólipos estão na origem de 90% dos casos de CCR, sendo os dois grandes factores de risco a idade e a história familiar (polipose ou cancro colo-rectal).

A evolução da taxa de mortalidade entre 1980 e 2001 foi no sentido do crescimento, com um aumento de 80%. A taxa de sobrevivência global a cinco anos é de cerca de 50% apesar de todo o arsenal terapêutico disponível. Não é espectável que estes valores regredam se não forem tomadas as medidas adequadas – o diagnóstico em estádios mais precoces ou o tratamento das lesões pré-malignas.

São conhecidos métodos eficazes para aplicação em rastreio organizado, aceites pela comunidade científica e alicerçados em estudos aleatorizados e já em aplicação em programas na América do Norte, no Japão e em alguns países europeus. A pesquisa de sangue oculto nas fezes, com estudos a apontar para a redução da taxa de mortalidade entre 15 e 33% e da incidência em 20%, a Fibroscopioscopia, com diminuição dos valores das mesmas cifras de 40% e 50% respectivamente, ou a Colonoscopia Total, são hoje métodos ao dispor da comunidade e aplicáveis em rastreio de base populacional, a seleccionar de acordo com os recursos disponíveis e a capacidade instalada.

É conhecida a população-alvo a quem deve ser aplicado o(s) teste(s) seleccionado(s) em programa de rastreio de base populacional.

É nos indivíduos com mais de 50 anos que surgem 90% dos CCR. A população a rastrear será a de risco padrão entre 50 e 74 anos, assintomática e sem outro factor de risco pessoal ou familiar para CCR.

O nível de informação e sensibilização, quer da população em geral, quer dos Médicos de Família, foi avaliado em inquérito promovido pela SPED, e os resultados demonstram um nível global de conhecimentos muito satisfatório, que se deve naturalmente ao trabalho de divulgação e formação persistente e eficaz que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva tem vindo a desenvolver e com o qual nos congratulamos.

A rede de prestação de cuidados de saúde – Centros de Saúde e suas extensões – permitem a cobertura de quase toda a população portuguesa, o que aliado ao contacto continuado e personalizado entre as equipas de saúde (Médicos de Família, Enfermeiros e Administrativos), torna os cuidados primários imprescindíveis e os coloca na primeira linha do rastreio do CCR. Estes factos só podem constituir factor facilitador para o esclarecimento, sensibilização e convite da população (um dos factores fundamentais para a obtenção de taxas de participação elevadas – 60% ou mais da população-alvo), para orientação do utente sobre o teste a aplicar e para a sua referênciação.

Os serviços de Gastroenterologia e os Médicos convenccionados/privados na área da endoscopia digestiva são parceiros indispensáveis, sem esquecer os colegas da Anatomia Patológica, da Anestesia e da Cirurgia.

É necessário melhorar a arti-

culação de cuidados, protocolar a referênciação, planear a formação contínua dos profissionais envolvidos.

Temos o privilégio de conhecer profissionais de saúde (Gastroenterologistas, Médicos de Família, Enfermeiros) fortemente empenhados na implementação de um Rastreio CCR. Temos capacidade conhecida de planear, organizar e implementar programas de rastreio de base populacional, demonstrável quer pelo Programa de Rastreio do Cancro da Mama da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo Regional do Centro do Norte e do Sul), quer pelo Programa Regional de Rastreio do Cancro do Colo do Útero da ARS do Centro.

Sabemos de algumas actividades pontuais de rastreio CCR no nosso País – IPO Lisboa,



Hospitais Egas Moniz, Mirandela e Faro, C.S. Ovar, cujos resultados têm sido gratificantes para os seus promotores, mas face à pequena dimensão da população-alvo, sem repercussões perceptíveis na taxa de mortalidade a nível nacional.

Sabemos que as medidas de prevenção primária (promoção do exercício físico, combate à obesidade, promoção da dieta mediterrânica, aumento da ingestão de fibras, entre outros) sendo importantes, não vão no imediato alterar as taxas de mortalidade pelo que a prevenção secundária parece-nos ser o caminho a tomar, sobretudo através da implementação de um programa de rastreio organizado de base populacional.

O que nos falta para implementar, no ter-

reno, as medidas que todo este trabalho e saber aconselham?

A decisão política?

Não creio que os cidadãos com funções de decisão e ou de gestão das políticas de saúde estejam indiferentes a este problema. Morrem por dia nove portugueses com CCR. Mas nove pessoas continuam doentes, e a estas acrescem 16 novos casos diários, de acordo com as estimativas de incidência. Todos eles necessitam de cuidados médicos e cirúrgicos especializados e caros, sofrendo o drama da incerteza quanto à evolução e desfecho da doença, com as repercussões a nível pessoal, familiar, financeiro, social e profissional de todos conhecidas, com as quais os Médicos de Família lidam mais de perto no seu quotidiano. São realidades que não podem deixar ninguém indiferente e por si justificam a decisão.

Falta-nos, creio, sermos capazes de nos organizar enquanto intervenientes privilegiados – centros de saúde, hospitais, convencionados e privados, desenhando, em conjunto, uma estratégia de rastreio uniforme, assente em medidas sensatas de organização e gestão dos recursos humanos e técnicos instalados e disponíveis, de âmbito nacional ou regional, adequada aos recursos financeiros disponíveis e à nossa realidade sociocultural, cumprindo as recomendações internacionais, como as do Conselho Europeu de 2003:

1 - Implementação de programas de rastreio do cancro :

- Programas baseados em provas científicas através de uma abordagem populacional sistemática;
- Programas em conformidade com as directrizes europeias sobre as melhores práticas;
- Informação das pessoas sobre vantagens e riscos;
- Disponibilidade de meios complementares de diagnóstico, tratamento, acompanhamento psicológico e cuidados

pós-doença para as situações de teste positivo;

- Recursos humanos e financeiros e controlo de qualidade;
- Avaliar e decidir os programas a nível nacional ou regional, em função dos encargos, recursos disponíveis, efeitos secundários e experiência adquirida;
- Criação de um método sistemático de chamada/rechamada com garantias de qualidade a todos os níveis;
- Assegurar a protecção de dados.

2 - Registo e gestão de dados

- Sistema centralizado de dados;
- Meios apropriados disponíveis para convidar a participar no programa;
- Recolha, avaliação dos resultados dos testes de rastreio e do diagnóstico final;
- Protecção de dados pessoais.

3 - Monitorização

- Monitorização periódica dos métodos e dos resultados;
- Comunicação rápida dos resultados à população envolvida;
- Cumprimento das normas definidas pela rede europeia de registos oncológicos;
- Monitorização periódica do programa.

4 - Formação

Formação adequada do pessoal a todos os níveis.

5 - Adesão aos programas

- Procurar obter um elevado grau de adesão;
- Tomar medidas para assegurar a igualdade de acesso, tendo em conta determinados grupos socioeconómicos.

Os decisores terão então os elementos que lhes permitam fundamentar a decisão política e calcular os recursos financeiros a investir, perante a evidência do bem maior que o Rastreio do CCR determina – ganhos em saúde para a comunidade.

José Carlos Marinbo; Médico de Família; C. S. Aveiro



Tema de Revisão

Corpos Estranhos no Tracto Digestivo

A presença de corpos estranhos (CE) no tubo digestivo é causa frequente de urgência em gastroenterologia.

A maioria dos CE ingeridos (80 a 90%) atravessa todo o tubo digestivo sem causar sintomas. A ingestão de CE, acidental ou voluntária, seguida da sua migração e impactação é responsável por vários quadros clínicos que dependem fundamentalmente do local anatómico da impactação e do tipo de CE. A maioria dos CE impactam no tubo digestivo alto, sendo acessíveis à remoção endoscópica. No entanto, alguns podem ultrapassar a segunda porção do duodeno e impactar no tubo digestivo baixo, determinando quadros clínicos de obstrução, perfuração ou peritonite. Sendo inacessíveis à endoscopia, o diagnóstico, nestes casos, apenas é efectuado durante laparotomia exploradora.

Uma situação especial é a dos CE localizados no recto e sigmóide. Estes resultam, quase na totalidade, de introdução anal, voluntária ou acidental, e migração retrógrada. Pelas diferentes características clínicas e abordagens terapêuticas, consideraremos separadamente os CE localizados no tracto digestivo (resultantes de ingestão) e os CE localizados no recto e sigmóide (resultantes de introdução anal).

Corpos estranhos no tracto digestivo (ingestão)

A ingestão de CE pode ter consequências sérias. Nos Estados Unidos da América é responsável por 1.500 mortes/ano e representa a sexta causa de morte acidental. A ingestão, predominantemente

involuntária, é mais frequente em crianças (com idade entre os seis meses e três anos) e idosos. Outros grupos apresentam um risco acrescido de ingestão, neste caso voluntária, como doentes do foro psiquiátrico e reclusos.

A maioria dos CE que ultrapassa o esfíncter esofágico inferior (EEI), consegue atravessar todo o tracto gastrointestinal sem causar complicações desde que não existam alterações morfo-funcionais que predisponham à impactação, como as estenoses. Podemos encontrar três tipos de CE no tracto digestivo: bezoares (fitobezoares, tricobezoares, lactobezoares, bezoares sem denominação específica); bolus alimentar (com particular relevância para a carne); e os verdadeiros CE (ossos, espinhas, moedas, pilhas, próteses dentárias, alfinetes, sacos de droga) (Foto 1 e 2).



Foto 1 - Prótese dentária no esófago



Foto 2 - Prótese dentária no estômago

Fotos pertencentes ao espólio da SPED (Prémio de Fotografia Endoscópica)
Autor: Godinho, R. et al. Hospital de São Francisco Xavier

Os fitobezoares, bezoares constituídos por fibras vegetais, são o tipo de **bezoar** mais comum, estão associados a hipomotilidade, hipocloridria ou obstrução do estômago ou do intestino delgado. São condições patológicas predisponentes antecedentes

de cirurgia gástrica (gastrectomia tipo Billroth I, vagotomia e piloroplastia), diabetes mellitus insulino-dependente, hipotireoidismo, doenças mistas do tecido conjuntivo, estenoses malignas ou benignas gástricas, pilóricas ou duodenais, toma de medicamentos anticolinérgicos. Também uma mastigação inadequada e uma dieta rica em fibras (frutos e vegetais) contribuem para a formação deste tipo de bezoares. O mecanismo de formação dos fitobezoares, associado à dificuldade de esvaziamento gástrico, consiste na polimerização das fibras vegetais pela acção do ácido, com formação de massas compactas (com tamanho crescente), de difícil desagregação, dada a sua dureza e insolubilidade.

Os tricobezoares, bezoares constituídos por cabelos, são muito comuns em doentes com pertur-

dos prematuros a fazer alimentação naso-gástrica ou naso-enteral e estão relacionados com o uso de fórmulas lácteas muito concentradas, hipomotilidade e desidratação.

Múltiplas substâncias e medicamentos podem originar bezoares que não têm denominação específica e não possuem a relevância clínica dos bezoares acima mencionados, dada a sua raridade (sementes, nozes, cola solidificada, antiácidos, colestiramina, sucralfato).

Os CE compostos de **bolus alimentar** são os mais frequentes. A carne é o exemplo mais comum. A população geriátrica, com dificuldade de mastigação (por falta de dentes ou uso de próteses dentárias mal ajustadas) é a mais susceptível.

Os **verdadeiros CE** são mais frequentes nas crianças, sendo a ingestão de moedas a mais relevante. Nos restantes grupos etários, os ossos e as espinhas são os mais prevalentes.

Os locais anatómicos que apresentam estreitamento luminal e/ou angulações são os pontos passíveis de impactação dos CE. Os **locais mais frequentes de impactação** são os seios piriformes e as valículas (normalmente objectos pontiagudos), situação em que os doentes são usualmente referenciados para a ORL; em segundo lugar o esfíncter esofágico superior (EES) e terço superior do esófago (50-80% dos CE que impactam no esófago); o ileon terminal e a válvula ileocecal surgem como a localização de impacto para os CE que atravessam o tracto digestivo alto. Fora destes locais, é de suspeitar de patologia subjacente que condicione a impactação.

Tabela 1

Determinantes do *timing* da remoção endoscópica do CE

EDA URGENTE

- Baterias ou objectos pontiagudos no esófago
- Localização esofágica (1/3 superior)
- Sintomas de dificuldade respiratória ou sialorreia

EDA ELECTIVA (12 H)

- Bolus alimentar ou objectos com forma arredondada não cortante
- Localização esofágica (2/3 inferiores)

As **manifestações clínicas** associadas com a presença de CE são variáveis, dependendo fundamentalmente do local de impactação e do tipo de corpo estranho. O quadro pode ser de instalação súbita e descrito na sequência da percepção da deglutição de CE, que é a forma mais comum, mas também ter um início insidioso e não ser referida a deglutição de CE.

O quadro clínico mais usual nos adultos tem início súbito e os sintomas, associados com a localização mais frequente de impactação, que é o esófago, são odinofagia, disfagia, dor retroesternal com ou sem irradiação, regurgitação, sialorreia. Nas crianças, a localização mais comum também é o esófago e além dos sintomas habituais nos adultos, podem apresentar recusa alimentar, emagrecimento ou ausência de aumento ponderal, sibilos, tosse, dispneia. A presença de febre, dor, crepitação, tumefacção, eritema e hipersensibilidade no pescoço indiciam a existência de perfuração e/ou mediastinite, que é uma complicação temível pela mortalidade a ela associada. Uma vez ultrapassado o esófa-

go, a maioria dos CE atravessam o restante tubo digestivo sem qualquer sintoma. Quando isso não acontece e ocorre impactação, os sintomas são diversos, desde quadros de início insidioso de dores abdominais, febre, massa abdominal, anemia, até situações de emergência como a hemorragia digestiva ou o ventre agudo. Nestes casos, ou por não ter havido percepção de deglutição de CE ou por o doente não as relacionar com o CE, a ingestão não é relatada ao médico, o que dificulta o diagnóstico. A história clínica é fundamental para o **diagnóstico**. Assim, são dados relevantes os antecedentes patológicos (intervenções cirúrgicas, episódios anteriores de impactação), o tipo de corpo estranho e a hora da ingestão. O exame objectivo é normal excepto quando existem complicações.

Perante a suspeita clínica de presença de CE, os estudos radiológicos do pescoço, tórax ou abdómen (consoante localização) são importantes para excluir complicações como o pneumomediastino ou o pneumoperitoneu e, no caso de CE radiopacos, permitem identificar a localização, o número, a forma e a sua progressão no tubo digestivo (quando reali-

zados de modo seriado). No entanto, muitos dos CE são radiolucos (espinhas, ossos de frango, vidro, pedaços de madeira). Os estudos radiológicos contrastados não têm indicação e vão dificultar ou impedir uma correcta observação endoscópica.

A Endoscopia digestiva alta (EDA) tem um papel fundamental no diagnóstico e terapêutica dos CE que se localizam no tubo digestivo alto. A evolução em termos de acessórios de endoscopia permite uma terapêutica eficaz em 90 a 99% dos casos de CE (Foto 3).

A TAC tem indicação no estudo de complicações e em CE impactados abaixo da segunda porção do duodeno com quadros clínicos atípicos.

Outros estudos podem ser necessários como o doseamento sérico e urinário de mercúrio e de drogas respectivamente em caso de baterias ou sacos de drogas com revestimento adulterado.

O tratamento destas situações depende da idade, estado clínico do doente, tamanho, forma e natureza do CE, local anatómico em que se encontra e capacidades técnicas disponíveis.

Apenas 10 a 20% dos casos de deglutição de CE necessitam de intervenção endoscópica. Destes, somente em 1 a 10% há necessidade de remoção cirúrgica. A EDA é um método eficaz na remoção dos CE desde que localizados até à segunda porção duodenal.

A realização do exame endoscópico deverá ser, regra geral, o mais precoce possível. Factores

como a natureza dos CE (pilhas e objectos cortantes); a localização esofágica (sobretudo no terço superior); e a sintomatologia como dispneia, sialorreia, odinofagia ou dor retroesternal intensa que indiciam compromisso respiratório ou complicações, exigem intervenção urgente (Tabela 1).

Quando se localizam no estômago, a maioria dos CE não necessitam de qualquer intervenção. No entanto, os pontiagudos, os que apresentam mais de 2,5 cm de diâmetro ou 5 cm de comprimento, pelo risco de perfuração ou de não progressão, devem ser removidos endoscopicamente. Os CE em que se opta por uma atitude conservadora, devem ser objecto de vigilância da sua progressão ou expulsão. Se ao fim de 3 a 4 semanas permanecem no lúmen gástrico é de considerar a sua extracção.

O tratamento dos bezoares está dependente da sua composição e localização. A principal localização dos bezoares é gástrica, acessível à endoscopia, mas os diferentes tipos de bezoares respondem de modo díspar ao tratamento endoscópico. Os fitobezoares são tratados eficazmente, na maioria dos casos, através de fragmentação transendoscópica combinada com lavagem salina e medicação procinética. Em caso de insucesso é de considerar a cirurgia. Os tricobezoares têm como tratamento standard a cirurgia, até porque o tratamento endoscópico normalmente não é eficaz, mesmo com recurso ao laser. Os lactobezoares usualmente dissolvem-se

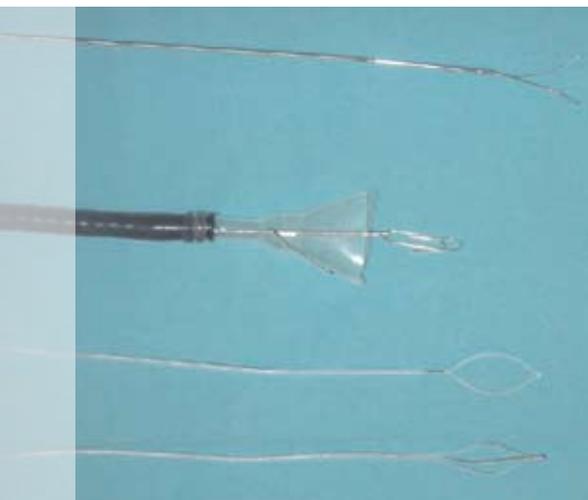
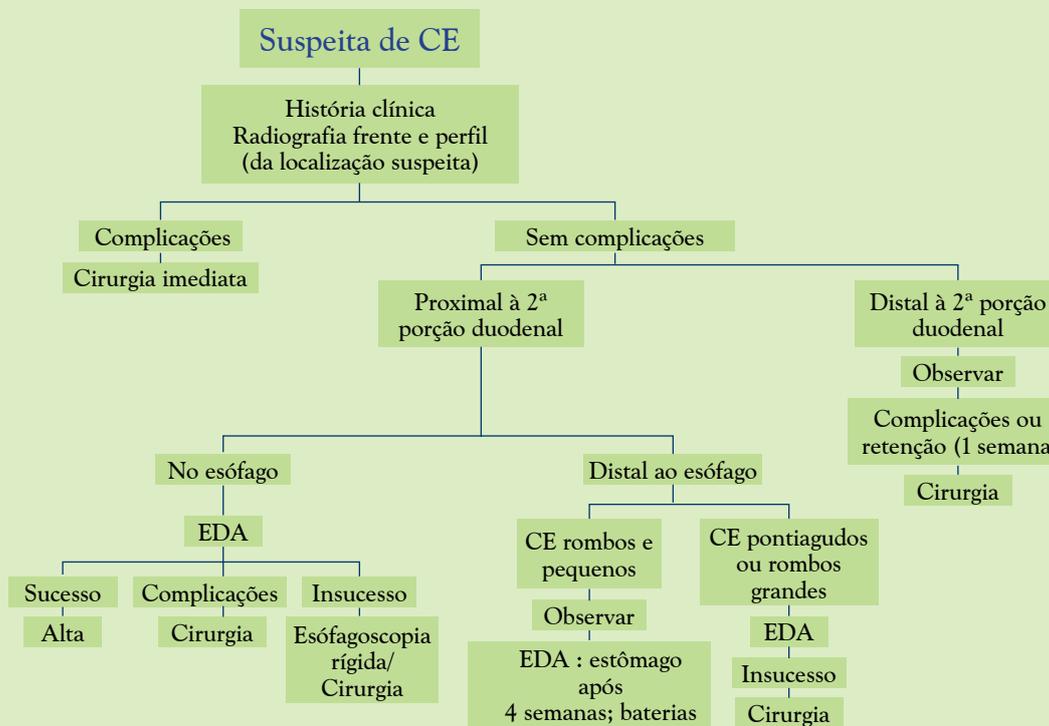


Foto 3 - Acessórios de endoscopia usados na extracção de CE

Fluxograma: Orientação na ingestão ou suspeita de ingestão de CE



com a hidratação e suspensão da alimentação entérica. Os contentores de estupefacientes, excepto em caso de obstrução esofágica, não devem ser extraídos por via endoscópica, dado o elevado risco de rotura e intoxicação aguda: aconselha-se a vigilância e cirurgia em caso de invólucros frágeis, obstrução ou sintomas de intoxicação.

Após a passagem da segunda porção do duodeno, os CE são inacessíveis ao endoscópio. Preconiza-se, nestes casos, vigilância clínica e/ou imagiológica. A paragem na progressão, a sintomatologia de obstrução ou o processo inflamatório associado a perfuração ou abscesso, constituem indicação para remoção cirúrgica. As complicações surgem principalmente associadas ao tipo de CE e não à técnica de extracção. Compreendem aspectos inflamatórios, erosões e úlceras no local de impactação; hemorragia; este-nose pós cicatrização; perfuração;

obstrução; abscessos (hepáticos, peri-hepáticos, retrofaríngeos, mediastínicos); síndrome febril; pneumonia de aspiração; peritonite; mediastinite; septicemia. Têm sido referidas raramente fístulas aorto-entéricas, colorettais ou colovesicais associadas a CE pontiagudos.

Corpos estranhos no recto e sigmóide (introdução anal)

A localização dos CE no recto e sigmóide é muito menos frequente, desconhecendo-se a sua verdadeira incidência. A literatura apresenta apenas relatos de casos clínicos ou pequenas séries. A ocorrência de CE no recto e sigmóide resulta predominantemente da sua introdução trans-anal e migração retrógrada. A incidência é maior em adultos do sexo masculino, resultante da auto-introdução voluntária. A introdução acidental está associada a manobras terapêuticas como a inserção de cân-

las ou embalagens de enemas.

Uma grande variedade de CE tem sido encontrada nesta localização: frutas, vegetais, garrafas, lâmpadas, vibradores, termómetros, tubos de enemas, cateteres de irrigação, sacos de drogas, tesouras, facas e seringas (Foto 4).

Quando a introdução é involuntária a história clínica é valiosa para o diagnóstico. Quando a introdução é voluntária o constrangimento dos doentes determina omissão ou alteração de dados



Foto 4 – CE rectal (envólucro de enema) Foto pertencentes ao espólio da SPED (Prémio de Fotografia Endoscópica) Autor: Medeiros, I. et al. Hospital Espírito Santo – Évora

que podem ser relevantes na história clínica.

A presença de um CE rectal ou recto-sigmoideu pode ser assintomática ou cursar com sintomas frustrantes como dores abdominais ou peri-anais, prurido anal. Mas também pode originar quadros graves de hemorragia digestiva baixa, oclusão intestinal, ventre agudo, espasmo ou laceração do esfíncter anal.

Quando os CE têm uma localização rectosigmoideia é importante classificá-los quanto à sua posição relativamente à transição rectossigmoide. Assim, são considerados de localização alta quando acima ou na transição rectossigmoide, e de localização baixa quando na ampola rectal. Esta classificação reveste-se de importância para o tipo de tratamento a ser instituído.

Na suspeita de CE rectal, previamente ao toque rectal, preconiza-se estudo radiológico, pois o risco para o examinador associado a determinados CE (pontiagudos e/ou cortantes) não é desprezível. A abordagem destas situações é multidisciplinar, envolvendo a gastroenterologia, a cirurgia e a anestesia.

A remoção endoscópica é indicada quando o CE for pequeno e estreito, não cortante e passível de ser extraído por ansa ou pinça. Na maioria dos casos há necessidade de algum grau de anestesia regional ou geral e relaxamento muscular, permitindo a dilatação anal e remoção do CE com risco reduzido de laceração ou perfuração. Os CE de localização alta (sigmóide ou transição rectossigmoide) são mais difíceis de extrair, podendo ocasionalmente ser mobilizados para o recto atra-

vés da colonoscopia, manipulação bimanual ou laparotomia. Quando são CE de grandes dimensões é normalmente necessário instrumentação (ex. fórceps obstétrico). A maioria dos autores considera que a remoção dos CE colorrectais exige visualização directa, para acautelar a perfuração do cólon ou laceração do esfíncter anal. Após a remoção do CE, o doente permanece em vigilância clínica e em caso de suspeita de complicações poderá ser submetido a estudo complementar, endoscópico ou imagiológico, consoante o quadro clínico. As técnicas endoscópicas têm

actualmente um papel importante na abordagem dos CE, tendo vindo a substituir gradualmente a cirurgia, à medida que o avanço tecnológico o permite, tal como em outros campos da patologia gastroenterológica. No entanto, a melhor forma de tratamento é a prevenção. Determinados conselhos dietéticos diferenciados consoante os grupos de risco, uma boa saúde oral, e na infância, restringir o acesso a objectos de pequenas dimensões, são medidas que podem ser facilmente transmitidas e implementadas para prevenção desta patologia (Tabela 2).

Tabela 2
Medidas preventivas da ingestão de CE

CRIANÇAS	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Impedir o acesso a objectos pequenos • Preparar cuidadosamente os alimentos (espinhas e ossos) • Diluição adequada das fórmulas lácteas dos recém nascidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a saúde oral • Adaptar as próteses dentárias • Mastigar bem os alimentos • Não colocar objectos na boca (pregos, parafusos, clips, alfinetes ...)
GRUPOS DE RISCO	
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta pobre em fibras vegetais (por ex. diospiros, manga, grelos, couves) em doentes com atraso de esvaziamento gástrico ou hipocloridria, prescrição de procinéticos • Dieta passada em doentes com estenoses (benignas ou malignas) e em portadores de próteses digestivas (esofágicas ou entéricas) • Terapêutica psiquiátrica em doentes com tricofagia 	

Autores: Eugénia Cancela, Paula Ministro**, António Caldas***
Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São Teotónio - Viseu*

** Interna; ** Assistente Hospitalar Graduada; ***Chefe de Serviço e Director de Serviço*

Instantâneo Endoscópico

Corpo Estranho no Cólon: Causa Invulgar de Hemorragia Digestiva Baixa

Eugénia Cancela, Paula Ministro, António Caldas; Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São Teotónio - Viseu



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Doente do sexo masculino, com 85 anos de idade, que recorreu ao SU por quadro de recorrentes hemorragias e precordialgia. Antecedentes de cardiopatia hipertensiva/isquémica severa, medicado habitualmente com amiodarona, ramipril, diltiazem, mononitrato de isossorbido, ticlopidina e ranitidina. Sem antecedentes de hemorragia gastrointestinal, toma de anti-inflamatórios não esteróides ou doença ulcerosa péptica. À entrada no SU apresentava-se hemodina-

micamente estável, com hemoglobina de 9,4 gr/dl. Foi efectuada videocolonoscopia total, que revelou a presença de sangue vivo e coágulos até ao transverso proximal e de divertículos no cólon descendente e sigmóide. À retirada do aparelho, a 35 cm da margem anal, identificou-se a presença de um corpo estranho (osso) encravado na mucosa por uma das extremidades, com pequena úlcera, tecido de granulação envolvente e hemorragia activa em babamento (figura 1). Procedeu-se, então,

à extracção do corpo estranho com pinça apropriada (figura 2), após o que se verificou tratar-se de um osso de frango em formato de tridente (figura 3). Dada a persistência da hemorragia efectuou-se hemostase endoscópica com adrenalina, com sucesso (Figura 4). Foi internado para vigilância tendo tido alta ao 4º dia, clinicamente bem. Posteriormente, ao inquirirmos o doente, este referiu ter ingerido frango alguns dias antes sem se aperceber da deglutição de qualquer corpo estranho.

Entrevista com João Gouveia

A Arte da Comunicação

Comunicar é uma necessidade e uma obrigação constantes para os médicos. O Prof. João Gouveia falou com o *ENDOnews* sobre os aspectos mais relevantes da comunicação, quer no que se refere às exigências da comunicação entre médicos quer no que concerne à relação dos médicos com os doentes.

ENDOnews – Actualmente, face à evolução permanente do conhecimento científico, os médicos são constantemente confrontados com a necessidade de realizarem comunicações científicas e palestras. Para além do seu conteúdo científico, quais são as principais vertentes de uma apresentação que condicionam a transmissão eficaz da mensagem?

Prof. João Gouveia – Não pretendendo, nem podendo, esgotar o assunto, julgo, contudo, que há três factores críticos de sucesso. O primeiro tem a ver com a **planificação**. É importante que haja muito trabalho de bastidores no sentido de assegurar que tudo funcionará bem e acautelar eventuais problemas e dissabores. Quando falamos de planificação, referimo-nos ao conhecimento prévio de aspectos como:

- *destinatários*, recolhendo antecipadamente informações quanto a quem são e a eventuais curiosidades/necessidades, de modo a minimizarmos a hipótese de prepararmos uma intervenção brilhante... para o público errado;
- *objectivos*, identificando com cuidado e detalhe o que queremos ver alcançado, de forma a que sejam os fins a condicionar os meios e não o contrário;
- *espaço*, obtendo uma descrição da sala onde a intervenção terá lugar, de forma a sabermos de onde falamos, onde projectamos os recursos audiovisuais, onde está quem ouve, etc.. São inúmeras as situações de que decorrem problemas quando este aspecto é negligenciado;
- *condições técnicas*, averiguando previamente-

te junto da organização quais os recursos disponibilizados e em que medida satisfazem as nossas necessidades;

- *tempo disponível e sequência de apresentações*, uma vez que, como é sabido, é diferente ser o primeiro ou o último da lista. De facto, e sabendo como as coisas habitualmente funcionam, é mais do que plausível que os últimos intervenientes acabem por dispor de menos tempo do que os primeiros. Caso isto não seja antecipado, podem



emergir problemas difíceis de resolver na altura da apresentação, uma vez que nos obriga a decidir no momento mais crítico, o da própria apresentação, como resumir e o que cortar. Sabemos como tais decisões são difíceis e, por isso, devemos evitar relegá-las para os momentos de maior tensão. Referimo-nos ainda à criação de uma estrutura de apresentação, com encadeamento lógico e sequencial, e que facilite a apreensão, por parte de quem ouve, do essencial da informação. Por vezes, esquecemo-nos de quem ouve não conhece o tema como nós e que, por isso, não dispõe da visão global onde qualquer informação se encaixa harmoniosamente. Qualquer informação solta é, para quem apresenta, inteligível, pois este dispõe de uma imagem global, e é essa compreensão global do assunto que lhe permite identificar o lugar de

cada peça de informação. O mesmo não se passa com quem assiste. A audiência precisa, por isso, de ser informada, logo de início, do caminho que vai ser trilhado, dos pontos que irão ser abordados e a ordem com que o serão, pois se assim não for corre-se o risco de parte da informação fazer pouco sentido.

Um segundo factor crítico de sucesso tem a ver com os **recursos audiovisuais** utilizados. Já todos teremos assistido a palestras e intervenções com *slides* em Powerpoint de qualidade, no mínimo, questionável.

Na maior parte dos casos em que isso nos é dado a presenciar, a razão prende-se com uma decisão do palestrante, não necessariamente consciente, de se anular enquanto principal peça de comunicação, concentrando nos *slides* toda a informação que considera relevante fazer passar.

Sendo compreensível essa opção, ela comporta riscos que convém ter presente. Um deles é o problema da exploração do *slide*. Como deve esta ser feita? Lendo o que está escrito no *slide* tal qual, e assumindo, assim, o risco de *entediá* a assistência? Ou explicando a ideia central por outras palavras?

Caso opte por esta última hipótese, o palestrante estará a confrontar a assistência com a singular situação de

ter de escolher entre uma de duas possibilidades – ou ouve o que está a ser dito ou, em alternativa, lê o que está no *slide*. Atente-se nesta verdade inofismável: é impossível prestar atenção a ambos.

Quem eventualmente considerar que isto é um aspecto de menor importância, experimentalmente, no próximo seminário a que assistir, conseguir fixar, em simultâneo, o que está escrito nos *slides* e o que está a ser dito.

É neste contexto que se sugere que os *slides* sejam sempre construídos com o mínimo de informação possível, preferencialmente utilizando palavras ou conceitos-chave (ou imagens), ficando a sua explanação e os detalhes a cargo do palestrante no contexto do seu discurso. Só dessa forma a informação disponibilizada em *slide* não colide com o discurso; pelo contrário, complementa-o ao fornecer



a quem assiste uma constante âncora quanto ao rumo do que está a ser dito.

Para além da questão relacionada com a quantidade de informação, valeria ainda a pena ter em conta o seu *design*. Desde logo, é importante prestar atenção à questão das cores, designadamente as suas cargas simbólicas.

Uma das razões desta preocupação prende-se com o facto de haver situações em que o que é afirmado no texto está a ser contrariado graficamente com a cor escolhida. Um exemplo ilustrará o que afirmamos: o vermelho tem conotações como perigo, violência, sangue e mesmo morte, o que o torna particularmente adequado para sugerir cuidados a ter ou alertas a lançar. Assim sendo, é pouco aconselhável utilizar a cor vermelha para sugerir vantagens, aspectos a reter ou caminhos a seguir.

Um último aspecto relativo ao *design* dos audiovisuais prende-se com a escolha da letra. Não raro, esta escolha é feita em função de critérios ditos “estéticos”. À semelhança da cor, contudo, também as diferentes letras geram diferentes sensações. Por exemplo, o Times New Roman (letra serifada) sugere credibilidade e está associado a uma imagem mais institucional. Por outro lado, as letras sem serifa (AvantGarde, Arial e Verdana) são mais facilmente legíveis em contexto de projecção e sugerem uma maior proximidade com a assistência, tendo em conta o facto de serem mais informais. Um tipo de letra a evitar (excepto quando o

público é constituído maioritariamente por crianças) é o Comic Sans Ms, considerado excessivamente informal e íntimo.

O terceiro e último factor-crítico de sucesso tem a ver com a **dimensão não-verbal**, tantas vezes ignorada ou subestimada. De facto, parece haver consenso em torno do facto de que aquilo que somos (ou aparentamos ser), por vezes, fala muito mais alto do que aquilo que dizemos. A utilização cuidada das mãos, dos pés, uma postura correcta, o modo como enfatizamos o que dizemos, o entusiasmo que revelamos, tudo isto determina, mais do que as palavras que proferimos, o impacte gerado na assistência.

Não há, por isso, comunicadores natos. Ou, a haver, é uma escassa minoria a quem a vida foi, progressiva mas inexoravelmente, reforçando as alegadas inatas competências de comunicação.

Saber comunicar em público, como alguém dizia, é uma questão de 99% de transpiração e 1% de inspiração. O trabalho e o esforço de preparação são, por isso, a parte mais importante do sucesso.

A inspiração que complementa o esforço é como a cereja no topo do bolo: quando está presente, transforma o muito bom em algo de inesquecível. Mas o muito bom já é mais do que suficiente, não?

Uma outra área, em que a capacidade de transmitir uma mensagem é vital, na nossa prática clínica, é a que diz respeito à comunicação com os doentes. Tratando-se de pessoas com características culturais e de formação diferentes das nossas, as exigências para uma comunicação eficaz são certamente diferentes. Que aspectos julga deverem ser realçados neste âmbito?

Como em tudo na vida, quanto melhor conhecermos o mundo que nos rodeia, mais facilmente nos relacionamos com ele. Os bons vendedores aconselham sempre a que se ouça muito mais do que o que se fala. Pelo menos, enquanto não sabemos como conduzir o cliente até à compra.

Significa isto que saber escutar é um garante da eficácia comunicacional. E, para isso, deveremos esforçar-nos por:

- estar atento ao não-dito;
- evitar interromper o interlocutor;
- prestar realmente atenção ao que ele diz e não apenas procurar dar a entender estamos atentos;
- não permitir que o estatuto, o estilo, os modos, o vestuário, o tom da voz, o ritmo da elocução interfiram com a minha preocupação em, de facto, escutar;
- entender mais o que está a ser dito e menos o que queremos entender;
- reformulando, se necessário, as ideias expressas pelo nosso interlocutor, de forma a que ele saiba que compreendemos.

Por incrível que possa parecer, este conjunto de recomendações não é fácil de passar à prática. Experimentem e verão.

Sendo certo que a escuta activa é um primeiro e decisivo passo para mais facilmente poderemos comunicar, ela não é, por si só, suficiente. Convém, por exemplo, ter presente uma máxima de ouro: comportamento gera comportamento. Simpatia gera simpatia e, pelas





mesmas razões, antipatia gera antipatia.

Se todos concordamos com esta máxima, nem sempre dela retiramos as devidas consequências. Muito pelo contrário, tendemos, muitas vezes, a utilizá-la como arma de arremesso. Quantas vezes nos refugiamos na circunstância de o outro não ter sido suficientemente simpático para justificar aquele comportamento mais agressivo?

Se, de facto, concordarmos com aquela regra, então teremos de começar a sua aplicação por nós mesmos. Temos de, definitivamente, começar por concordar e compreender que não são os outros que não nos dão hipóteses. Não são os outros que são impossíveis. Não são os outros os responsáveis, na maior parte dos casos, pelo insucesso da relação interpessoal. Precisamente porque sabemos que comportamento gera comportamento, temos a responsabilidade, senão mesmo o dever, de adoptar essa regra como linha orientadora de qualquer relacionamento, sendo nós próprios os primeiros a dar o exemplo.

A cultura acarreta obrigações e não apenas direitos. A partir do momento em que temos mais consciência do que está em causa numa relação interpessoal e do peso que um correcto comportamento aí tem, então, cabe-nos precisamente a nós (e se calhar só mesmo a nós) utilizar a simpatia para gerar simpatia. Por muito que nos custe aceitar este facto, os comportamentos que assumimos nunca são uma consequência dos comportamentos dos outros. São sempre uma escolha que fazemos. E, como é sabido, a vida e as suas pressões nem sempre nos levam a escolher da melhor forma.

Um outro aspecto a ter em conta prende-se com a linguagem utilizada. A este respeito, julgo que todos concordarão que o jargão

científico não será a melhor forma de fazer passar a mensagem a quem não dispõe das chaves de acesso a essa terminologia.

Aos profissionais que julgarem que adulteraram a sua ciência traduzindo-a por linguagem mais simples sugere-se que assistam a uma conversa de informáticos e que dela tentem retirar algum contributo para os problemas que têm com o portátil. São contextos em que facilmente nos sentimos deslocados e onde a linguagem que se fala nos é completamente alheia. Não somos nem mais nem menos cultos pelo facto de não o entendermos. A vida simplesmente nos levou para outras curiosidades e, por isso, não dispomos da entrada nem das chaves de acesso a esses mundos sem que alguém nos ajude.

No caso dos médicos, este cuidado assume importância acrescida. Trata-se de uma relação fornecedor-cliente onde este último se encontra dependente do primeiro ao nível do que tem de mais importante: a sua saúde. Ora, a ansiedade que caracteriza esta relação apenas se vê aumentada pelo facto de o doente não conseguir entender o que dele está a ser dito. Caberá, por isso, ao médico, adoptar um registo de conversa cujo comprimento de onda seja o mais próximo possível do do seu paciente.

Um último aspecto importante na comunicação com os doentes remete para uma competência que, julgo, nem sempre está presente na relação médica: a função peda-

gógica. Refiro-me à obrigatoriedade que um profissional de saúde tem de, mais do que decidir do veredicto e escolher a pena, ajudar a perceber e levar a compreender o que está a acontecer, dessa forma contribuindo para que, no futuro, algumas coisas menos desejáveis não voltem a acontecer.

Um doente não se socorre do seu médico para que este o rotule com um nome esquisito e, daí decorrente, lhe aplique o necessário castigo da medicação nos exactos termos em que o deverá fazer. Quer antes ser sossegado e informado, perceber o que o incomoda e para o qual não dispõe de explicação. Quer, no limite, entrar no segredo do funcionamento da máquina que ele é, até e desde logo, para melhor se poder conhecer. Ora, este tipo de preocupações não se resolve apenas com gentileza ou boas intenções. Um bom pedagogo é o que, mais do que informar, procura levar a compreender. E isso implica diálogo. A compreensão está intimamente associada a conversa direccionada e não apenas à escuta de um monólogo. Por muito estruturado e cientificamente correcto que este possa ser.

Conversar é o que, de resto, mais nos aproxima da nossa humanidade. Comunicar significa exactamente pôr em comum.

Na essência, é aí que tudo radica. Sermos humanos. A qualidade na comunicação decorre disso mesmo. Ou haverá dúvidas?

J. E. Pina Cabral

Quem é João Gouveia

Licenciado em Filosofia pela Universidade do Porto, o Prof. João Gouveia é Mestre em Supervisão Pedagógica pela Universidade de Aveiro e Doutorando em Tecnologia Educativa pela Universidade de Salamanca.

Possui qualificações como gestor de formação e consultor para a gestão dos recursos humanos.

É docente de ciências da educação, supervisão peda-

gógica e organização do trabalho, leccionando na escola Superior de Educação Paula Frassinetti e na Escola Superior de Educação de Fafe.

Exerce funções de gestor de formação em várias entidades formadoras e é autor de vários recursos pedagógicos nestas áreas.

Colaborou com a SPED e a SPG nos Cursos de Iniciação à Endoscopia recentemente realizados.

Eventuais destaques

Saber comunicar em público é uma questão de 99% de transpiração e 1% de inspiração. O trabalho e o esforço de preparação são, por isso, a parte mais importante do sucesso.

Convém ter presente uma máxima de ouro: comportamento gera comportamento. Simpatia gera simpatia e, pelas mesmas razões, antipatia gera antipatia.

“Cérebro Mente Corpo” em Gastrenterologia

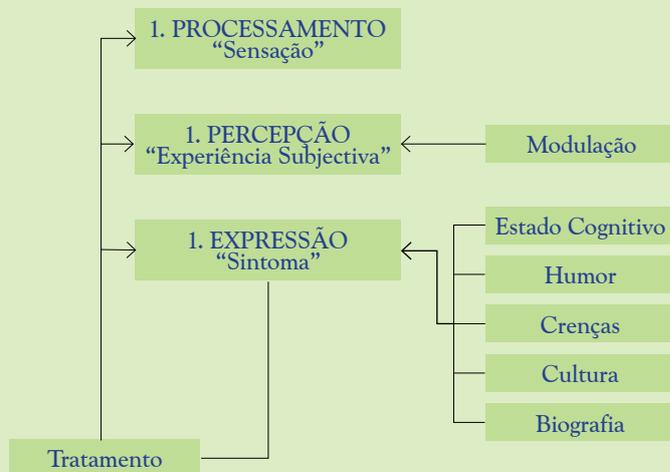
Aceitação do modelo psicofisiológico para o sofrimento humano, que integra a vertente psicopatológica na etiopatogenia e critérios diagnósticos baseados em sintomas, implica um esforço imediato para afastar dogmas ou complexos que bloqueiam uma nova abordagem da patologia digestiva. Considerando que muitos dos sintomas, digestivos e outros, poderão resultar do processamento cognitivo anormal de estímulos emocionais e viscerais, é de reflectir sobre a tendência para os perceber como evidência sintomática de doença. A actual investigação humana básica e clínica questiona-se sobre a forma como a fisiologia

tente da resposta motora gastrointestinal ao stress agudo e crónico. A natureza dos factores de stress e as características individuais, que agora se investigam, podem condicionar o contexto sintomático, dentro do universo alargado destas manifestações.

A dor abdominal sem causa orgânica aparente e, após devida investigação complementar, é uma característica comum de várias síndromes funcionais digestivas, a par da co-morbilidade psicológica e da hipersensibilidade à estimulação intestinal. Entre as hipóteses propostas para explicar tal fenómeno, tem merecido especial atenção o processamento aberrante das sensações intestinais, resultado de alte-

ricamente reconhecidas como substrato de muitos mecanismos etiopatogénicos. A comunicação bidireccional entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso entérico (SNE) ocorre indiferentemente do estado de saúde. Variados factores de stress dirigidos ao SNC e ao intestino perturbam a fisiologia do eixo cérebro-intestino. Os processos de modulação das respostas ao stress, ao longo deste eixo, envolvem vias neurais, mecanismos imunológicos e endócrinos. Alterações a todos os níveis do controlo neural do tracto digestivo podem afectar a modulação da motilidade, secreção, funções imunológicas, tal como a percepção e resposta emocional às alterações funcionais viscerais. O eixo cérebro-intestino não está designado para gerar percepções conscientes de todas as alterações da homeostase intestinal e do meio interno, em particular, quando estas alterações são fisiológicas ou quando não há respostas adaptativas comportamentais consequentes. A *neurogastrenterologia* tem permitido conhecer melhor a biologia da percepção das condições fisiológicas do tubo digestivo, a designada *interocepção* e, desta forma, valorizar a importância das funções da sensibilidade visceral “intestinal”. Como se de um “sexto sentido” se tratasse, cabe-lhe o papel de informar sobre as características dos alimentos, pH intraluminal, ou mesmo dar conta das contracções da parede digestiva. Em suma, tende a participar no controlo da homeostase intestinal – “alostase” e do meio interno, essencial para ordenar os mecanismos da digestão. Como “órgão neurológico” (Holzer P 2001), o intestino tem aferentes sensitivos que notificam o cérebro de dados que são relevantes para o equilíbrio da energia e dos fluidos corporais. Entre as principais características da sensibilidade visceral intestinal destaca-se a de ser maioritariamente não consciente, ter mecanismos que evitam a experiência subjectiva da percepção e, ainda, a inexistência de um sistema sensorial de verificação, o denominado “backup”. Por este motivo pode ser gerador de sintomas relacionados com o medo e ansiedade perante a possibilidade de doença. Aparentemente, a dor visceral comporta-se como um fenómeno secundário, elaborada a partir de receptores mecânicos,

Esquema 1
Construção de um Sintoma



Adaptado de E McColl Gut 2004

digestiva afecta a interacção cérebro-intestino, tal como da sua inter-relação no sentido inverso. De uma forma abstracta, podemos especular ou imaginar ser possível que alguns dos nossos sintomas físicos não passem de uma representação de determinadas memórias experimentadas no corpo. Poder-se-ia, então, acreditar que nem sempre se sofre do corpo mas sim pelo corpo.

Os dados existentes demonstram, claramente, que a inibição do esvaziamento gástrico e da motilidade do intestino delgado tal como a estimulação da motilidade esofágica e do trânsito cólico, constituem o padrão mais consis-

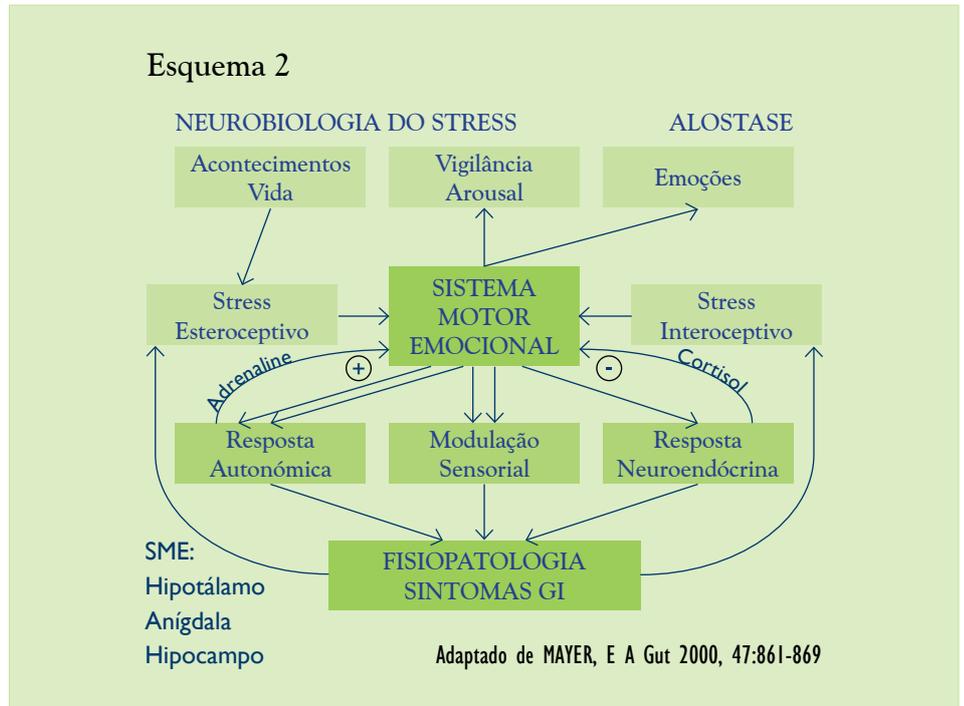
tações da sua modulação por factores emocionais e cognitivos. Os efeitos do contexto emocional no processamento das sensações com origem esofágica demonstraram, com a aplicação da imagem funcional cerebral, uma marcada activação de áreas corticais, apenas quando a estimulação esofágica foi desencadeada durante um contexto emocional negativo. O papel da modulação da sensibilidade visceral por factores cognitivos, responsável pela inadequada experiência sensorial, resulta da exagerada atenção sobre aferências viscerais, o fenómeno da hipervigilância.

As *interacções cérebro-intestino* são, hoje, gene-

térmicos e químicos, uma vez que continuam por esclarecer as verdadeiras características da sensibilidade nociceptiva visceral.

Muitos dos *sintomas gastrintestinais* podem, assim, representar um marcador biológico que resulta da modulação alterada dos agora denominados “Gut Feelings”, responsáveis pela transformação da sensação em percepção visceral. Pertence ao “Sistema Motor Emocional” (SME) o papel central na organização neuro-imuno-endócrina da resposta ao stress. Para a construção de sintomas, definidos como uma “experiência subjectiva de uma função anormal, sensação ou aparência, geralmente indicando perturbação ou doença”, fazem parte vários componentes em interacção, como representado no esquema 1.

O *modelo etiopatogénico biopsicossocial* é o que melhor se adapta à interpretação dos sintomas com origem víscero-sensorial. Percebê-lo é compreender o resultado final da interacção entre a função sensitiva, motora, reflexa visceral e o seu processamento a nível cerebral, tendo em conta factores cognitivos e afectivos. As anormalidades da percepção visceral, como está demonstrado em estudos sobre o padrão de sensação algica de dor induzida pela distensão rectal nos doentes com síndrome do intestino irritável, exemplificam a possibilidade do cérebro aumentar a percepção consciente dos estímulos viscerais, a denominada hiperalgesia. Os mecanismos psicossociais do fenómeno da “hipersensibilidade visceral” assentam em alguns factores como a



falha no sistema de inibição da dor pelo cérebro ou a produção e experiência dos “Body Maps”. Igualmente, são também importantes as memórias emocionais, a hipervigilância das sensações corporais e a presença de sintomas relacionados com medos e ansiedades.

A *neurobiologia das emoções e stress* tem revelado a importância do processamento multidimensional das sensações intestinais, tendo em conta a modulação das interacções córtico-límbicas. As vias envolvidas na sensação e percepção da dor visceral estão sobrepostas

no sistema límbico. Este é responsável pela modulação das emoções positivas e negativas ou pelas respostas de “luta e fuga” do sistema nervoso autónomo. Anormalidades do córtex cingulado e de outras partes deste sistema têm sido descritas na depressão e na ansiedade, tal como no contexto emocional do sofrimento da percepção dolorosa. Quando ocorrem, nessa área cortical, alterações anatómicas induzidas pela cirurgia, pode desaparecer o contexto emocional do sofrimento apesar de conservada a sensação de dor. Os mecanismos neurobiológicos e endócrinos que se organizam em volta do “sistema motor emocional” explicam muitas das interacções cérebro-intestino, a sua relação com o corpo e a permeabilidade da barreira mucosa intestinal produtora de processos inflamatórios crónicos. As modificações funcionais induzidas pela resposta ao stress servem para manter a homeostase e podem envolver adaptações fisiológicas e do comportamento. Elas resultam da complexa integração de uma série interconectada de regiões do cérebro, abrangendo o hipotálamo, amígdala e hipocampo. Estas recebem aferências viscerais, somáticas e, ainda, de estruturas corticais superiores. Em consequência, geram uma resposta neuro-endócrina relacionada com o stress através de duas vias eferentes

Esquema 3

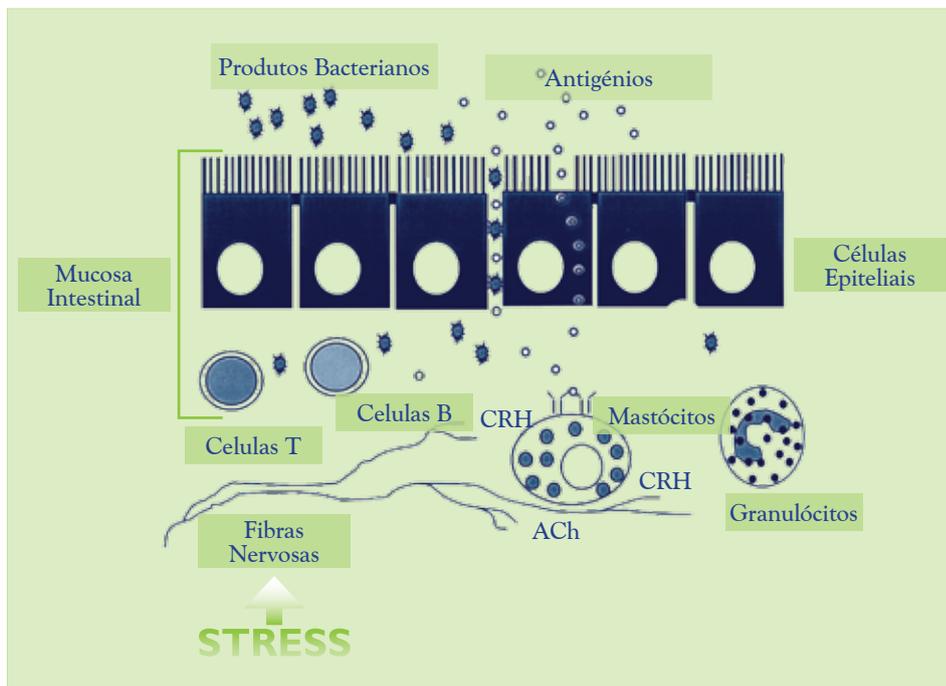


Adaptado de MAYER, E A et al. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2001

interrelacionadas: o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e o sistema nervoso autónomo, como representado no esquema 2.

O stress estimula a libertação endógena do factor libertador de corticotrofina (CRH) hipotalâmica que aumenta a libertação de ACTH pela adenohipófise, estimulando a secreção de cortisol pelo córtex suprarrenal, tal como as β , γ -lipotrofinas e β endorfinas. Também activa directamente as vias neurais descendentes do hipotálamo para os núcleos do tronco cerebral, que controlam a resposta autonómica. A estimulação do SN simpático causa a libertação de adrenalina e noradrenalina pela medula supra-renal. Como os neurónios do SN simpático se distribuem por todo o intestino ao contrário do SN parassimpático (vago e nervos sagrados), que atingem a parte superior do tubo digestivo e distal, podem estar justificadas as diferenças de alguns padrões sintomáticos. Os neurónios aferentes e eferentes do SNA comunicam com o SNE formando, desta forma, o denominado eixo cérebro-intestino, que contém 100 milhões de neurónios.

Factores psico-sociais indutores de stress patológico, agudo ou crónico, estão cada vez mais, reconhecidamente, presentes na etiopatogenia das doenças denominadas funcionais e também estão no centro da discussão de algumas entidades da gastroenterologia até agora encaradas como estritamente orgânicas. A demonstração do aumento da incidência da síndrome do intestino irritável do tipo pós-infeccioso, em doentes com co-morbilidade psicopatológica, enquanto decorria a infecção intestinal, *indissocia* factores biológicos



e psicológicos. O esquema 3 representa a associação dos diferentes tipos de stress no desenvolvimento e modulação de sintomas, na forma transitória ou persistente da doença funcional digestiva, tendo em conta factores psicossociais e orgânicos.

A expansão experimental e clínica da neuroimagem funcional que, ainda hoje, apresenta tantas discrepâncias de resultados, constitui um contributo indispensável para os recentes progressos da *neurogastroenterologia*. A aplicação das técnicas de imagem cerebral como a PET e a RM funcional tem, especialmente, contribuído para a compreensão do eixo cérebro-intestino, abrindo, com expectativa, novas perspectivas terapêuticas.

Os recentes conhecimentos na área da *psiconeuroimunologia* vieram pôr em causa a concepção tradicional dos mecanismos da doença, trazendo para a discussão a importância de factores associados, central e periférico, tendo como matriz etiológica a predisposição genética. Um bom exemplo é o da inflamação neurogénica do tubo digestivo, que é hoje reconhecida como potencieamente produzida por actividades psicológicas como o stress, tendo por base a neurobiologia emocional, como retratado no esquema 4.

As recentes publicações sobre os efeitos do stress psicológico na patogénese e terapêutica da doença inflamatória intestinal têm identificado mecanismos comuns às da síndrome do intestino irritável. Assim, as alterações da permeabilidade da mucosa e a perturbação da interacção da flora intestinal com o sistema

imune das mucosas podem levar à activação persistente do processo inflamatório, mais ou menos evidente em ambas as entidades. Pontos comuns, também, são as alterações da motilidade e a modulação sintomática através do controlo do stress. Se são duas entidades separadas ou em fases diferentes de evolução, é uma dúvida em aberto. Há um considerável interesse pela função da inflamação crónica de baixo grau na patogénese do SII. O desenvolvimento e uso de marcadores biológicos identificadores do baixo grau de inflamação poderá revolucionar a caracterização dos seus subtipos, esclarecendo os mecanismos periféricos da génese dos sintomas e, permitindo uma mais adequada opção terapêutica. O aumento da permeabilidade do epitélio intestinal como consequência da disfunção da barreira protectora, adversamente alterada pelo stress físico e mental, está hoje confirmada como uma evidência. O que não está, ainda, esclarecido, é a sua importância na etiopatogenia das entidades nosológicas. Estão publicados esquemas de mecanismos envolvidos na disfunção da barreira intestinal induzidos pelo stress, como a figura seguinte. Ao aceitar as emoções como um “conjunto de alterações orgânicas” e “a mente humana como uma ideia do corpo” (António Damásio) continua por esclarecer qual será o papel que vamos poder atribuir ao “intestino”.

Eduardo Pereira

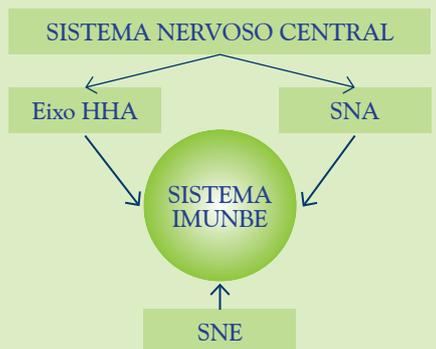
Conferência proferida na XX Reunião

Annual do Núcleo de Gastroenterologia

dos Hospitais Distritais (Novembro de 2005)

Esquema 4

Psiconeuroimunologia



“Inflamação neurogénica” do tubo digestivo produzida por actividades psicológicas como o stress

Novas Tecnologias

Métodos de Biopsia Óptica

A utilização de métodos ópticos no sentido de possibilitar um diagnóstico histológico, dispensando o recurso à colheita de biópsias e consequente estudo histopatológico, configura a chamada biópsia óptica. Os recentes avanços nas tecnologias óptica e electrónica têm levado ao aparecimento de novas modalidades de imagem endoscópica, tendo preci-

procedimento endoscópico, obter imagens de alta resolução da superfície da mucosa, bem como de camadas da parede até uma profundidade de 250 micron (Figura 1). Para a sua realização utiliza-se um microscópio de fluorescência integrado na extremidade distal do endoscópio, resultando a imagem da excitação produzida por uma fonte de LASER sobre agentes fluorescentes previamente administrados ao doente. Os agentes utilizados são a fluoresceína e a acriflavina, o primeiro por via sistémica, o segundo em aplicação tópica. Com esta tecnologia alcança-se uma ampliação de 1000 vezes, o que permite observar as células. As informações obtidas são de natureza morfológica, mas a detecção da fluorescência possibilita, também, a caracterização das propriedades bioquímicas e moleculares dos tecidos.

A experiência clínica é ainda limitada, mas Kiesslich e col. relatam, num estudo envolvendo 390 diferentes localizações no cólon, incluindo 256 regiões com aspecto endoscópico normal e 134 lesões, uma sensibilidade de 97,4%, uma especificidade de 99,4% e uma acuidade de 99,2% desta técnica na predição da histologia. Um curioso trabalho publicado recentemente pela mesma equipa de investigadores relata a observação, *in vivo*, de *H. pylori*.

As suas potencialidades no contexto da vigilância de condições pré-neoplásicas, designadamente o esófago de Barrett ou a Colite Ulcerosa, merecem ser objecto de investigação. A discriminação, no caso dos pólipos cólicos de

dimensão mínima, entre lesões hiperplásicas e adenomatosas poderá ser outra indicação.

2. "Narrow Band Imaging"

A video-endoscopia convencional utiliza a luz branca para iluminação, sendo a luz reflectida capturada por um "chip" presente na extremidade do aparelho, o que possibilita a reconstrução das imagens com base nas cores vermelho, verde e azul (RGB). O grau de penetração na mucosa depende do comprimento de onda utilizado que, oscilando entre 400 e 700 nm, é profundo na banda dos vermelhos, superficial nos azuis e intermédio nos verdes. A utilização de "Narrow Band Imaging" (NBI) consiste na iluminação dos tecidos recorrendo a filtros que reduzem a amplitude dos comprimentos de onda nas bandas RGB, aumentando a intensidade da banda azul. Daqui resulta uma melhoria da imagem da superfície da mucosa e da microvascularização, fruto, respectivamente, da fraca capacidade de penetração da luz azul e da sua absorção pela hemoglobina (Figura 2).

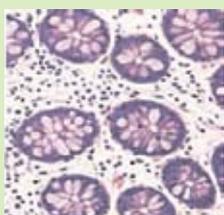
A cromoscopia com magnificação tem uma elevada acuidade na detecção de lesões, tal como demonstrado numa recente publicação sobre a aplicação destas técnicas a pacientes com Síndrome de Lynch, permitindo prever, com uma acuidade razoável, a natureza histológica das alterações detectadas na mucosa. Trata-se, no entanto, de uma técnica muito laboriosa que, no caso da colonoscopia, obriga a uma limpeza intestinal muito rigorosa e que, mesmo quando executada

por um operador experiente, determina um alongamento importante do tempo de exame. Neste contexto, ao eliminar a necessidade de cromoscopia e permitir a observação da vascularização, a NBI poderá facilitar o estudo detalhado da mucosa, embora a existência de inflamação possa dificultar a detecção de displasia, nomeadamente em pacientes com Colite Ulcerosa. A utilização desta técnica parece promissora nos casos de esófago de Barrett.

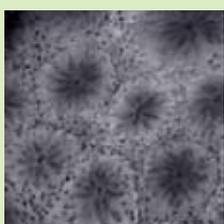
3. Tomografia de Coerência Óptica

Esta técnica combina os princípios da ecografia e da microscopia, baseando-se na reflexão da luz nas camadas do tecido em análise. Tal

Figura 1
Cólon humano normal



a) histologia
(hematoxilina / eosina)



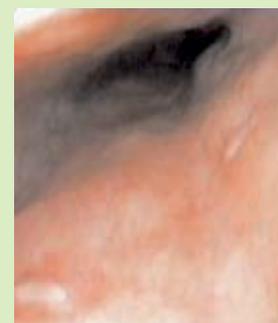
b) endomicroscopia confocal

samente como objectivo a realização da supra-citada biópsia óptica. Neste contexto, três técnicas são merecedoras de referência especial: a endomicroscopia confocal, a "narrow band imaging", ambas já disponíveis no mercado, e a tomografia de coerência óptica, ainda em fase de protótipo.

1. Endomicroscopia Confocal

Esta técnica permite, durante o

Figura 2
Esófago normal

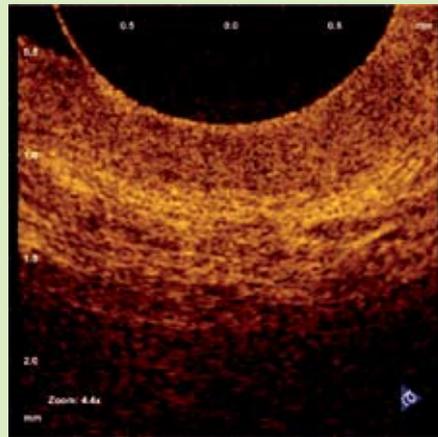


a) endoscopia com luz branca

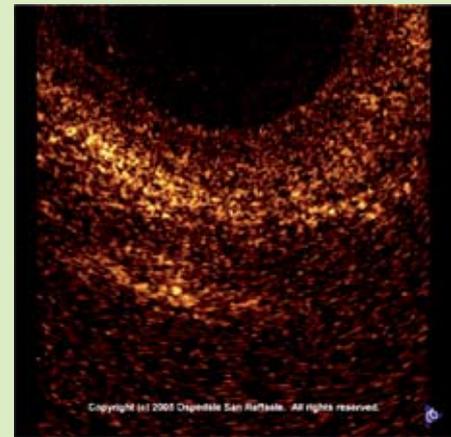


b) endoscopia com NBI

Figura 3
Esófago (tomografia de coerência óptica)



a) esófago normal



b) displasia em esófago de Barrett

como a endomicroscopia confocal permite a obtenção de imagens das camadas da parede do tubo digestivo mas, ao contrário desta, em que a secção obtida é horizontal, com esta tecnologia o corte é transversal (Figura 3). A resolução conseguida, de aproximadamente 4 a 20 micron, é superior à da eco-endoscopia e próxima da da microscopia óptica. A profundidade alcançada, cerca de 2 mm, é superior à da endomicroscopia confocal, mas inferior aos 5 mm obtidos com uma son-

da ecográfica de 30 MHz.

Com esta técnica é possível observar vilosidades, glândulas, criptas e vasos sanguíneos, tendo sido

aplicada ao estudo do esófago de Barrett, de tumores malignos das vias biliares, da Doença de Crohn e de pólipos do cólon.

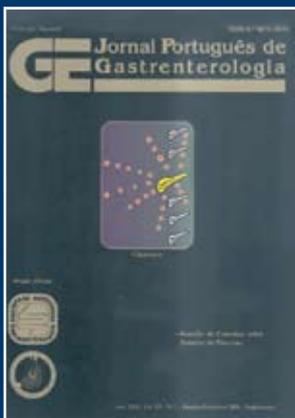
Pedro N. Figueiredo

Serviço de Gastrenterologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

ENDOnews recomenda

Reunião de Consenso sobre Tumores do Pâncreas



Foi recentemente publicado, como suplemento do GE - Jornal Português de Gastrenterologia, o texto completo referente à Reunião de Consenso sobre Tumores do Pâncreas.

A Reunião de Consenso foi organizada pelas Sociedades Portuguesas de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva, Cirurgia, Oncologia e de Radiologia e Medicina Nuclear.

A publicação inclui temas que vão desde a epidemiologia ao tratamento, passando por áreas como o diagnóstico, estadiamento e aspectos psicológicos.

Este novo volume da Biblioteca Gastrenterológica (Editor: F. Carneiro Chaves) reúne um vasto conjunto de artigos sobre diferentes técnicas endoscópicas de terapêutica. No prefácio, o Prof. Carneiro Chaves, sublinha que o objectivo foi divulgar as enormes possibilidades terapêuticas da endoscopia digestiva "junto daqueles que na prática clínica devem conhecer os recursos disponíveis para solucionar os problemas clínicos". Edição da Permanyer Portugal.



Terapêutica Endoscópica

Editor convidado: Armando Ribeiro

Abordagem Terapêutica do Pólipo Maligno

João Ramos de Deus



Neste completo artigo de revisão, o autor apresenta o Estado da Arte relativamente à abordagem clínica do pólipo maligno, isto é, de um adenoma com um foco de carcinoma que invade a sub-mucosa.

O Dr. João Ramos de Deus é Consultor de Gastrenterologia do Hospital Fernando Fonseca, Amadora, e Secretário Geral Adjunto da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia.

O trabalho foi recentemente publicado na Revista Portuguesa de Coloproctologia (vol 2, nº 2, 24-33).

Caso Clínico

Complicações do Carcinoma do Pâncreas

Sónia Nobre, J E Pina Cabral, Clotilde Lérias, Dário Gomes, Albano Rosa, Carlos Sofia, Maximino Correia Leitão
Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

O carcinoma do pâncreas exócrino manifesta-se muitas vezes em fases avançadas, nas quais a possibilidade de terapêutica cirúrgica curativa se encontra ultrapassada.

Em muitos casos, o carcinoma pancreático ocorre na porção cefálica do órgão. Ora, as estreitas relações de contiguidade anatómica com a via biliar principal, por um lado, e o duodeno, por outro, proporcionam condições para que frequentemente surjam complicações regionais envolvendo estas estruturas. Os casos clínicos que se apresentam exemplificam a diversidade de tais complicações e as possibilidades de terapêutica endoscópica para as enfrentar

Caso Clínico I

Doente do sexo masculino, de 79 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e etilismo crónico. Em Agosto de 2001 foi submetido a bypass coronário, por doença coronária de três vasos. Em Novembro de 2005 foi colecistectomizado, por litíase vesicular sintomática.

Cerca de um mês depois desenvolveu um quadro de icterícia, astenia, anorexia e emagrecimento, com internamento em Serviço de Cirurgia. Laboratorialmente apresentava

hiperbilirrubinemia de predomínio conjugado (10 mg/dl), colestase (γ GT-533 U/L, fosfatase alcalina-388 U/L) e aumento dos marcadores tumorais (CA19.9-228,5 U/ml e CA72.4-17,8 U/ml). A ecografia abdominal revelou uma formação expansiva sólida na cabeça do pâncreas, com 3,0 x 2,2 cm, associada a ligeira dilatação das vias biliares intra-hepáticas. A TAC abdominal identificou uma formação nodular hipodensa, de contornos irregulares e limites mal definidos, com 3,3 cm, na porção cefálica do pâncreas, condicionando dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, sem atingimento vascular e sem outras alterações (fig. 1).

Intra-operatoriamente constatou-se que a lesão era irressecável, por invasão da porção direita do eixo mesentérico-portal, pelo que foi realizada hepaticojunostomia com ansa em Y de Roux e gastroenterostomia na face posterior da transição corpo-antro.

Em Abril de 2006, o doente foi internado no Serviço de Gastrenterologia dos HUC, por episódio inaugural de hemorragia digestiva alta (hematemese), sem rebote hemodinâmico mas com tradução laboratorial (Hb - 9,9 g/dl). A endoscopia digestiva alta revelou uma lesão vegetante, ulcerada, friável, condicionando estenose luminal, com início no vértice bulbar e estendendo-se para DII, com coágulos aderentes e hemorragia activa em babamento (fig. 2). Foi efectuada hemostase com adrenalina diluída a 1/10.000 (8 cc) e posteriormente álcool absoluto (0,4 cc), sem hemorragia no final do procedimento.

A lesão era sugestiva de infiltração neoplásica



Fig. 2

do duodeno.

A citologia mostrou grupos de células com atipias sugestivas de malignidade.

A evolução clínica foi favorável, sem recidiva hemorrágica.

Caso Clínico II

Doente do sexo masculino, de 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e acidente vascular cerebral isquémico, sem sequelas, tendo sido submetido a endarterectomia carotídea direita, por estenose, em 1990. Em Janeiro de 2004 foi internado no serviço de Gastrenterologia dos HUC, por icterícia, colúria, acolia fecal e prurido, com uma semana de evolução. Apresentava hiperbilirrubinemia de predomínio conjugado (4,5 mg/dl) e colestase (γ GT - 1770 U/L, fosfatase alcalina - 495 U/L). A ecografia abdominal revelou litíase vesicular e dilatação da via biliar principal. Foi efectuada CPRE, que mostrou acentuada dilatação das vias biliares intra-hepáticas e da



Fig. 1

via biliar principal, com estenose distal. Foi colocada uma prótese biliar plástica 10 Fr / 3 cm. A TAC abdominal realizada na altura não identificou lesões pancreáticas.

A prótese foi substituída 6 meses depois, por oclusão.

Em Outubro de 2004 houve agravamento da



Fig. 3 - Prótese biliar metálica auto-expansível



Fig. 4 - Prótese permeável no 1/3 distal da via biliar principal



Fig. 5 - Prótese duodenal

icterícia colestática e a ecografia abdominal revelou pela primeira vez uma formação expansiva sólida, hipoecogénica, na cabeça do pâncreas, com 3,3 x 3,0 cm, condicionando dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Foi repetida CPRE e colocada uma prótese metálica auto-expansível 10 Fr / 6 cm (figs. 3 e 4).

Dois meses depois, o doente foi internado por hemorragia digestiva alta (hematemeses), com hipotensão e anemia grave (Hb - 5,8 g/dl). A endoscopia digestiva revelou deformação e estenose do bolbo duodenal, úlcera na face anterior, com coágulo aderente, e restante mucosa muito congestiva e friável - aspectos sugestivos de infiltração neoplásica.

Em Junho de 2005 desenvolveu uma colangite ascendente que resolveu com antibioterapia. Em Novembro de 2005 foi reinternado, por vômitos alimentares, identificando-se uma estenose bulbar infranqueável, por infiltração neoplásica. Após a passagem de um fio guia, foi colocada uma prótese metálica duodenal auto-expansível, com 20 x 60 mm (fig. 5).

Comentários

Os casos clínicos acima apresentados ilustram, na verdade, as possibilidades da endoscopia digestiva no tratamento paliativo das complicações do cancro avançado do pâncreas.

A hemorragia digestiva alta – causa do internamento hospitalar num dos casos, constitui uma complicação aguda que, em regra, é susceptível de jugulação através das técnicas endoscópicas de hemostase. A obstrução duodenal, com a consequente estase alimentar e desnutrição, é também uma complicação frequente e resulta da invasão ou compressão duodenal. A gastrojejunostomia cirúrgica tem

sido o tratamento paliativo tradicional mas associa-se a grande taxa de complicações. Na maior parte dos casos, a colocação endoscópica de próteses duodenais tem revelado ser um procedimento seguro e eficaz na resolução da obstrução, reduzindo o tempo de internamento. Em cerca de 85% dos casos, tal procedimento permite a retoma da alimentação oral. Ocasionalmente pode ocorrer migração da prótese ou oclusão por crescimento tumoral através das malhas. Mais raramente, a prótese determina hemorragia por traumatismo da mucosa adjacente.

Finalmente, merece referência particular a abordagem

das estenoses biliares, sendo porventura o tratamento endoscópico mais vezes necessário nestes doentes. Em muitos casos, a colestase por envolvimento da via biliar principal é um evento precoce, sendo a CPRE o método de eleição para a colocação de próteses.

Em suma, pode-se afirmar que a terapêutica endoscópica das complicações do carcinoma do pâncreas desempenha um papel importante no contexto das diversas modalidades de tratamento paliativo, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

*Carlos Gregório
Gastroenterologista dos Hospitais da
Universidade de Coimbra*



Fig. 6

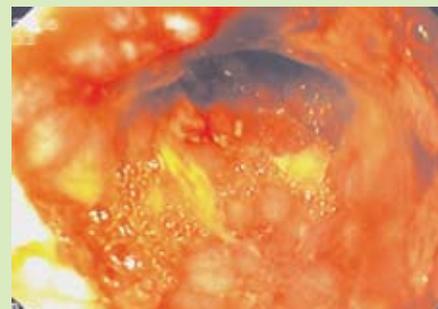


Fig. 7

O doente permaneceu assintomático até Abril de 2006, altura em que reiniciou vômitos de estase. Na endoscopia digestiva identificou-se a prótese duodenal exteriorizando-se através do piloro, epitelizada e patente, com estenose na sua porção terminal (figs. 6 e 7).

Após a passagem de um fio guia até ao duodeno distal, foi libertada uma nova prótese metálica auto-expansível, cuja extremidade distal ficou a jusante da estenose da prótese prévia.

Actualmente o doente está assintomático, sem vômitos e sem dor, tolerando bem a dieta pastosa.

4^{as} Jornadas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva 19^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva

As Reuniões Norte de Endoscopia Digestiva, que têm vindo a realizar-se desde há quase 20 anos, atraindo pela sua qualidade científica um número crescente de participantes, sucederam-se reuniões mais alargadas, aproximando as comunidades científicas gastroenterológicas da Galiza e do Norte de Portugal, não excluindo, naturalmente, participantes de outras zonas de ambos os países. Assistimos assim, em 3 e 4 do corrente, às 4^{as} Jornadas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva / 19^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva, na ilha de La Toja. A coordenação portuguesa esteve a cargo do Dr. Venâncio Mendes, Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e a coordenação espanhola a cargo do Dr. José Luis Vasquez Iglésias, Director do Serviço de Gastroenterologia do Complexo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", na Corunha. A comissão organizadora integrou os gastroenterologistas do Complexo Hospitalario de Pontevedra.

O programa científico privilegiou a troca de experiência e os aspectos práticos da endoscopia digestiva. Incluiu duas mesas-redondas, onde se discutiram em profundidade dois temas importantes:

- Endoscopia do intestino delgado:

- Enteroscopia por pulsão:
Dr. Luis Ledo Barro;
- Cápsula endoscópica:
Prof. M. Mascarenhas Saraiva;
- Enteroscopia por duplo balão:
Dr. Benito Gonzalez Conde;
- Enteroscopia intraoperatória:
Maria Santos;

- Desinfecção em endoscopia:

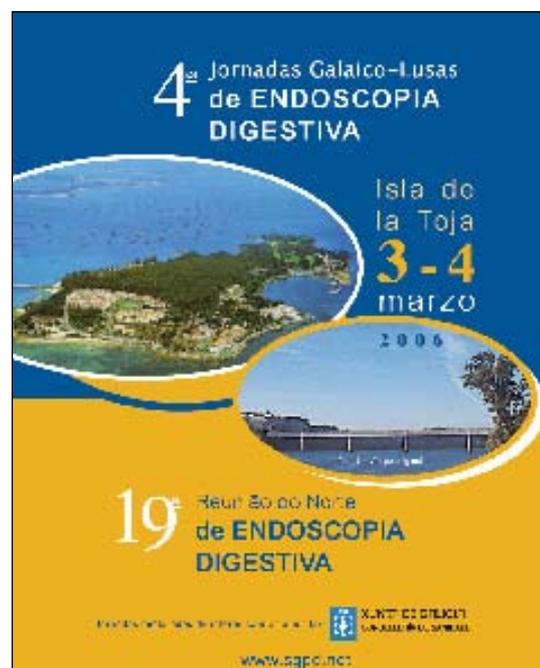
No início assistimos a uma conferência sobre reprocessamento de endoscópios digestivos pelo Dr. Vicente Domínguez Hernández, Presidente da Sociedade Espanhola de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Higiene. Esta conferência abrangeu uma actualização de todos os aspectos relacionados com a limpeza e desinfecção de aparelhos e acessórios de endoscopia, os aspectos epidemiológicos, a análise dos desinfetantes e detergentes disponíveis no mercado, as recomendações das Sociedades Científicas, os procedimentos de limpeza, desinfecção

e armazenamento dos aparelhos e acessórios, as vantagens das máquinas automáticas e dos acessórios descartáveis e as medidas de protecção do pessoal. O Dr. Vicente Hernández apresentou, ainda, a experiência conjunta do Serviço de Gastroenterologia e do Serviço de Medicina Preventiva (do qual é director) do Complexo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", na Corunha, no controlo da limpeza e desinfecção dos aparelhos e acessórios de endoscopia.

Em seguida foi apresentada a prática de desinfecção em vários Hospitais portugueses e galegos: H. S. Bernardo (Setúbal), Complexo Hospitalario de Pontevedra, Hospitais da Universidade de Coimbra, Complexo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo", Hospital Egas Moniz, Hospital General Calda Lugo, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Centro Hospitalario Nuestra Señora del Cristal Orena.

O programa científico incluiu uma conferência designada como "Consenso de Vidago" – Guias de recomendação para a utilização de acessórios de endoscopia, na qual foram apresentadas as conclusões de uma mesa-redonda sobre este tema, realizada na 3^a Reunião Luso-Galaica de Endoscopia Digestiva / 18^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva. Considerando a mais valia do Consenso de Vidago, foi decidido manter a mesma orientação, esperando-se para 2007 o "Consenso de La Toja" sobre desinfecção em endoscopia. Nesta Reunião houve ainda oportunidade para apresentação de comunicações livres, das quais destaco:

- A terapêutica endoscópica na doença do refluxo gastroesofágico, apresentada pelo Dr. António Marques, do Hospital de Santa Maria;
- A utilização de próteses expansivas nas estenoses malignas do esófago, apresentada pela Dr^a Susana Mão de Ferro, do IPOFG;
- Centro Regional de Lisboa;
- O balão intragástrico na terapêutica da obesidade mórbida, apresentado pela Dr^a Isabel Seves, do Hospital Egas Moniz;



- A fiabilidade e aceitabilidade da nasogastrosocopia com videoendoscópio ultrafino, apresentado pelo Dr. José Soares, do Hospital de St. António.

Nas sessões de instantâneos e de vídeos endoscópicos foram apresentados um total de 32 trabalhos, salientando aspectos endoscópicos, particularidades clínicas, situações raras e pormenores técnicos na resolução de algumas complicações.

O local privilegiado onde decorreu a Reunião, aliado ao programa social, proporcionou amplas oportunidades para o estreitamento de laços entre ambas as comunidades científicas, aprofundando relações de trabalho e a partilha de experiências. Esta colaboração traduziu-se na criação de um Clube de Endoscopia do Eixo Atlântico, que se propõe reunir endoscopistas do norte de Portugal e da Galiza, com início de actividades a partir da Reunião decorrida em La Toja, sendo sócios fundadores todos os colegas inscritos na Reunião. Este Clube terá um coordenador espanhol e um coordenador português e visa desenvolver a colaboração científica sob a forma de estudos multicêntricos, alargando desta forma a colaboração que se tem vindo a verificar na organização conjunta destas Reuniões Luso-Galaicas.

*M. Isabelle Cremers
Assistente Hospitalar Graduada de Gastroenterologia
Hospital de São Bernardo*

Iniciativa conjunta SPED / SPG

Cursos de Iniciação à Endoscopia Digestiva

Com o intuito de promover a iniciação dos novos internos de Gastrenterologia no conhecimento das técnicas de endoscopia digestiva, realizaram-se os três primeiros Cursos de Iniciação à Endoscopia, uma iniciativa conjunta da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

Estas acções de formação decorreram na Sede das sociedades, em Lisboa, nos passados meses de Março, Abril e Maio. Dirigidos aos internos do 1º e 2º anos do internato de Gastrenterologia, os Cursos incluíram uma importante vertente prática através do recurso a um simulador virtual de endoscopia, o GI Mentor II, um equipamento adquirido pela SPED e SPG com o apoio da Jassen-Cilag.

O GI Mentor II é o simulador líder de treino médico, computadorizado e interactivo, para a endoscopia gastrointestinal. O seu sistema

único de “hardware” e “software” permite a reprodução de sensações idênticas às sentidas na realização de uma endoscopia real. Como funciona?

O funcionamento do simulacro tem início com a introdução de um endoscópio real, adaptado pela Simbionix, dentro do manequim

a possibilidade de realização de um vídeo relativo à “performance” do formando, o qual pode ser gravado, revisto e avaliado. Ademais, o GI Mentor II suporta exercícios fundamentais para o desenvolvimento de uma coordenação avançada entre os olhos e as mãos, necessária para uma manipulação precisa do



GI Mentor. Enquanto o procedimento é desenvolvido, no monitor são recebidas, simultaneamente, informações visuais semelhante à realidade, assim como sensações tácteis.

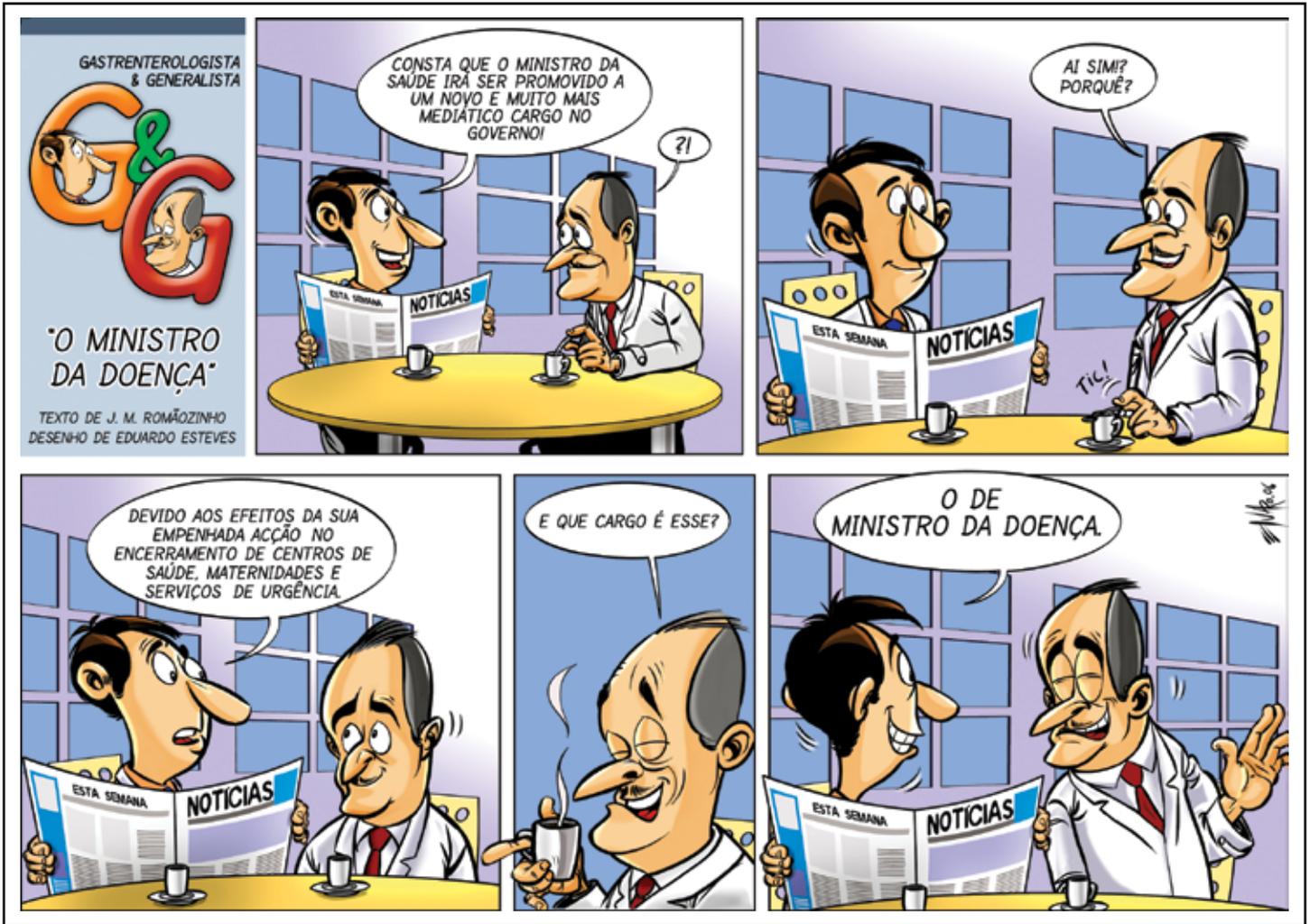
A alteração entre os procedimentos superiores e inferiores é extremamente simples. O manequim GI Mentor é facilmente colocado na posição de endoscopia alta ou baixa. Um simples toque no “touch screen” selecciona o exercício e o procedimento desejados. Com o GI Mentor II os instrutores podem facilmente criar “tutoriais” padronizados para os seus formandos. A medição dos objectivos e as estatísticas de cada “performance” podem ser uma ajuda na avaliação. Além disso, existe

endoscópio e outros instrumentos.

Os formandos em endoscopia podem, igualmente, tirar partido das ajudas de instrução do GI Mentor enquanto praticam os procedimentos em pacientes virtuais. As ajudas dão informações sobre a localização do campo de acção, o ponto de situação do percurso do GI, as ocorrências problemáticas e o grau de desconforto no paciente.

Os Cursos foram complementados com palestras de revisão e formação sobre temas como a iatrogenia em endoscopia, análise crítica de trabalhos científicos e técnicas de comunicação.

J. E. Pina Cabral



Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

PREVENIR É SABER VIVER
Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Registar a um amigo | Comunicações / Suportes | Contacto | Privacidade

Cursos de Formação da SPG e SPED
A SPG e a SPED têm dois níveis de formação comum:
- Introdução à Endoscopia Digestiva
- Curso de Gestão e Monitor / Director com Prática Hospitalar Avançada.
Vágo e website completa e várias mais informações: www.sped.pt

SESSÕES CLÍNICAS da SPG e SPED para 2006
Consulte as datas e temas propostos para as Sessões Clínicas, que vão decorrer nos locais das Sociedades, de Janeiro a Maio de 2006. O Programa do dia 20 de Fevereiro já está disponível, consulte www.sped.pt

15ª REUNIÃO NORTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
De 3 a 4 de Março de 2006, em La Rega, irá decorrer a 15ª Reunião Norte de Endoscopia Digestiva - 9ª Jornadas. Inscrição: www.sped.pt

XXVI CONGRESSO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Foi anunciado o local do 26º Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva - 15ª Jornadas. O Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva irá decorrer no Porto - Sheraton Porto Hotel & SPA - de 7 a 10 de Junho de 2006, numa 4ª edição. O Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva irá decorrer no Porto - Sheraton Porto Hotel & SPA - de 7 a 10 de Junho de 2006, numa 4ª edição. O Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva irá decorrer no Porto - Sheraton Porto Hotel & SPA - de 7 a 10 de Junho de 2006, numa 4ª edição. O Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva irá decorrer no Porto - Sheraton Porto Hotel & SPA - de 7 a 10 de Junho de 2006, numa 4ª edição.

www.sped.pt

Agenda

7 a 10 de Junho

XXVI Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
Local: Sheraton Porto Hotel & SPA
Secretariado: Medicongressos
Tel.: 226 007 815 / 961 938 420
E-mail: medicongressos@icitours.pt

Ecoendoscopia e Ecografia Endo-Anal
Organização: Serviço de Gastroenterologia do Hospital Geral de Santo António
Informações: www.sped.pt

2007

3 e 4 de Novembro

Endo-Club Nord
Local: Hotel Cascais Miragem
Informações: www.sped.pt

9 e 10 de Março
Simpósio "Intensivismo em Patologia Digestiva – A propósito dos 15 anos da UGICE dos HUC"
Local: Auditório dos HUC, Coimbra
Organização: Serviço de Gastroenterologia dos HUC
Tel: 239 701 517 / 239 703 666

17 a 19 de Novembro

XXI Reunião Anual do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais
Local: Centro Cultural de Vila Flor, Guimarães
Organização: Serviço de Gastroenterologia do Hospital da Senhora da Oliveira
Informações: www.nghd.pt

23 a 26 de Abril

20ª Reunião Norte de Endoscopia Digestiva / 5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva / 4º Curso de Endoscopia Digestiva
Local: Porto
Tel: 259 300 500, ext. 441
E-mail: gastro@chvrpr.min-saude.pt

23 e 24 de Novembro

1º Curso Teórico-Prático de