

Porquê uma associação de luta  
contra o cancro colo-rectal?

À conversa com Maria Fragoso...

Train the Trainers em Portugal

Novas Secções

“Perguntas Frequentes em...”

“Nós, lá fora”

# Sumário

## Nota do Editor

- 5 EDITORIAL
- 7 O QUE ELES DIZEM  
OUTRAS FOTOS
- 8 O CANTO DO INVESTIGADOR  
Ultra-Sonografia Endoscópica em  
Patologia Ano-Recto-Cólica
- 10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS
- 12 Qualidade em Endoscopia
- 13 ENDONEWS RECOMENDA
- 14 Porquê uma associação de luta  
contra o cancro colo-rectal?  
À conversa com Maria Fragoso...
- 16 TEMA DE REVISÃO  
Lesões Subepiteliais
- 18 NOVAS TECNOLOGIAS  
A cápsula do cólon
- 20 CASO CLÍNICO  
Doença de Crohn do Esófago
- 21 NÓS, LÁ FORA  
Use of Sedation for Routine Diagnostic Upper  
Gastrointestinal Endoscopy: a European Society  
of Gastrointestinal Endoscopy Survey of Nacional  
Endoscopy Society Members  
Colonoscopies in Portuguese Distric Hospitals:  
A multicentric transverse study
- 22 PERGUNTAS FREQUENTES EM  
Doença Inflamatória
- 23 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO  
Úlcera Rectal Sangrante em Doente Hipocoagulado
- 24 Train the Trainers (TTT) em Portugal
- 25 REPORTAGEM  
XVI Congresso Português de Coloproctologia
- 26 REPORTAGEM  
1º Curso Teórico-prático de Ecoendoscopia  
e Ecografia Endo-anal
- 27 BANDA DESENHADA  
AGENDA

Esta vez, por sugestão do Editor, a Direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva delegou nos membros da Direcção, que são Editores Adjuntos, a elaboração deste número. Assim sendo, é deles a responsabilidade da Nota do Editor. Após esta explicação prévia, devida aos nossos leitores, passemos então a uma análise sucinta do que poderá encontrar na nossa revista.

O Editorial, da autoria de um dos Vice-Presidentes da SPED, expressa as preocupações com as alterações a que está a ser sujeito o Serviço Nacional de Saúde e serve, como o autor afirma, para alertar e sugerir, a quem de direito.

Seguindo a tradição teremos, também, um artigo sobre qualidade do acto médico. A qualidade em endoscopia digestiva é uma das nossas maiores preocupações e o Prof. Nobre Leitão, figura destacada da Endoscopia Digestiva, exprime, com todo o peso da sua cultura médica e prática diária, a verdadeira essência da questão. Decidimos aproveitar este número para lançar uma nova secção que se pretende activa e dinâmica. Chama-se: "Perguntas frequentes em ...". Escolhemos, como primeiro tema a ser tratado, a relação entre a colite ulcerosa e cancro colo-rectal. Esperamos que gostem. Ainda no capítulo das novidades, no

âmbito do "Canto do Investigador" iniciar-se-á uma série de notas de todas aqueles que decidam divulgar os artigos de autores portugueses em revistas estrangeiras. Mais uma vez esperamos que possa ser um fórum



de divulgação para todos. Assim, neste número, destacamos dois artigos sobre endoscopia digestiva que focam a prática da sedação, cada vez mais frequente pelas vantagens que aporta, e um estudo multicêntrico envolvendo vários hospitais portugueses. Este estudo, realizado em 33 Serviços de Gastrenterologia, é da responsabilidade do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais e, para além de revelar um grande empenho por parte dos Serviços que colaboraram, mostra a falta de adesão ao uso do consentimento informado, o que deverá merecer, de todos nós, uma profunda reflexão.

*Bento Albuquerque Charrua;  
Mário Dinis Ribeiro*

### Capa:

"Tumor Submucoso Gástrico, Causa de HDA", da autoria de: F. Lopes, A. Marques, E. Barjas, A. Costa, F. Santos, J. Velosa, M. C. Moura  
Unidade de Técnicas de Gastro, Serviço de Medicina II, HSM, Lisboa  
3º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2001

## Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º17 • Janeiro/Março 2007. **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** A. Caldas, C. Nobre Leitão, F. Castro Poças, Fernando Magro, Guilherme Macedo, Maria Fragoso, Nuno Mesquita, P. Peixoto, P. Ministro, Pedro Figueiredo, R. Araújo, T. Carvalho. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ICS** Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de Junho. **Produção e Imagem** VFBM - Comunicação, Lda. **Propriedade e Redacção** VFBM - Comunicação, Lda. • Edifício Lisboa Oriente Office • Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918 • E-mail: endonews@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** FOCOM XXI - Centro Gráfico, Lda. • Rio Maior. **Tiragem** 10.000 exemplares



Leopoldo Matos

## Editorial

# A Mudança e a Nossa Responsabilidade

**T**odos os sistemas de saúde estão em constante mutação, incluindo a organização das unidades funcionais (Serviços) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A atitude de comentário a estas medidas pode ser interpretada como de imobilismo, mas estamos de acordo com a sua inevitabilidade. Queremos mudanças que se traduzam em maior eficácia e satisfação de quem procura e de quem trabalha.

Não aceitamos que a honra e o profissionalismo da maioria dos agentes do SNS seja colocada sistematicamente em causa. Gostaríamos de ver a classe médica mais empenhada na elaboração das propostas de mudança e de críticas fundamentadas. Repetir que somos o actor principal e raramente, ou nunca ir ao palco, não adiciona credibilidade às raras opiniões que chegam ao legislador ou ao público.

Começamos a perceber que muito vai ter que se modificar, incluindo os esquemas de formação dos Internos, que de modo intenso me preocupa. Não só, porque não tenho solução para propor, como de forma egoísta sinto a nossa saúde ameaçada, com a provável deficiente formação dos Colegas mais novos.

A reorganização das urgências, a modificação dos contratos de trabalho e as alterações dos horários (contrato de tarefa para determinado número de actos e horários de vinte ou quarenta horas), podem levar a esquemas de organização de Serviços, em que a formação pós-graduada nos actuais moldes, seja muito pouco eficaz.

Teremos que encontrar a solução, pois não se vê preocupação dos decisores

nesta matéria específica e que pode ter repercussão tardia importante.

A solução pode passar pela responsabilização de um determinado Serviço em receber e preparar o Interno para que este se candidate a uma prova final de avaliação de que depende a atribuição ou não da especialidade.

A forma e o conteúdo do trabalho de formação seriam da única e exclusiva responsabilidade do Serviço que recebe o Interno e o Júri de avaliação final teria que ser nacional, com critérios de exigência, estes sim, bem definidos.

Este problema é idêntico para especialidades hospitalares ou não.

Todos temos o dever de pensar e propor soluções, mas de forma mais directa, os Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

As Sociedades Científicas, têm o dever de alertar e sugerir, propondo.

Todos nós devemos estar conscientes da situação, acompanhar a evolução e intervir individual ou colectivamente, prevenindo atrasos, indefinições e deficientes preparações dos Médicos e dos Médicos Especialistas.





## O que ELES Dizem



**José Manuel Romãozinho**  
Vice-Presidente da SPED

Com o intuito de ladear o impenetrável muro de silêncio e indiferença erguido pelas estruturas centrais do Ministério da Saúde, a SPED decidiu promover um programa-piloto de rastreio do cancro colo-rectal. Da Tutela espera-se que não só não coloque entraves à prossecução deste programa mas antes o facilite e nele se inspire para o cabal cumprimento das suas próprias obrigações. Assim o exige a saúde dos portugueses.



**Douglas K. Rex**  
Gastroenterologista,  
Indianapolis, EUA  
Perito em rastreio do CCR e colonoscopia

A importância de maximizar a detecção de neoplasia durante a colonoscopia é óbvia, na perspectiva do doente. Os doentes que se submetem ao rastreio e a colonoscopias de vigilância fazem-no com a esperança e a expectativa de prevenir o desenvolvimento de neoplasias e a morte por cancro colo-rectal. É obrigação do colonoscopista satisfazer estas esperança e expectativa da melhor maneira possível.

## Outras Fotos



Carrossel,  
Avignon.

O Canto do Investigador

# Ultra-Sonografia Endoscópica em Patologia

**D**e entre os meios auxiliares de diagnóstico de desenvolvimento mais recente, a ultra-sonografia endoscópica (USE) tem vindo a adquirir um papel fundamental na prática clínica. A possibilidade de introdução de sondas ultra-sonográficas de elevada frequência através dos orifícios naturais do corpo humano até junto dos órgãos a estudar, permite obter imagens de

alta resolução da parede do tubo digestivo e espaço peri-digestivo, áreas até aqui inacessíveis a outras técnicas de diagnóstico. Se no momento actual as indicações da USE em patologia ano-recto-cólica são muito reduzidas, os recentes desenvolvimentos de ordem técnica e terapêutica poderão, num futuro próximo, vir a alterar esta situação, de que poderá resultar a necessidade de reavaliar as indicações actuais da técnica na área ano-rectal. Além disso a USE poderá vir a desempenhar um papel importante na orientação dos doentes com patologia do cólon, onde até agora a sua utilidade não foi avaliada.

O contínuo desenvolvimento das sondas de ultra-sonografia (US) endoanal, e muito recentemente a possibilidade de reconstrução tridimensional, veio permitir a obtenção de imagens ultra-sonográficas de elevada resolução dos esfíncteres anais, o que torna possível melhorar a identificação e caracterização de alterações estruturais decorrentes de lesões

traumáticas, inflamatórias ou miopáticas, bem como fornecer a possibilidade de investigar situações consideradas funcionais. O *estadiamento* loco-regional do

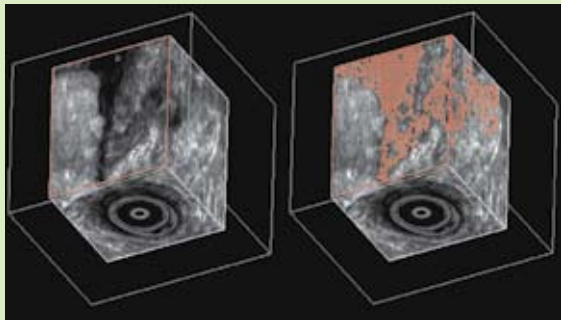


Figura 1 - Caracterização morfológica de laceração no EAE por US tridimensional

carcinoma do recto constitui, desde há alguns anos, uma das principais indicações da US endorrectal, sendo esta a técnica que actualmente nos fornece os melhores resultados. Estes influenciam de forma decisiva a selecção da terapêutica e têm importante valor prognóstico. Esta técnica, apresenta contudo, algumas limitações que podem comprometer os seus resultados, e nem todos estão de acordo que tenha uma acuidade tão elevada como a descrita nos estudos iniciais. A USE por mini-sonda e a USE tridimensional, são duas novas técnicas de US endorrectal que poderão não só substituir as técnicas convencionais, mas também melhorar o *estadiamento* do carcinoma do recto.

As indicações para a realização de USE do cólon ainda não estão estabelecidas. Duas potenciais indicações são o *estadiamento* local do cancro do cólon e a avaliação de doentes com doença inflamatória intestinal (DII), situação em que a utilização de ecocolonoscópios coloca várias dificuldades.

Actualmente, com o advento de novas técnicas cirúrgicas por endoscopia ou laparoscopia, podemos afirmar que estamos no início de uma nova era na abordagem cirúrgica do cancro do cólon. Contudo, entre a comunidade médica existe uma considerável controversia na selecção da técnica a utilizar. A eventual disponibilidade de um método preciso, e de fácil execução no *estadiamento* pré-operatório,

como é a USE por mini-sonda, poderá ajudar a seleccionar os doentes que beneficiarão das novas modalidades terapêuticas. O diagnóstico diferencial entre colite ulcerosa (CU) e doença de Crohn (DC) é com frequência difícil, embora seja fundamental pelas decisões terapêuticas que devem ser tomadas. A USE ao permitir a avaliação transmural da parede intestinal e do espaço peri-digestivo, poderá contribuir para o diagnóstico diferencial, e para avaliar a actividade da doença, conhecidas as limitações dos outros métodos disponíveis.

Dentro dos estudos que temos vindo a realizar, os principais objectivos a que nos temos proposto são os seguintes:

1. Descrever os achados ultra-sonográficos, comparando a US convencional com a tridi-

mensional, em doentes com incontinência anal, traumática e funcional, e avaliar o contributo na abordagem destes doentes;

2. Descrever os achados ultra-sonográficos em doentes com dor ano-rectal funcional e dissinergia do pavimento pélvico, e avaliar o seu contributo na abordagem destes doentes;
3. Determinar as características ultra-sonográficas de doentes com DC e CU em fase activa e quiescente e verificar se existe correlação com a clínica, os achados endoscópicos e a histologia;
4. Verificar se a USE permite o



Figura 2 - Parede do cólon em doente com DC em fase activa. Aumento da espessura total da parede à custa de todas as suas camadas, com marcada heterogeneidade e irregularidade dos bordos entre as camadas identificadas. 1 - Fusão da mucosa com a submucosa; 2 - Muscular própria; 3 - Subserosa-serosa



Figura 3 - Assimetria da parede do cólon em doente com DC

# Ano-Recto-Cólica

diagnóstico diferencial entre DC e CU, e se é possível o desenvolvimento de um índice ultra-sonográfico de actividade na DC;

5. Fazer a avaliação pré-operatória de carcinomas do cólon por mini-sondas de USE e comparar os resultados com o estágio anátomo-patológico;

6. Fazer a avaliação pré-operatória de carcinomas do recto por mini-sondas de USE e por USE tridimensional, e comparar os resultados com a avaliação por USE convencional e o *estadiamento* anátomo-patológico.

Os resultados obtidos, até ao momento, permitiram as seguintes principais conclusões:

**Doentes com incontinência anal funcional** (20 doentes avaliados).

A US convencional e tridimensional, esta última com maior frequência, permitiram identificar alterações anatómicas musculares na maior parte dos doentes, de que se destacaram, pela sua frequência as atrofia, e pelas implicações terapêuticas as lacerações.

O canal anal, o músculo esfíncter anal interno (EAI), e a porção circular do músculo esfíncter anal externo (EAE), são mais curtos do que nos controlos.

**Doentes com incontinência anal traumática** (20 doentes avaliados).

Na maior parte dos doentes é identificada mais do que uma estrutura muscular lacerada em simultâneo, mais frequentemente os músculos EAE e EAI.

Dos músculos esfíncterianos o menos frequentemente lesado é o pubo-rectal (PR).

A existência de lesões no PR, corpo perineal (CP) ou músculo transverso do períneo (TP),

devem alertar sempre para a existência simultânea de lacerações nos músculos EAE e EAI.

Depois de uma laceração observámos alterações no EAI que não estavam presentes no EAE lacerado, e que traduzem uma retracção do músculo.

Verificámos pela US tridimensional uma forte correlação entre o maior ângulo de uma laceração e a sua extensão.

Não há relação entre a extensão longitudinal de uma laceração e o seu ângulo, e o score de incontinência que avaliámos.

A US tridimensional é superior à US convencional, na identificação, localização e caracterização morfológica das lacerações esfíncterianas.

A US (convencional e/ou tridimensional) influenciou a orientação clínica destes doentes.

**Doentes com dor ano-rectal funcional** (20 doentes avaliados).

Encontrámos alterações ecoestruturais e hipertrofia nos músculos PR, EAE e EAI, sendo a hipertrofia mais acentuada no EAI, que foi também o músculo mais frequentemente envolvido.

A hipertrofia isolada do EAI foi observada em 4 membros de uma família. A agregação familiar pode traduzir a presença de factores genéticos.

O PR e a porção não circular do EAE apresentam maior extensão nos doentes do que nos controlos. A US convencional alterou a orientação clínica destes doentes.

**Doentes com dissinergia do pavimento pélvico** (20 doentes avaliados).

Encontrámos na maioria dos doentes alterações da ecoestrutura e hipertrofia nos músculos PR,

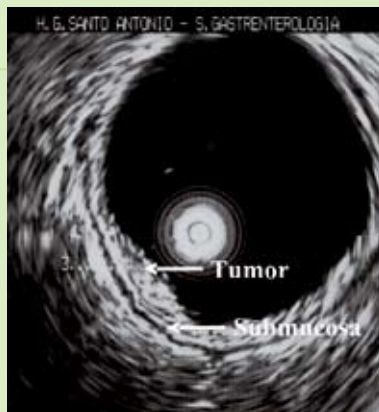


Figura 4 - Estadiamento de carcinoma do recto por mini-sonda de USE, com preservação da interface com a submucosa, camada 3 (uT1m)

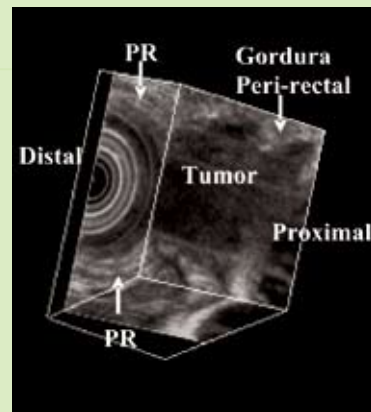


Figura 5 - Estadiamento por USE tridimensional de carcinoma do recto distal, com invasão da gordura peri-rectal e do PR, como se confirmou na peça operatória

EAE e EAI, sendo o atingimento simultâneo destas estruturas o achado mais frequente.

Do mesmo modo que nos doentes com dor ano-rectal funcional, o PR e a porção não circular do EAE apresentam maior extensão do que nos controlos.

A US convencional alterou a orientação clínica destes doentes.

**Doentes com doença inflamatória do intestino** (88 doentes; 124 exames; o facto do número de exames ser superior, deve-se ao facto de se terem incluído doentes em que foi realizado mais do que um exame, em fases de actividade e inactividade).

Existe uma forte correlação entre a actividade clínica na CU e DC e os achados da USE.

Tanto na CU como na DC a USE permitiu encontrar diferenças quando comparada com os controlos, quer na fase activa quer na fase quiescente. As alterações observadas permitem o diagnóstico diferencial entre CU e DC. Na CU foi possível observar alterações nas camadas mais profundas da parede intestinal até à muscular própria. Na DC nem sempre as alterações observadas foram transmuralis.

Na CU foi identificada a existência de correlação entre índice de actividade endoscópica e USE, o que não sucedeu na DC.

A USE identifica alterações em segmentos intestinais endoscopicamente normais, tanto na CU como na DC, embora mais

evidentes na DC.

Foi possível elaborar uma proposta de um índice de actividade de USE na DC, que deve ser avaliado prospectivamente e comparado com outros métodos.

**Doentes com carcinoma do cólon** (40 doentes avaliados).

É possível o *estadiamento* do carcinoma do cólon por mini-sonda de USE de 12 MHz. A acuidade do *estadiamento* não é influenciada pela localização do tumor, ou pelas suas extensões longitudinal e circunferencial.

**Doentes com carcinoma do recto** (60 doentes).

A USE por mini-sonda e tridimensional foram validadas no *estadiamento* do carcinoma do recto.

A USE tridimensional é a que apresenta maior concordância com o *estadiamento* anátomo-patológico.

A acuidade do *estadiamento* das diferentes técnicas não é influenciada pelas extensões longitudinal e circunferencial do tumor.

Os resultados que obtivemos permitem-nos concluir da utilidade da USE na avaliação de doentes com patologia ano-recto-cólica. É previsível a utilização cada vez maior desta técnica, o que justifica o investimento na formação e treino por endoscopistas em maior número do que aqueles que existem actualmente.

F. Castro Poças  
Assistente Hospitalar de Gastroenterologia,  
Hospital Geral de Santo António, Porto  
Professor de Medicina, Instituto de  
Ciências Biomédicas de Abel Salazar,  
Universidade do Porto



## Consultório de Palavras

por Fausto Pontes

**H**oje vamos continuar com mais alguns vocábulos do campo da Hepatologia.

**Cirrose.** Não há já quaisquer dúvidas sobre o significado clínico e histopatológico desta palavra; mas não sucede o mesmo no que respeita à sua etimologia. Naturalmente, a palavra foi criada muito antes do desenvolvimento da microscopia e da clínica moderna, mas tem de admitir-se que ela reflecta os conhecimentos da Grécia clássica, nomeadamente realçando as alterações que então mais impressionaram quem observou o fígado cirrótico. Creio que essas alterações poderiam ser uma das duas seguintes: a consistência dura ou a cor modificada, facilmente perceptíveis no fígado desta doença quando comparado com o fígado normal.

Cirrose pode vir de *σκιρός*, *ά, όν*, um adjectivo que significa duro. Dada a consistência dura do fígado na cirrose, o nome está bem aplicado. Contudo, na evolução de *σκιρός* para o português, o *σ* não deveria ter caído; pelo contrário, deveria ter-se assumido como a primeira sílaba da palavra, chamando, para a completar e preceder, a letra *e*. Quer dizer, a palavra portuguesa correspondente deveria ser “**escirrose**” (apesar da cacofonia evidente), tal como **estoma** resulta de *στόμα*, *ατος*. Ora, que se saiba, “escirrose” nunca chegou a existir na nossa língua. Por outro lado, para realçar a dureza do fígado cirrótico, teria sido mais natural que os gregos tivessem recorrido a outro adjectivo, que aliás foi utilizado, com o mesmo significado de duro ou áspero, para formar várias outras palavras médicas; estou a referir-me a *σκληρός*, *ά, όν* (adjectivo transcrito para o Português por escleroso ou esclerótico).

Cirrose pode, no entanto, ter derivado de *κιρός*, *ά, όν*, um adjectivo referente a uma cor que o “Greek-English Lexicon”, de Lidde, descreve como situando-se entre o *πυρρός* (vermelho de chama) e o *ξανθός* (amarelo) e faz corresponder à cor que em Inglês se chama “tawny” (amarelo-acastanhado). A evolução desta palavra grega para a portuguesa **cirrose**, a ser essa a origem, ter-se-á então processado sem anomalias processuais. De resto, Thomson e Cotton afirmam que cirrose “foi originalmente um termo descritivo do Grego *kirros*, que significa *tawny* e só mais tarde ficou sinónimo de dureza ou fibrose” (Lecture notes on Pathology, 2nd edition, pag. 735).

Há um grupo de palavras relativamente numerosas relacionadas com o fígado, que derivam da raiz grega *χολ-* (*bilis*). Vale a pena começar por referir que as duas letras gregas com o som gutural “*c*” são o *κ*, que é transcrito em Português pela letra “*c*” e conserva esse som gutural antes de *a*, *o*, e *u*, mas tem o som da sibilante “*s*” antes de *e* e *i*; e o *χ*, que tem no Grego antigo som de *c* aspirado, e que na transcrição para algumas línguas modernas mais conservadoras, como o Inglês, retém o sinal da aspiração original na forma de **ch**. Em Português o *c* Grego transcreve-se *c*, tal como o *c* derivado de *k*, não retendo o *h* nem a aspiração. Vem a propósito referir ainda que em Português, para além do grupo das palavras com a raiz grega *χολ-*, temos um outro grupo, nomeadamente no vocabulário médico, que contem a sílaba **col-** de origem latina, de significado diferente. Desta vez, porém, vou limitar-me a algumas palavras do primeiro grupo.

*Χολή*, *χολαί* – significa **bilis**, considerada um dos quatro humores do corpo, por vezes um humor não muito bom. A **cólera**, por exemplo, que vem do grego *χολέρα* *ή*, era considerada uma doença em que os humores do corpo eram descarregados violentamente pelo vômito e pelas fezes diarréicas. E **melancolia**, que vem do grego *μελαγχολία*, era considerada uma alteração do humor (psíquico) associada à *bilis* negra (*μελας*, *αινα*, *να* – adjectivo que significa negro). No som e na forma gráfica, *χολή* guarda muita semelhança com o Inglês **gall**, com o Inglês antigo **gealla**, e com o saxónico e o alemão antigos **galla**; a palavra latina correspondente é **fel**, **fellis**, que persiste no Português popular como **fel**, com o significado (como o das palavras anteriores) de *bilis*. **Bilis**, **is**, é a palavra latina que deu origem à Portuguesa **bilis**; e **atra** (*nigra*) **bilis**, ou *bilis* negra, está para a melancolia como o *atrabilioso* ou o *atrabiliário* estão para o melancólico.

*Χολήδοχος* – **colédoco**, compõe-se de *χολή* (*bilis*), *δοχ* (verbo que significa acolher, receber), e *ος*, a terminação de substantivo/adjectivo. É curioso que – sabe-se hoje – esta é de facto a função fisiológica do colédoco: receber a *bilis* produzida pelo fígado e, juntamente com a vesícula biliar, armazená-la (durante os períodos interdigestivos) para depois a debitar ao duodeno durante a digestão.

*Χολαγωγο* – **colagogo**. Compõe-se de *χολ*

(*bilis*), *αγω* (verbo que significa levar, transportar); e *ος*, a terminação de substantivo/adjectivo. Significa a substância ou a propriedade capaz de promover a condução ou transporte da *bilis*. Um medicamento colagogo é aquele que favorece o transporte da *bilis* desde a sua origem (canalicular ou ductular) hepática até ao seu destino, o duodeno.

*Χοληρετικος* – **colerético**. Compõe-se de *χολη* (*bilis*); *ρε* (verbo, que significa correr, manar, fluir); e *τικος* (terminação de adjectivo). Um medicamento colerético é pois aquele que induz a ocorrência, formação ou secreção de *bilis* na sua origem (o o pólo canalicular do hepatócito ou a membrana da célula ductular). O significado etimológico desta palavra é assim diferente do da anterior.

*Χοληστερεον* – **colesterom**, depois **colesterol**. Compõe-se de *χολη* (*bilis*); *στερε* (raiz com o significado de sólido); e *ον* (terminação de adjectivo do género neutro). O sufixo **ol** é recente e de origem árabe; serve para categorizar o grupo de substâncias químicas a que pertence o colesterol. A palavra **colesterol** foi criada para denominar as formações sólidas que por vezes eram observadas já na *bilis* e que hoje chamamos de cálculos biliares. Como é sabido, o colesterol, como substância, “emancipou-se” da *bilis* para ser cidadão do mundo corpóreo, mas mantém o nome de família e é visita habitual, embora nem sempre amigável, do lar materno.

*Χοληκυστη* – **colecisto**. Compõe-se de *χολή* *η* (*bilis*); e *κυστή* *ή* (ciste, bexiga, ou bolsa). Como está indicado pelo artigo definido *ή* em qualquer das duas palavras componentes, ambas são do género feminino. Por tal motivo, elas deveriam ambas ser também femininas em Português: **a bilis** (como já é), e **a ciste** ou **cista** (e não *cisto*, que é do género masculino). Deveríamos (embora talvez seja já tarde demais) também dizer **a coleciste** (**vesícula biliar**), tal como dizemos **a colecistite** (inflamação da **vesícula biliar**). A palavra portuguesa **quist** é importada directamente do Francês, onde foi criada no século XV a partir de *κυστις* pelo cirurgião Chauliac, que a transcreveu, como era então costume, com **k**. Rebelo Gonçalves prefere em português a forma **cisto** em vez de **quist**. **Vesícula** vem do Latim **vesicula**, **vesiculae** (diminutivo de **vesica**, **vesicae** – bexiga, bolsa), e significa portanto pequena bexiga ou pequena bolsa.

# Qualidade em Endoscopia

**D**urante uma visita aos túmulos de Ming, nos arredores de Pequim, Lieberman observou que os tijolos utilizados na construção dos túmulos

expressa pelo Professor Carneiro Chaves de que a qualidade deve ser mensurável e avaliável. Se pretendemos desenvolver, e é necessário que o iniciemos a curto prazo, um modelo para



desta família imperial tinham a assinatura do fabricante. Questionando a razão desta assinatura, foi-lhe explicado que tal prática pretendia reconhecer o autor de qualquer tijolo que se quebrasse. Nesta circunstância, o fabricante pagaria com a sua cabeça a feitura de um tijolo não adequado ao fim a que se tinha destinado. Esta prática já incluía, neste tempo tão longínquo, questões de qualidade e também do que recentemente surgiu nos Estados Unidos da América e que se designa em geral de pagamento pelo desempenho.

Qualidade é uma questão que hoje está na ordem do dia em Medicina e temos assistido à certificação qualitativa de determinados hospitais, públicos e privados e o acompanhamento desses processos permite-nos concluir sobre a vastidão de conceitos que estão incluídos nesta palavra – qualidade.

Ao rever literatura sobre qualidade em endoscopia digestiva, partilhamos a opinião recentemente

avaliar e medir a qualidade em endoscopia digestiva, algumas questões concretas não podem deixar de ser considerados. Sobre elas iremos apenas desenvolver algumas reflexões.

Recomendações. As recomendações são parte integrante de qualquer programa de qualidade, mas devemos equacionar algumas perguntas quando pensamos nas diferentes recomendações ao nosso dispor.

Entre 2003 e 2006, só a ASGE (Sociedade Americana de Endoscopia Digestiva), a AGA (Associação Americana de Gastrenterologia), a ACG (Colégio Americano de Gastrenterologia), a BSG (Sociedade Britânica de Gastrenterologia) e a ESGE (Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva), publicaram 232 recomendações, algumas *sobreponíveis* e não necessariamente concordantes. Mas por esse Mundo, existem muitas mais recomendações, pois sociedades nacionais, grupos internacionais e governos publicam-nas com

maior ou menor regularidade.

O que são as recomendações? Um algoritmo? Uma revisão técnica? Uma afirmação de princípio? Qual o seu grau de evidência? Foram todas as recomendações actualizadas? São todas as recomendações disponíveis, produto de uma revisão e análise sistemática e compreensiva de toda a literatura médica? Qual o impacto na prática clínica das recomendações? Serão as recomendações necessárias?

As recomendações, pretendendo estreitar o espaço entre o saber e o fazer, são de execução muito difícil, exigem muitas capacidades e recursos, que muitas vezes não estão disponíveis.

A associação entre preço e qualidade parece óbvia e, recentemente, os presidentes das Sociedade Americana de Endoscopia Digestiva e do Colégio Americano de Gastrenterologia, no preâmbulo de uma excelente publicação de 2006 sob o título “Measuring the quality of endoscopy”, chamavam a atenção para os custos da endoscopia e para o crescente interesse da opinião médica e não médica, sobre o prognóstico dos doentes e para a necessidade de minimizar o erro médico. Neste sentido chamavam a atenção dos prestadores de cuidados de saúde no sentido destes melhorarem a qualidade dos gestos que diariamente executam.

Em 1990 foi criado, nos Estados Unidos da América, um Comité sem fins lucrativos, para avaliar a qualidade e o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde e informar os consumidores. Alguns estados começaram já a publicar e a divulgar na opinião pública certos indicadores de qualidade (por exemplo, a mortalidade cirúrgica).

Os prestadores de saúde anun-

ciaram a intenção de associar o desempenho ao pagamento, e já se iniciou um programa conhecido como o pagamento pelo desempenho – *pay for performance*. É possível que o pagamento da endoscopia aos prestadores venha a ser associado à existência e divulgação de medidas concretas de avaliação da qualidade.

Não existindo uma medida prática que distinga um procedimento endoscópico de alta qualidade executada por um gastroenterologista bem treinado, de um procedimento executado por um fornecedor menos apetrechado e menos treinado, surge a necessidade de se criarem medidas práticas mensuráveis para graduar e avaliar o desempenho. Se não o fizermos, qualquer agência governamental, habitualmente medíocre e pouco competente o fará, com a consequente penalização para todos, gastroenterologistas e consumidores. Temos que tornar possível distinguir a curto prazo, endoscopia adequada de alta qualidade, de endoscopia inadequada e de baixa qualidade.

Sabemos que os procedimentos endoscópicos têm limitações, e estas podem ser inerentes aos meios técnicos disponíveis e ao operador. Uma tecnologia adequada pode aumentar a capacidade de execução, mas parece-nos que é sobre as variáveis dependentes do operador que se devem exercer esforços no sentido de melhorar a qualidade.

Para cada procedimento endoscópico podemos escolher indicadores de qualidade, mas existem indicadores comuns a todos os procedimentos.

Concordamos com as linhas gerais de orientação da Sociedade Britânica de Gastrenterologia que, em termos gerais e para cada um dos diferentes procedi-

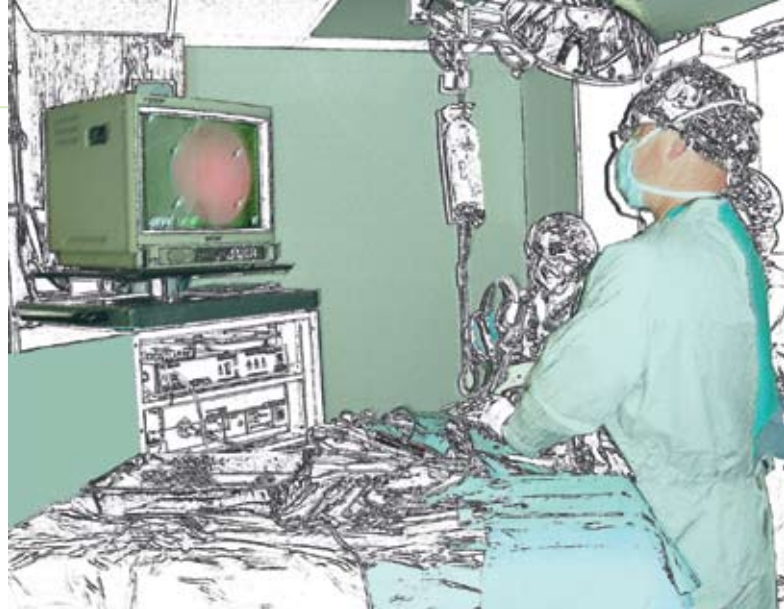


mentos endoscópicos, distingue indicadores fixos e indicadores variáveis. Os indicadores fixos referem-se à estrutura física, aos recursos humanos e aspectos gerais do procedimento (regras escritas e aceites sobre, utilização de antibióticos, anticoagulação / antiagregação, sedação...). Nos indicadores variáveis incluem-se duas categorias distintas:

– resultados auditáveis, que se referem a resultados importantes a monitorizar e verificar, mas para os quais não é possível estabelecer um padrão (exemplos: mínimo de exames para manter competência, utilização de medicamentos para reverter sedação, ...);

– padrões de qualidade, que são os resultados para os quais existe evidência científica de elevada qualidade, susceptível de poder estabelecer padrões (exemplos: taxas de colonoscopia total, taxas de hemorragia na esfínterectomia...).

É de admitir que com o tempo surja evidência científica qualificada que determine que alguns resultados classificados como resultados auditáveis possam passar a padrões de qualidade. Pensamos que cada grupo de gastroenterologistas, praticantes da endoscopia digestiva, em ambiente hospitalar público ou privado, deve desenvolver a sua própria carta de qualidade. É uma responsabilidade de quem dirige uma Unidade de Endoscopia a criação de normas de qualidade e o argumento que as sociedades nacionais ou o Colégio da Especialidade não as publicam não é correcto. Lembramos, a propósito, que na avaliação da idoneidade dos serviços não foi possível tornar obrigatório a referência aos trabalhos científicos publicados, quando na avaliação em concursos públicos para cada um dos membros desses serviços este item é estritamente necessário.



Existe abundante literatura e recomendações de diferentes sociedades nacionais e internacionais, que permite o seu desenvolvimento interno. Este tem, a nosso ver, a vantagem de mobilizar todos os intervenientes para uma tarefa que é exigente, trabalhosa e necessariamente dinâmica. Diferentes grupos seguramente irão criar diferentes cartas não susceptíveis de comparação entre elas? É muito provável, mas pedir às Sociedades Científicas ou ao Colégio da Especialidade a execução desta tarefa, corresponde a passar para outros o que é da nossa responsabilidade e que pela

sua exigência carece da mobilização de vontades que internamente, um grupo, tem as melhores condições para o fazer.

Concordamos plenamente com Lieberman quando afirma, em resposta à questão “como podemos melhorar a endoscopia digestiva?”, que um dos meios mais poderosos que temos para o fazer é avaliá-la diariamente. O estudo e investigação sobre qualidade em endoscopia digestiva necessita de ser uma cultura diária inerente à prática clínica dos grupos que executam os procedimentos endoscópicos.

C. Nobre Leitão

## ENDOnews recomenda

### Situações Urgentes em Gastreenterologia

NGHD

Editor Convidado: José Pedrosa

Esta nova edição do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais reúne um vasto conjunto de artigos focando múltiplas condições urgentes do foro gastreenterológico.



Nas palavras do Editor, “a rápida e vertiginosa evolução tecnológica permitiram nos últimos anos que a Endoscopia Digestiva ultrapassasse o cariz meramente diagnóstico para assumir um papel cada vez mais interventivo e definitivo no tratamento de situações clínicas de difícil resolução evitando frequentemente o recurso a alternativas terapêuticas mais penalizantes. Não quisemos contudo monopolizar os aspectos meramente endoscópicos porque entendemos que a Gastreenterologia não deve ser restringida apenas aos aspectos técnicos, outro sim deve continuar a privilegiar a vertente clínica”.

### Maximizing Detection of Adenomas and Cancer During Colonoscopy

Douglas K. Rex

Artigo de revisão publicado na *American Journal of Gastroenterology*, este texto constitui uma análise detalhada das diversas possibilidades

de incrementar a acuidade diagnóstica da colonoscopia na detecção de neoplasias.

O autor aborda os aspectos técnicos relacionados com a técnica de colonoscopia convencional e as vantagens que podem decorrer dos novos avanços tecnológicos aplicáveis à colonoscopia, designadamente a imagem de banda estreita e a autofluorescência.

O texto inclui recomendações práticas para os endoscopistas, capazes de melhorar a taxa de detecção de lesões e, também, de reduzir o risco médico-legal.

Como sublinha, a taxa de detecção de adenomas é uma importante medida da qualidade da colonoscopia e deve ser considerada nos programas de implementação de qualidade.

Am J Gastroenterol 2006;101:2866-77.



## Porquê uma associação de luta contra o cancro colo-rectal? À conversa com Maria Fragoso...

**S**ou Oncologista Médica e exerço a minha actividade no IPO-Porto-EPE.

Actualmente, estou encarregue da Unidade de Oncologia Médica Digestivos e sou responsável médica da Unidade de Estudo e Tratamento da Dor.

A actividade nestas duas áreas tem sido acompanhada de uma percepção cada vez mais sentida de que ainda falta muito aos nossos doentes e aos seus cuidadores. Todavia, a nossa carga assistencial não se compadece, na maior parte dos casos, com a necessária capacidade de apoio global ao doente, agravada pelo simples facto de desconhecermos muitos dos meandros do possível apoio social, laboral e económico. Tentamos responder a estas carências implementando o trabalho multidisciplinar e o contacto com outras áreas de trabalho hospitalar e extra-hospitalar, mas mesmo assim o resultado final é claramente insuficiente.

Muitas vezes, durante trocas de opinião com Colegas, com Doentes ou mesmo com Cuidadores, senti que muitas das falhas resultavam da quase total incapacidade de os doentes, de moto próprio, se organizarem. Tive entretanto o privilégio de conhecer a Jola Gore-Booth, que dirigiu uma associação de doentes de cancro colo-rectal no Reino Unido (Colon Cancer Concern), e que é neste momento a Directora Executiva do projecto EUROPACOLON, uma associação europeia de defesa dos doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal.

O entusiasmo da Jola, todo o trabalho por ela já realizado em

termos de organização, de dificuldades ultrapassadas, de angariação de associados, que gentilmente compartilhou connosco, fez-nos avançar com o projecto da associação em Portugal.

O Contributo fundamental de alguns dos nossos doentes (quer em fase de seguimento quer em fase de tratamento activo), dos seus familiares e amigos, dos Colegas Médicos e Enfermeiros e de todo um conjunto de "Amigos" tornou possível a criação da associação EUROPACOLON-Portugal.

A fase inicial de trabalho criou a necessidade de uma Comissão Instaladora, da qual fazem parte vários elementos, entre os quais eu própria como responsável médica da associação e o Vítor Neves como Director Executivo

### Europacolon Portugal

A Europacolon Portugal é uma associação não governamental, sem fins lucrativos, criada em 2006. É uma associação dedicada à identificação de problemas associados ao cancro colo-rectal. Tem ainda como objectivos a promoção de comportamentos de saúde que promovam a diminuição do risco de desenvolver a neoplasia, a promoção do rastreio e diagnóstico precoces, e o apoio na doença a todos aqueles que desenvolvem a neoplasia. É uma associação aberta, que pretende reunir os esforços dos doentes,

dos cuidadores, dos profissionais de saúde, dos políticos e dos meios de comunicação social na luta contra a doença.

### De como nasceu a ideia de criar uma associação de doentes...

O trabalho diário com a doença oncológica e sobretudo com os doentes tem vindo a demonstrar a necessidade crescente de apoios não médicos para esta doença.

Este tipo de apoios surge para os diferentes grupos de neoplasias, havendo já algumas sociedades em actividade.

Constatamos que diferentes neoplasias têm diferentes necessidades em termos de apoio; no caso do cancro colo-rectal são sobejamente reconhecidos os problemas ligados às colostomias,

às situações de incontinência esfíncteriana, os problemas ligados à dor da recaída pélvica, entre outros de natureza igualmente médica.

No entanto, faltam ainda os problemas sociais, relativamente aos quais há pouca informação, sendo esta geralmente de acesso limitado; os apoios existentes em termos de ostomizados são escassos, limitados habitualmente a centros urbanos, e de acesso restrito entre outros por desconhecimento.

No que respeita à componente laboral, a situação está longe de ser clara; a medicina do trabalho tem dificuldade em resolver muitas das alterações funcionais que se colocam a curto e médio prazo, e que resultam não só do tratamento de cirurgia, radio



rectal?



europacolon

e/ou quimioterapia, como também das sequelas a longo prazo dos referidos tratamentos e da própria doença oncológica. Os Colegas de Medicina Geral e Familiar não tiveram formação nesta área, os centros de saúde não têm meios suficientes para apoiar estas situações e fruto do somatório de todas estas limitações o doente com cancro colo-rectal tem de resolver de forma isolada e pontual os problemas com que se vai confrontando.

A solução final é, em muitos casos, a passagem a uma situação de não produtividade com todas as implicações a nível pessoal, familiar e social.

Os doentes oncológicos têm, por razões várias, dificuldade em constituir-se enquanto grupo organizado. Para este facto convergem factores de ordem social – peso do diagnóstico, morbidade da doença e dos tratamentos, desejo de não ser identificado como doente oncológico, cultural – não existe culto associativo, *iliteracia*, dificuldade em trabalhar em equipa, desconhecimento da capacidade reivindicativa de uma associação, económico – dificuldade em obter meios financeiros e organizacionais, que dificultam ou tornam mesmo impossível um processo de associação que parta dos doentes.

### Porquê o cancro colo-rectal?

Os dados de incidência e mortalidade em Portugal situam o cancro colo-rectal como um problema de Saúde Pública; para o justificar basta dizer que por cada dia do

ano são diagnosticadas oito neoplasias do cólon no nosso país.

Por ano, em Portugal, morrem cerca de 3.000 indivíduos vítimas de cancro colo-rectal; na Europa, 50% dos 300 mil novos casos ano morrerão em 5 anos. Acresce que no caso concreto do cancro colo-rectal há todo um conjunto de intervenções que permitem modificar este grave problema:

- Podemos intervir de forma eficaz no rastreio e diagnóstico precoce, contribuindo de forma significativa para a diminuição da morbi-mortalidade desta neoplasia;
- Podemos intervir no tratamento adequado e de acordo com o estado da arte, dentro da política de equidade de acesso aos melhores tratamentos para todos os doentes;
- Podemos intervir no apoio aos doentes em fase avançada e em fase terminal, contribuindo para o que hoje se considera como uma necessidade nacional: uma boa rede de cuidados paliativos adequados aos problemas específicos deste grupo de doentes.

Uma associação desta natureza pode e deve ainda intervir na promoção de comportamentos para a saúde, reforçando a importância de comportamentos sociais que contribuam para a diminuição da incidência: comportamentos alimentares, prática de exercício físico, abstenção de hábitos de risco, reconhecimento da importância da história familiar, de doenças predis-

ponentes, associados à situação de população de risco.

### Projectos para a associação

Na sequência de um estudo feito a partir de um inquérito à população, foi definida como prioridade a necessidade de informar/formar; existe um desconhecimento generalizado sobre a doença, a relevância da história familiar, a importância do rastreio, a possibilidade de tratamento entre outros.

A necessidade de angariar fundos e verbas para este projecto levou-nos já a iniciar trabalho nesse sentido e que será apresentado em futuro próximo ao público.

### A ligação às sociedades médicas

Os dados epidemiológicos relativos ao cancro colo-rectal enquanto problema de saúde pública, e a possibilidade de fazermos o rastreio e diagnóstico precoces, sobretudo se tivermos em linha de conta que a taxa de sucesso em termos curativos é tanto maior quanto mais precoce o diagnóstico, constitui um paradoxo. Vivemos aquilo que me parece uma realidade contraditória.

A capacidade que adquirimos, enquanto associação, de nos envolvermos com as sociedades médicas envolvidas no diagnóstico e tratamento do cancro colo-rectal será uma das nossas apostas.

Assim, a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia e a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

serão, necessariamente, interlocutores obrigatórios e parceiros de trabalho em todo o processo. Por comodidade de exposição dividiria esta questão em 3 vertentes:

1. Alertar a opinião pública e a população para a importância dos hábitos de vida saudáveis e do rastreio;
2. Campanhas de formação dos profissionais de saúde para a necessidade de cumprir os programas de rastreio de acordo com os critérios clínicos de risco, bem como implementar a diminuição consciente dos hábitos de risco;
3. Envolver a população escolar e os formadores, desde o ensino básico, como forma de contribuir para a aquisição de comportamentos adequados não só à diminuição do risco, como também à divulgação e incremento do rastreio.

Todo este projecto surgiu com o apoio de Jola Gore-Booth, Directora Executiva do Projecto EUROPACOLON e que visa criar uma associação pan-europeia, cuja missão é *“europacolon is committed to preventing deaths from colorectal cancer and improving the quality of life and support for those affected by the disease”*.

### Contactos da associação

Vitor Neves  
Europacolon Portugal  
Estrada Interior da Circunvalação 6657  
4200-177 Porto  
vitor.c.neves@mail.telepac.pt

Maria Fragoso  
Serviço de Oncologia Médica  
IPO-Porto  
R. António Bernardino de Almeida  
4200 Porto  
Fax 225084008



Tema de Revisão

# Lesões Subepiteliais

O termo “lesões subepiteliais” (LSE) engloba uma variedade de condições neoplásicas e não neoplásicas com ponto de partida nas camadas mais profundas da parede do tubo digestivo (muscularis própria, submucosa ou muscularis mucosae). Por definição, a mucosa não está envolvida, podendo, no entanto, estar ulcerada ou inflamada.

As LSE são frequentemente assintomáticas e diagnosticadas acidentalmente, num exame endoscópico ou radiológico realizado por causas não relacionadas. Quando existem sintomas, estes incluem hemorragia ou obstrução. A prevalência e incidência de LSE não estão cabalmente descritas. O volume médio de casos descritos em centros hospitalares especializados varia de 4,5 a 23 LSE gástricas por ano. LSE esofágicas e duodenais são menos frequentes, com um volume médio de casos de 4 e 2,8 casos/ano, respectivamente.

### Sumário

Se for observada uma anomalia no tubo digestivo sugestiva de LSE, o exame diagnóstico a ser realizado deverá ser uma endossonografia no sentido de responder a duas questões:

- A lesão existe de facto? (Confirmar a presença da lesão e diferenciar LSE de compressão extrínseca);
- Que tipo de lesão é? (Definir as suas dimensões, margens, camada de origem e eco-estrutura).

Respondidas estas questões, a informação obtida na endossonografia é da maior importância por permitir:

- estreitar o diagnóstico diferencial;
- avaliar o risco de malignidade;
- selecionar lesões para eventual remoção endoscópica.

No entanto, não é possível um diagnóstico definitivo, nem uma exclusão definitiva de malignidade com base apenas em critérios endossonográficos, sendo necessário a aquisição de material tecidual para análise citológica e/ou histológica. A biopsia dirigida por endossonografia é exequível e segura. Na maioria dos casos é possível adquirir material suficiente para um diagnóstico, no entanto, o potencial de malignidade das lesões é dificilmente determinado inequivocamente, sendo esta a maior limitação da avaliação histológica destas lesões.

A vigilância endoscópica ou endossonográfica de doentes assintomáticos com peque-

nos tumores sem critérios de malignidade é uma atitude frequente, embora sem validação formal. Questões referentes à segurança, relação custo/eficácia e aceitação dos doentes de um programa de vigilância não foram cabalmente respondidas. Outros métodos diagnósticos não invasivos podem ser potencialmente úteis para a vigilância de lesões específicas, nomeadamente a ultrassonografia transabdominal com estômago repleto de água para a vigilância de LSE gástricas confirmadas.

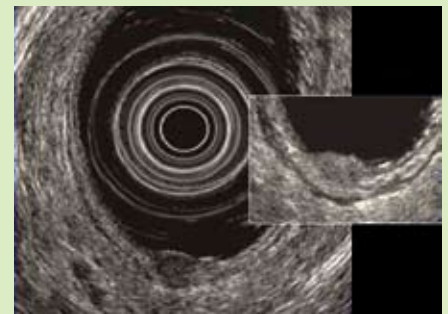
### Diferenciação entre lesão submucosa e compressão extraluminal

A principal característica endoscópica de uma LSE é a protrusão intraluminal da parede do tubo digestivo com superfície mucosa de aspecto normal. Este aspecto pode ser causado por órgãos ou estruturas que comprimem o lúmen intestinal (compressão extrínseca ou extraluminal [CE]). A frequência relativa de CE e LSE em várias séries endossonográficas (predominantemente gástricas) é de 29% e 71%, respectivamente. Esta diferenciação é claramente importante para a orientação clínica dos doentes.

É aceite que a endossonografia tem uma acuidade diagnóstica na diferenciação de LSE e CE muito próxima dos 100%, com vantagem descrita sobre a endoscopia, ultrassonografia transabdominal, TAC ou estudos radiológicos contrastados do tubo digestivo.

### Condições que se apresentam como lesões submucosas

A lista de condições que se apresentam como LSE é longa. No entanto, a referência a neoplasias do músculo liso do tubo digestivo parece predominar na maioria das séries publicadas, consistindo em cerca de 53% das lesões descritas. No esófago e no estômago estas correspondem a cerca de 77% e 54% de todas as LSE, respectivamente. No duodeno, as neoplasias do músculo liso são menos frequen-



tes, constituindo apenas 17% das LSE descritas, com uma frequência idêntica à das lesões císticas, hiperplasia das glândulas de Brunner, carcinoides e lipomas. As LSE mais frequentemente descritas no cólon foram carcinoides, seguidas por lipomas, linfo-hemangiomas. As neoplasias do músculo liso correspondem a cerca de 14% das LSE descritas. De acordo com os recentes critérios de diagnóstico, devemos ter em atenção que a maioria dos tumores do músculo liso do tubo digestivo previamente descritos a 2001 serão tumores do estroma gastro-intestinal (GIST), tornando raros os verdadeiros tumores do músculo liso. Apesar dos diferentes tipos de

Tabela 1  
Causas de compressão extrínseca da parede tubo digestivo superior

Causas de compressão extrínseca	Estrutura ou órgão normal	Condições benignas	Condições malignas	Total
Fígado	34	16	6	56 (25%)
Baço	48	6	1	55 (24%)
Estruturas vasculares	28	6	0	34 (15%)
Vesícula	30	2	0	32 (14%)
Pâncreas	10	7	8	25 (11%)
Intestino	8	0	1	9 (4%)
Peritoneu	0	1	5	6 (3%)
Gânglios linfáticos	0	0	5	5 (2%)
Rins	2	2	0	4 (2%)
<b>Total</b>	<b>160 (71%)</b>	<b>40 (18%)</b>	<b>26 (11%)</b>	<b>226 (100%)</b>

Tabela 2

## Frequência relativa de vários tipos de LSE gastrointestinais

	Esófago	Estômago	Duodeno	Cólon e recto	Total
Tumores do músculo liso	109(77%)	176 (54%)	7 (17%)	9 (14%)	301(53%)
Pâncreas ectópico	0	52 (16%)	1 (2%)	0	53 (9%)
Carcinoide	0	9 (3%)	7 (17%)	27 (43%)	43 (8%)
Lipoma	1 (1%)	17 (5%)	6 (14%)	9 (14%)	33 (6%)
Lesões císticas	2 (1%)	28 (9%)	8 (19%)	0	38 (7%)
Tumor de células granulares	18 (13%)	2 (1%)	0	0	20 (4%)
Linfa-, Hemangioma	7 (5%)	4 (1%)	1 (2%)	8 (13%)	20 (4%)
Hiperplasia glândulas de Brunner	0	0	8 (19%)	0	8 (1%)
Linfoma Maligno	1 (1%)	5 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	8 (1%)
Outras*	3 (2%)	32 (10%)	3 (7%)	9 (14%)	47 (8%)
Total	141 (100%)	325 (100%)	42(100%)	63(100%)	571 (100%)

\* No esófago: Fibromas ou pólipos fibrovascular; No estômago: Carcinoma, fibroma, pólopo fibrovascular, granuloma, pólopo fibróide inflamatório, metástase intramural, schwannoma, variz; No duodeno: Adenoma, carcinoma, pólopo fibrovascular, pólopo epitelial, linfoma maligno;; No Cólon: Endometriose, granuloma de sutura.

LSE listadas apresentarem características ultrassonográficas diferentes, um diagnóstico definitivo não pode ser feito apenas com base na imagem ultrassonográfica. No entanto, a descrição clara de uma LSE no que respeita ao seu tamanho, camada de origem, eco-estrutura e limites diminui a lista de condições possíveis no diagnóstico diferencial.

### Diferenciação entre lesões submucosas benignas e malignas

Outra importante razão para a execução da endossonografia nestas lesões é a possibilidade de definir o potencial de malignidade e orientar a terapêutica. A maioria das LSE diagnosticadas em endoscopia ou endossonografia são benignas, no entanto, o facto de algumas destas lesões poderem ser malignas influencia atitude médica de todo o grupo de lesões. A proporção de lesões malignas descritas é de cerca de 12%, com mais de cerca de 10% dos tumores classificados como *borderline* ou com potencial maligno indeterminado. Os restantes 78% da LSE são benignas. Uma vez que estes dados relatam casos verificados patologicamente, estes provavelmente estimam por excesso a real prevalência de malignidade esperada numa população não seleccionada de doentes com LSE.

### Características endossonográficas preditivas de malignidade

Várias características endossonográficas de LSE associadas a um risco aumentado de malignidade foram identificadas de forma retrospectiva e avaliadas em estudos prospectivos. Entre elas,

o tamanho da lesão superior a 30mm e a irregularidade das margens tumorais parecem ser as mais importantes. Há menor concordância no que respeita a outras características, nomeadamente à existência de focos ecogénicos, espaços císticos, ecotextura heterogénea, nódulos linfáticos peri-lesionais com características de malignidade, crescimento exófitico, ulceração da mucosa e forma da lesão.

Uma vez que nenhum critério endossonográfico isoladamente tem elevada sensibilidade e especificidade, têm sido criados critérios mais complexos, envolvendo combinações de características para melhor definir o risco de malignidade.

A robustez destas avaliações tem sido posta em causa pelas alterações recentes na classificação patológica dos tumores mesenquimatosos gastro-intestinais. Estas alterações têm-se focalizado em tumores tradicionalmente chamados “tumores do músculo liso”, uma categoria em que cerca de 50% de todas as LSE se encontram. A maioria destes tumores é actualmente categorizada como GIST, sendo que os verdadeiros tumores do músculo liso são raros (leiomiomas, leiomioblastomas ou leiomiossarcomas). Apenas no esófago os leiomiomas são o tipo mais frequente, enquanto que os GIST predominam no estômago e intestino).

O conhecimento acerca dos GIST está a desenvolver-se rapidamente indo influenciar o papel futuro da endossonografia na

orientação dos doentes, dando respostas a questões ainda não solucionadas:

- Os GIST podem ser seguramente diagnosticados pela endossonografia e endossonografia com biopsia guiada?
- Estes métodos serão capazes de avaliar o risco de comportamento maligno?
- Deverão todos os GIST ser removidos, independentemente do seu tamanho e/ou outras características?

### Aquisição tecidual guiada por eco-endoscopia

A endossonografia é uma ferramenta importante na avaliação das LSE, no entanto, é necessário a aquisição de tecido para um diagnóstico definitivo. Infelizmente, material adequado para exame histológico não se consegue adquirir facilmente das LSE. Biopsias adquiridas por pinças endoscópicas convencionais são frequentemente muito superficiais, mostrando apenas mucosa normal. Desta forma, vários métodos foram desenvolvidos, nomeadamente biopsia *bite-on-bite* e biopsia após exposição da lesão por injeção submucosa de etanol ou por mucossectomia. No entanto, estas técnicas nunca se tornaram muito populares. Em contraste, técnicas de aquisição tecidual por via endossonográfica têm vindo a ser usadas e descritas de forma crescente, desde a introdução da biopsia por agulha fina endossonograficamente

guiada no início da década de 90 (avaliação citológica), e posteriormente com agulha “trucut” em 2002 (avaliação histológica). As características citomorfológicas dos GIST estão já descritas, sendo facilmente identificados pela análise citológica de material adquirido por biopsia com agulha fina por via endossonográfica. De igual forma, é também possível, neste material, a execução de coloração imunocitoquímica (fundamental para o diagnóstico destas lesões) com uma acuidade diagnóstica descrita de 70 a 90%. No entanto, a definição do potencial maligno destas lesões, é difícil ou até mesmo impossível usando apenas critérios citomorfológicos e imunocitoquímicos. Esta limitação pode ser obviada com o uso de agulhas que permitam a aquisição de material para avaliação histológica. No entanto, ainda está por determinar se as técnicas de biopsia, aspiração ou corte são eficientes na avaliação do potencial maligno destas lesões, tendo em atenção que a separação inequívoca de GIST malignos e benignos pode ser impossível (em cerca de 10%



## Frequência relativa de LSE gastrointestinais benignas e malignas nos diferentes segmentos do tracto gastrointestinal

	Lesões benignas	Lesões de potencial maligno indefinido	Lesões malignas	Total
Esófago	151 (99%)	0	2 (1%)	153 (100%)
Estômago	296 (79%)	22 (6%)	57 (15%)	375 (100%)
Duodeno	33 (79%)	7 (16%)	2 (5%)	42 (100%)
Cólon e recto	33 (50%)	27 (42%)	5 (18%)	65 (100%)
Gastrointestinal*	132 (68%)	31 (16%)	31 (16%)	194 (100%)
Total	645 (100%)	87 (10%)	97 (12%)	829 (100%)

\* Localização não especificada

dos GIST), mesmo quando a totalidade do tumor está disponível para análise.

### Vigilância de doentes com Lesões Submucosas

Numa proporção significativa de doentes com LSE, a lesão não causa sintomas clinicamente relevantes, tem menos de 4cm de diâmetro e não apresenta critérios endossonográficos sugestivos de malignidade. Acresce ainda o facto de alguns doentes não terem condições ou não aceitarem tratamento cirúrgico.

Nestes doentes, a opção passa por 2 atitudes:

- remoção endoscópica (que é possível apenas num subgrupo de doentes e em centros especializados);
- inclusão num programa de vigilância, objectivando altera-

ções do tamanho e das características endossonográficas.

Embora a segunda atitude seja uma prática comum, esta não foi ainda validada, não existindo qualquer linha de seguimento estabelecida, e dados sobre a história natural destas lesões é escassa.

Uma vez que o comportamento de um GIST é difícil (se não impossível) de prever, a descrição de dados de seguimento longo são fundamentais para avaliar o risco de não remoção de LSE pequenas, assintomáticas e de aparência benigna.

O programa de vigilância envolve o uso repetido de endoscopia e/ou endossonografia, que são técnicas invasivas e dispendiosas. Um método não invasivo potencialmente útil para vigilância de doentes com LSE gástricas inclui ultrassonografia trans-abdominal

com estômago repleto de água. No entanto, a taxa descrita de visualização das lesões é variável, não estando também definido se esta técnica tem maior taxa de aceitação pelos doentes.

*Nuno Mesquita;*

*Mário Dinis-Ribeiro*

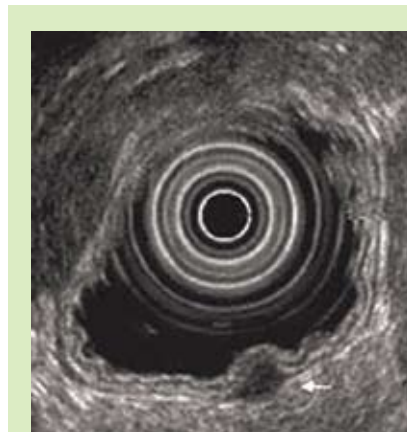
*IPO Porto, Serviço de Gastroenterologia*

### Bibliografia

1. Rosch T, Kapfer B, Will U, Baronius W, Strobel M, Lorenz R, et al. Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:856-62;
2. Motoo Y, Okai T, Ohta H, Satomura Y, Watanabe H, Yamakawa O, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of extraluminal compressions mimicking gastric submucosal tumors. *Endoscopy* 1994;26:239-42;
3. Rosch T, Lorenz R, Dancygier H, von Wickert A, Classen M. Endosonographic diagnosis of submucosal upper gastrointestinal tract tumors. *Scand J Gastroenterol* 1992;27:1-8;
4. Shen EF, Arnott ID, Plevris J, Penman ID. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and management of suspected upper gastrointestinal submucosal tumors. *Br J Surg* 2002;89:231-5;
5. Palazzo L, Landi B, Cellier C, Cuillerier E, Rosseau G, Barbier JP. Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal

stromal cell tumors. *Gut* 2000;46:88-92;

6. Wiersem MJ, Vilmann P, Giovannini M, Chang KJ, Wiersema LM. Endosonographic-guided fine needle aspiration biopsy: diagnostic accuracy and complication assessment. *Gastroenterology* 1997;112:1087-95;
7. Wiersema MJ, Levy MJ, Harewood GC, Vazquez-Sequeiros E, Jondal ML, Wiersema LM. Initial experience with EUS-guided trucut needle biopsies of perigastric organs. *Gastrointest Endosc* 2002;56:275-8;
8. Melzer E, Fidler H. The natural course of upper gastrointestinal submucosal tumors: an endoscopic ultrasound survey. *Isr Med Assoc J* 2000;2:630-2;
9. Tsai TL, Changchien CS, Hu TH, Hsiaw CM. Demonstration of gastric submucosal lesions by high-resolution transabdominal sonography. *J Clin Ultrasound* 2000;28:125-32.



## Novas tecnologias

### A cápsula do cólon

Na sequência do texto apresentado no número anterior do *ENDOnews*, a opção quanto a novas tecnologias volta a recair sobre a colonoscopia. Tal deve-se ao facto, já assinalado, de que a colonoscopia convencional, por impulsão, apresenta como limitação importante a tolerância do doente. Neste contexto, urge procurar novas formas de realização de colonoscopia óptica melhor suportadas pelo doente, sempre com o objectivo de vir a encontrar um teste de que permita aumentar as taxas de adesão ao rastreio do carcinoma colo-rectal.

A tecnologia que permite a realização de estudos endoscópicos com cápsula foi desenvolvida pela Given Imaging Ltd. e revolucionou a investigação endoscópica do intestino delgado. Ainda em fase de investigação, a mesma tecnologia serviu de base à construção da cápsula do cólon. O sistema

inclui a cápsula propriamente dita, cuja dimensão, 11 mm x 32 mm, permite uma fácil deglutição. Este dispositivo engloba duas câmaras e uma capacidade de captação de imagem superior ao dobro da conseguida com a cápsula do intestino delgado. O tempo de operação é de aproximadamente dez horas, existindo a particularidade de o engenho se autodesligar durante duas horas, poucos minutos após ter sido activado. De forma semelhante ao da cápsula do intestino delgado, o sistema inclui um sistema de antenas e de gravação que é transportado pelo paciente durante a realização do exame. Finda a fase de colheita de imagens, o filme obtido é visto, em diferido, na estação de trabalho, através do programa Given Imaging RAPID.

Esta técnica mereceu, em 2006, a publicação de dois trabalhos que visaram a sua

comparação com a colonoscopia óptica convencional. Num dos estudos, multicêntrico, foram incluídos 91 indivíduos, tendo a sensibilidade alcançada na detecção de pólipos sido de 76% e a especificidade de 100%. O segundo trabalho, com uma casuística de 36 doentes, evidenciou uma sensibilidade de 77% e uma especificidade de 70%. Os resultados poderão ser considerados promissores, aguardando-se a publicação de novos estudos.

*Pedro N. Figueiredo*

*Serviço de Gastroenterologia*

*Hospitais da Universidade de Coimbra*





## Caso Clínico

## Doença de Crohn do Esófago

Araújo R., Ministro, P., Peixoto P., Carvalho T., Caldas A.

Serviço de Gastrenterologia e Anatomia Patológica – Hospital de São Teotónio - Viseu

**D**oente com 19 anos, sexo masculino, estudante, referenciado à consulta de gastrenterologia por quadro clínico com quatro meses de evolução caracterizado por dor abdominal, diarreia, períodos de disfagia e dor retro-esternal, perda ponderal de (11 Kg), astenia e anorexia.

Fumador, heterossexual, sem antecedentes de toxicod dependência. Antecedentes familiares de Doença de Crohn (DC) num primo. Realizou estudos analíticos que revelaram: anemia hipocrômica ligeira; proteína C reactiva positiva (15 mg/dl); coproculturas e exames parasitológicos negativos; serologias do VI e HIV2 negativas. Realizou Videocolonoscopia com Ileoscopia tendo-se observado múltiplas erosões aftóides no recto, cólon e ileon. O aspecto endoscópico era compatível com DC e o exame histológico foi concordante.

A EDA revelou, no terço distal, uma área não circunferencial com mucosa granular, erosões aftóides e úlceras longitudinais superficiais (Figura 1). Este aspecto era sugestivo de DC. O estudo histológico corroborou com o diagnóstico endoscópico

(Figuras 2 e 3). A pesquisa de inclusões do CMV e a cultura BK e pesquisa do seu ADN nos fragmentos de biopsia foi negativa. O estudo radiológico do tórax não mostrou alterações. A prova da tuberculina foi negativa. Foi medicado com metilprednisolona, azatioprina, messalazina, pantoprazole, ferro e ácido fólico. Foi aconselhado a deixar de fumar. Após duas semanas de tratamento ficou assintomático. Realizou endoscopia alta às oito semanas que mostrou cicatrização das úlceras e erosões (Figura 4). Actualmente (18 meses após o diagnóstico) está assintomático, mantendo terapêutica com azatioprina, messalazina e ácido fólico.

**Comentário:** A doença de Crohn (DC) é uma doença crónica, inflamatória, de etiologia desconhecida, pode acometer qualquer ponto do tubo digestivo embora mais frequentemente se localize no intestino delgado e cólon. O espectro da DC engloba ainda múltiplas manifestações extra-intestinais. A DC do esófago é uma situação muito rara e está normalmente associada a outra localização no tubo digestivo (intestino delgado e/ou có-

lon). Segundo a literatura, a localização esofágica tem uma incidência de 0,3 a 2%. Esta percentagem tem aumentado nos últimos anos devido à crescente valorização dos sintomas e realização de EDA em portadores de DC.

A sintomatologia que mais frequentemente é reportada ao atingimento esofágico na DC é, tal como no nosso caso, disfagia e dor retroesternal.

O diagnóstico diferencial faz-se com infecções víricas (CMV e HSV) ou bacterianas (tuberculose) associadas ou não a depressão imunitária (secundária a vírus ou iatrogénica), neoplasias, doença de refluxo complicada, sequelas de esofagite cáustica e esofagite química. Os aspectos endoscópicos mais frequentes são inespecíficos e surgem como áreas de hiperémia, friabilidade, mucosa granular, espessamento das pregas; a presença de empedrado, erosões aftóides, úlceras e estenoses são mais características mas também mais raras. Podem, em casos severos de doença perfurante, ser observados orifícios e tractos fistulosos.

O diagnóstico histológico pode ser sugerido pela presença de um infiltrado linfocítico crónico que ultrapassa a mucosa

com ou sem granulomas não caseosos. O tratamento da

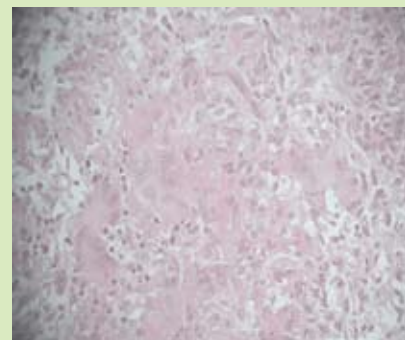


Figura 3 - Coloração com HxÉ (ampliação de 40 X). Granuloma epitelióide

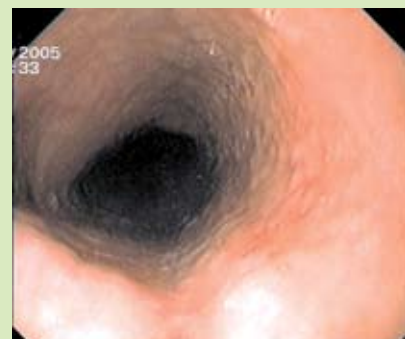


Figura 4 - Doença de Crohn do esófago (após terapêutica)

DC com localização esofágica envolve uma terapêutica agressiva em que se preconiza a utilização concomitante de corticóides e imunossuppressores *ab initio* complementada com a utilização de um inibidor da bomba de prótons. A resposta deverá ser avaliada clínica e endoscopicamente e em caso de insucesso recomenda-se a utilização de um agente biológico. A terapêutica instrumental, endoscópica ou cirúrgica, está reservada para as complicações como estenoses, fistulas e abscessos.

A Doença Inflamatória do Intestino, particularmente a DC continua a ser diagnosticada tardiamente em muitos casos. Para ultrapassar este aspecto é fundamental o conhecimento das manifestações da doença e, em caso de suspeita clínica, a avaliação complementar exaustiva em que a endoscopia digestiva tem um papel fundamental.



Figura 1 - Doença de Crohn do esófago: erosões, úlceras longitudinais e espessamento de pregas

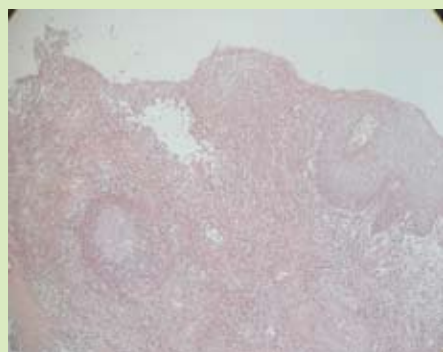


Figura 2 - Coloração com HxÉ (ampliação de 10 X). Acanthose, ulceração e fissura. Infiltrado inflamatório transmural e centros germinativos

## Nós, lá fora

# Use of Sedation for Routine Diagnostic Upper Gastrointestinal Endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy Survey of Nacional Endoscopy Society Members

S.D. Ladas, L. Aabakken, J-F.Rey, A. Nowak, K. Adamonis, N. Amrani, J.J.G.H.M. Bergman, J. Boix Valverde, S. Boyacioglu, M.I. Cremers, J. Crowe, P. Deprez, P. Dite, M. Eisen, R. Eliakim, E.D. Fedorov, Z. Galkova, T. Gyokeres, L.T. Heuss, A. Husic-Selimovic, F. Khediri, K. Kuznetsov, T. Marek, M. Munoz-Navas, B. Napoleon, S. Niemela, O. Pascu, N. Perisic, R. Pulanic, E. Ricci, F. Schreiber, L.B. Svendsen, W. Seidan, A. Sylvan, R. Teague, M. Tryfonos, D. Urbain, J. Weber, M. Zavoral  
*Digestion* 2006; 74: 69-77

**T**rata-se de um estudo organizado pela Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva (ESGE), no qual colaborou a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED).

Sabendo-se que as taxas de sedação variam entre os diversos países, dependendo das preferências dos doentes e dos endoscopistas, a ESGE fez um estudo com o objectivo de investigar

a taxa de premedicação na endoscopia digestiva alta de rotina nas diferentes sociedades de endoscopia, membros da ESGE.

O inquérito foi enviado por e-mail para os representantes das sociedades nacionais de endoscopia, membros da ESGE, incluindo 14 perguntas que diziam respeito às práticas de endoscopia em cada país e nas unidades de endoscopia onde trabalham os representantes das socieda-

des de endoscopia.

A taxa de resposta foi de 76% (34/45). Em 47% dos países, menos de 25% dos doentes fazem endoscopia alta de rotina sob sedação consciente. Em 62% das unidades de endoscopia onde trabalham os representantes das sociedades de endoscopia, não é hábito perguntar aos doentes qual a sua preferência no que diz respeito à sedação e não é habitual os doentes assinarem uma folha de consentimento assinado. A medicação mais usada na sedação foi o midazolam em 82% dos casos, seguindo-se o propofol em 47% e o diazepam em 38%. Na maioria das unidades de endoscopia (46%, ou seja 13/28) não há monitores disponíveis. Apesar

de haver monitores em 91% das unidades de endoscopia onde trabalham os representantes das sociedades de endoscopia, raramente são usados (só em 21%) para monitorizar os doentes submetidos a endoscopia alta diagnóstica de rotina, sem sedação.

Os autores concluem que em cerca de 50% dos países membros da ESGE, menos de 25% dos doentes são sedados para a realização de endoscopia digestiva alta diagnóstica de rotina. Aspectos a melhorar incluem a disponibilidade de equipamento de monitorização e a utilização de consentimento informado.

M. Isabelle Cremers  
Assistente Graduada de Gastrenterologia  
Hospital São Bernardo

## Colonoscopies in Portuguese District Hospitals: A multicentric transverse study

M.I. Cremers, P. Marques-Vidal, NGHD (Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais Digestive and Liver Disease 2006; 38: 912-7

**E**ste estudo, do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD), teve como objectivo avaliar a prática da colonoscopia nesses Hospitais. Com esse objectivo foi realizado um estudo prospectivo transversal entre 7 e 18 de Março de 2005, envolvendo os 33 Hospitais com sócios do NGHD. Foram reunidos dados sobre a idade, o sexo, a região, o estado ambulatorio ou de internamento, exame de rotina ou de urgência, o tipo de preparação, a prática de sedação, a utilização de consentimento informado, a indicação para o exame, a extensão de visualização do cólon e o

resultado final (endoscópico e histológico). Foram obtidos dados de 31 dos 33 Hospitais (94%), num total de 1.245 colonoscopias. A maioria destes exames foi realizada em doentes ambulatorios (80,7%). Em 12 centros foi utilizado o consentimento informado. As principais indicações foram a realização de polipectomia em 20%, as hematoquézias em 15% e o seguimento de pólipos em 10%, sendo que o rastreio do cancro colo-rectal foi a sexta indicação mais frequente. Foi administrada sedação em 24,5% dos doentes. As colonoscopias foram completas em 69,6% dos exames, sendo que os motivos principais para colonoscopia incompleta incluíram a má preparação, a intolerância do doente e a dificuldade técnica. Os exames foram normais em 36% dos doentes, revelaram pólipos em 40,3%, diverticulose em 16,4%, cancro colo-rectal em 4,8%,

doença inflamatória do intestino em 3,5% e angiodisplasias em 1,1% dos doentes.

Os autores concluem que se verificou um elevado nível de interesse pela realização deste estudo por parte das Unidades de Endoscopia dos Hospitais com sócios do NGHD. A utilização do consentimento informado é ainda relativamente baixa, o que merece reflexão, já que é obrigatória por lei. Há necessidade de aumentar a prática da sedação e de encontrar métodos mais eficazes para preparação do cólon, a fim de obter um número mais elevado de colonoscopias totais e de polipectomias. O número de pólipos e de cancros colo-rectais detectados confirma a importância do rastreio do cancro colo-rectal.

M. Isabelle Cremers  
Assistente Graduada de Gastrenterologia  
Hospital São Bernardo

**Existe um risco aumentado de carcinoma colo-rectal na Colite ulcerosa (CU)?**

Numa meta-análise que envolveu 116 estudos sobre 54.478 doentes com colite ulcerosa, dos quais 1.698 tinham sido diagnosticados com carcinoma, a prevalência do carcinoma colo-rectal foi de 3,7%, com 0,3% de risco anual de desenvolver esta patologia; isto é, um doente por ano, em 333 doentes com colite ulcerosa <sup>1</sup>. No entanto, muitos destes doentes pertenciam a centros terciários e a análise dos trabalhos com base em estudos populacionais mostra uma realidade menos preocupante. A incidência nos estudos populacionais oscila entre 0,06-0,16%, isto é, um doente em cada 600-1600 doentes com CU ano <sup>1</sup>.

**Que factores aumentam a incidência de carcinoma colorectal na colite ulcerosa?**

*Tempo de duração da colite ulcerosa:*

No estudo previamente referenciado, o risco cumulativo de carcinoma colo-rectal aos 10, 20 e 30 anos, foi respectivamente de 1,6, 8,3 e 18,4%. Parece assim evidente que a incidência do carcinoma colo-rectal aumenta com a duração da doença, tornando esta população alvo de carcinoma.

*Extensão da doença no cólon:*

Ekbom e col. <sup>2</sup> documentaram um risco de carcinoma colo-rectal em doentes com proctite similar ao da população em geral, 2,8 e 14 vezes aumentado, respectivamente, nos doentes com colite esquerda e pancolite.

*Colangite esclerosante primária:*

O risco cumulativo de carcinoma colo-rectal é maior em doentes com colangite esclerosante. De facto, os doentes com colite ulcerosa e colangite esclerosante têm um risco cumulativo aumentado (9, 31 e 50% aos 10, 20 e 25 anos, respectivamente) quando comparados com doentes com colite ulcerosa sem colangite esclerosante (2,5 e 10% aos 10, 20 e 25 anos, respectivamente) <sup>3</sup>.

*História familiar de carcinoma:*

Askling e col. <sup>4</sup> demonstraram que doentes com colite ulcerosa e com história familiar de carcinoma colo-rectal têm um risco duas vezes superior de desenvolver esta patologia em relação aos doentes sem

história familiar desta doença.

*Gravidade da inflamação no cólon:*

Há pesquisas que relacionam o risco de carcinoma com o grau de inflamação. De facto, o risco é maior em doentes com pólipos inflamatórios (duas vezes) e com estenose (quatro vezes) <sup>5</sup>. Os autores correlacionaram o risco de carcinoma com o grau de inflamação histológica.

*Idade de diagnóstico:*

Quer Bernstein e col. <sup>6</sup>, quer Karlén e col. <sup>7</sup> encontraram o maior risco de carcinoma colo-rectal na população com colite ulcerosa cujo diagnóstico foi efectuado em idades jovens. Para Bernstein na população com diagnóstico inferior a 14 anos e para Kárlen no grupo etário com diagnóstico inferior a 39 anos.

todos populacionais evidenciam um menor risco, não tendo atingido o triplo do da população em geral <sup>9</sup>.

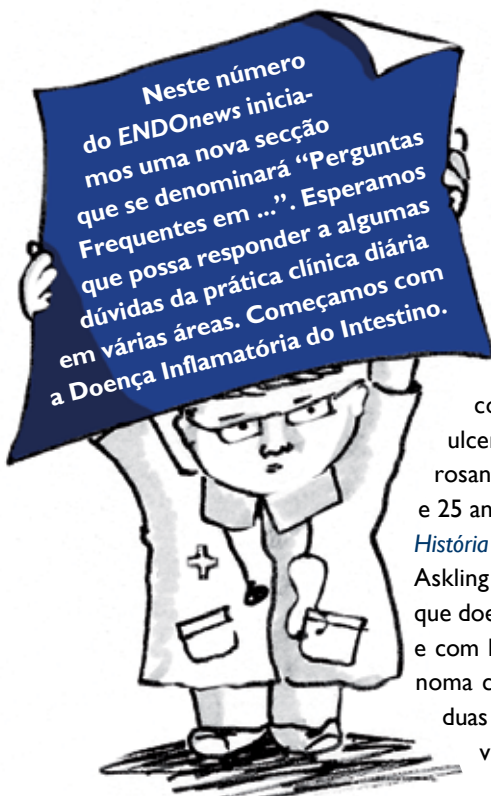
**Que factores se correlacionam com o carcinoma colo-rectal na doença de Crohn (DC)?**

São provavelmente os mesmos da colite ulcerosa, isto é, idade precoce de aparecimento da doença, extensão de envolvimento do cólon, duração da doença e presença de displasia. Na DC, a presença de segmentos de intestino excluídos representa um risco adicional.

**Que características têm os carcinomas do cólon na CU e na DC?**

*Semelhanças e diferenças:*

Choi e col. <sup>10</sup> compararam as características histopatológicas dos doentes com carcinoma do cólon e com doença inflamatória. A população estudada consistiu em 6.217 doentes com doença Inflamatória, 3.124 dos quais com DC e 3.093 com CU. Vinte e oito doentes com DC e 52 com colite ulcerosa desenvolveram neoplasia. Esta população foi comparada com 5.266 doentes com carcinoma mas sem doença inflamatória. Os doentes com DC e com neoplasia eram mais idosos em relação aos doentes com colite ulcerosa (54,5 vs 43 anos). O tempo médio de doença foi similar (15 anos na DC e 18 anos na DC). Em 25% dos doentes com DC e em 10% dos doentes com CU o tumor apareceu antes dos oito anos de doença. Na DC, todos os doentes tinham envolvimen-





## Perguntas Frequentes em Doença Inflamatória

to do cólon e em 85% em áreas endoscópicamente afectadas. Os doentes com doença inflamatória tiveram uma maior incidência de tumores em anel de sinete (CD-29%, UC 21%) e 42% dos tumores na DC encontram-se no cólon proximal enquanto que na colite ulcerosa, apenas 16%.

### Os doentes com colite de Crohn necessitam de vigilância endoscópica?

Sim. E provavelmente com as mesmas recomendações instituídas na colite ulcerosa.

*Dr. Fernando Magro  
Presidente do Grupo de Estudos da  
Doença Inflamatória Intestinal*

### Bibliografia

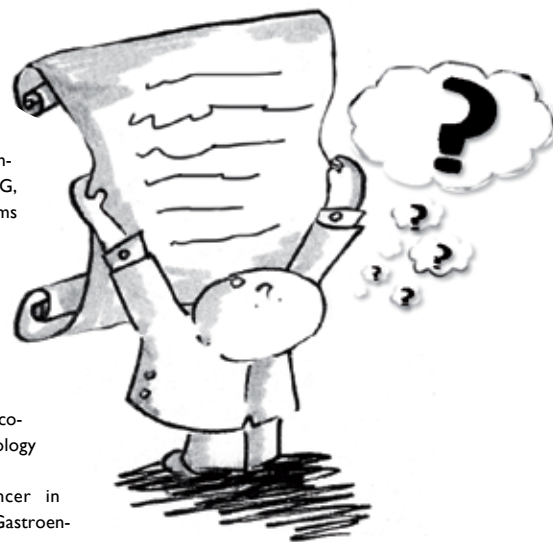
1. Loftus EV, Jr. Epidemiology and risk factors for colorectal dysplasia and cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2006;35:517-31;
2. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. Ulcerative colitis and colorectal cancer. A population-based study. *N Engl J Med* 1990;323:1228-33;
3. Broome U, Lofberg R, Veress B, Eriksson LS. Primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: evidence for increased neoplastic potential. *Hepatology* 1995;22:1404-8;
4. Askling J, Dickman PW, Karlen P, Brostrom O, Lapidus A, Lofberg R, Ekblom A. Family history as a risk factor for colorectal cancer in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2001;120:1356-62;
5. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, Williams CB, Price AB, Talbot IC, Forbes A. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk. *Gut* 2004;53:1813-6;
6. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliever E,

Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer* 2001;91:854-62;

7. Karlen P, Lofberg R, Brostrom O, Leijonmarck CE, Hellers G, Persson PG. Increased risk of cancer in ulcerative colitis: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1047-52;
8. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, Williams CB, Price AB, Talbot IC, Forbes A. Thirty-year analysis of a colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2006;130:1030-8;
9. Friedman S. Cancer in Crohn's disease. *Gastroen-*

terol Clin North Am 2006;35:621-39;

10. Choi PM, Zelig MP. Similarity of colorectal cancer in Crohn's disease and ulcerative colitis: implications for carcinogenesis and prevention. *Gut* 1994;35:950-4.



## Instantâneo Endoscópico

# Úlcera Rectal Sangrante em Doente Hipocoagulado

Araújo R., Ministro P., Peixoto P., Caldas A.

Serviço de Gastreenterologia – Hospital de São Teotónio-Viseu



Figura 1 -  
Úlcera rectal  
com vaso  
e coágulo  
aderente



Figura 2 -  
Aplicação  
do Hemoclip  
no vaso

Doente do sexo feminino, 67 anos de idade, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca congestiva, fibrilhação auricular, diabetes mellitus tipo II, DPOC, obstipação e patologia osteoarticular. Polimedicada, hipocoagulada com varfarina, tomava regularmente AINE. Recorreu ao Serviço de Urgência por recorrentes hemorragias abundantes. Sem episódios anteriores de hemorragia digestiva. Apresentava-se estável hemodinamicamente com Ht 32% e INR 3,57. Fez terapêutica com vit K e plasma fresco. Dada a persistência da hemorragia foi realizada colonoscopia total que revelou, no recto baixo,

uma úlcera, com coágulo aderente, o qual se destacou permitindo a observação de proeminência vascular (Figura 1). Foi aplicado um hemoclip no vaso (Figura 2). Foi internada e teve alta ao 3º dia, sem evidência de recidiva hemorrágica.

No contexto clínico, a etiologia da úlcera podia estar associada a isquémia local ou úlcera estercoral. Não é de afastar a hipótese de úlcera traumática apesar da ausência de história de ingestão ou introdução trans-anal de corpo estranho. A aplicação de hemoclip foi o método endoscópico escolhido para jugular a hemorragia.

# Train the Trainers (TTT)

**T**rain the Trainers (TTT) é um programa arrojado e inovador de ensino e de melhoria da qualidade do desempenho dos Gastroenterologistas, à escala mundial. Foi implementado pelo WGO-OMGE em colaboração com a Sociedade irmã de Endoscopia, a OMED, tendo ocorrido pela primeira vez, há já 6 anos, em Abril de 2001, na ilha de Creta. Sob a orientação do Prof. James Toouli, em representação do Comité de Educação e Treino da WGO-OMGE/OMED, este modelo de ensino tem-se revelado um extraordinário método de difusão das características ideais e competências do ensino para os Gastroenterologistas. Sendo reconhecido por todos que o desempenho de um formador é largamente influenciado pela qualidade de informação prestada por um formador, o treino formal em instrução e metodologia específica

para isso, convidadas a enviar, todos os anos, um ou dois dos seus representantes para diferentes reuniões que têm ocorrido em todas as latitudes do globo. A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva envidou todos os esforços para conseguir concretizar um sonho dos Gastroenterologistas portugueses: a realização formal do Curso Train the Trainers em Portugal. Este sonho será concretizado este ano, no Norte do País, entre 15 e 20 de Abril. No desenho final do programa deste ano estão incluídos dois membros da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia na Faculty International, o que muito nos honra, já que os membros da Faculty são geralmente criteriosamente seleccionados de acordo com a sua experiência como educadores.



A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva envidou todos os esforços para conseguir concretizar um sonho dos gastroenterologistas portugueses: a realização formal do Curso Train the Trainers em Portugal. Este sonho será concretizado este ano, no Porto, entre 15 e 20 de Abril

Sublinha-se que Portugal consegue, para este curso, uma participação recorde de 24 presenças, ocupando metade do número total de participantes, que geralmente correspondem a um máximo de dois por País/sociedade. O Comité internacional foi impressionado com o entusiasmo com que a candidatura portuguesa assumiu este compromisso e concedeu todo o apoio a esta iniciativa. É importante ainda referir que os cursos têm permitido uma enorme interacção entre a Faculty e os participantes e que os laços profissionais e pessoais são amplamente reforçados, tendo vindo a constituir uma mais-valia na experiência para os Gastroenterologistas de todo o Mundo. Tão informal quanto rigoroso, este curso é ainda submetido a uma avaliação contínua intensiva e muito criteriosa no sentido de serem refinados pontos específicos e detalhados tópicos que são modificados todos os anos. Este processo rigoroso exemplifica-se, desde logo, pela participação dos diferentes Gastroenterologistas que têm de completar um questionário detalhado e submeter um pequeno relatório escrevendo o estado actual do ensino e da prática gastroenterológica em cada uma das unidades em cada um dos países. Sendo um projecto à escala global não há dúvida que a Gastroenterologia e a Endoscopia Portuguesas sairão com uma imagem internacional e uma qualidade interna amplamente reforçadas.



de treino de educação tem sido uma lacuna quase universal nos currículos dos Gastroenterologistas. Este projecto, porém, tem conseguido agregar inúmeras sociedades endoscópicas de todo o mundo em workshops altamente profícuos em ensinamentos e em interactividade, e que têm conduzido a um significativo impacto na qualidade de ensino posteriormente tutelado por esses novos agentes formadores. As sociedades nacionais de endoscopia são,

Este curso decorre numa combinação de conferências e de sessões interactivas com exercícios específicos direccionados para envolver todos os participantes e a Faculty. Esta formação não tem como objectivo ensinar os participantes a praticarem a Gastroenterologia, mas sobretudo treiná-los na área das competências e do seu ensino. A Faculty, por exemplo, encontra-se reunida desde o dia anterior ao início dos trabalhos para treino específico direccionado ao workshop.



# XVI Congresso Português de Coloproctologia

**O**XVI Congresso Português de Coloproctologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, decorreu no Porto, nos dias 29 e 30 de Novembro de 2006, sob a Presidência de Honra do Professor Doutor Tavarela Veloso. O presidente foi o Professor Doutor António Carlos Saraiva, tendo sido secretário o Professor Doutor Miguel Mascarenhas Saraiva.

A sessão de abertura incluiu a entrega do prémio Altana 2006 da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, bem como uma conferência proferida pelo Dr. Lopes Martins, gestor do grupo José Mello Saúde.

No programa foram incluídas três mesas-redondas, a primeira das quais versando o tema das

doenças vasculares do intestino, nas vertentes fisiopatológica, diagnóstica e terapêutica. A abordagem de temas controversos em Coloproctologia, designadamente o tratamento do pólipso maligno, o estadiamento do cancro do recto e a obstipação severa refractária, foi o objecto de outra das mesas redondas. A terceira abordou temas importantes no âmbito da Doença Inflamatória Intestinal, designadamente a endoscopia do intestino delgado, a vigilância colonoscópica, o tratamento biológico, a cirurgia na colite

aguda e a cirurgia na Doença de Crohn estenosante. Este tema mereceu atenção particular da Comissão Organizadora, consubstanciada numa conferência proferida pelo Professor Doutor Cláudio Fiocchi intitulada “ABC dos mecanismos de acção das terapias biológicas nas doenças inflamatórias intestinais”.

No programa foram incluídas duas sessões de comunicações livres, tendo sido apresentados vinte trabalhos, e uma sessão de vídeos onde foram exibidos sete filmes abordando diferentes técnicas cirúrgicas. Houve ainda uma visita à exposição de posters, que contou com vinte e cinco trabalhos.

A sessão de encerramento, para além da entrega dos prémios das comunicações, incluiu uma conferência proferida pelo Professor Doutor Dinis Freitas, Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

*Pedro N. Figueiredo  
Serviço de Gastroenterologia  
Hospitais da Universidade de Coimbra*





# 1º Curso Teórico-prático de Ecoendoscopia e Ecografia Endo-anal

**N**os dias 23 e 24 de Novembro de 2006, a cidade do Porto acolheu o 1º Curso Teórico-Prático de Ecoendoscopia e Ecografia Endo-Anal, presidido pelo Prof. Dr. F. Castro Poças e cuja comissão organizadora integrava ainda a Dra. Paula Lago e o Prof. Doutor Jorge Areias que lideraram uma or-

ganização exemplar do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Geral de Santo António.

O curso decorreu sob a égide científica do Grupo Português de Ultra-sons em Gastreenterologia (G.R.U.P.U.G.E.) e sob o patrocínio das Sociedades Portuguesas de Gastreenterologia e Endoscopia Digestiva e Colégio da Especialidade de Gastreenterologia.

da novas técnicas de diagnóstico e terapêutica. Seguidamente, foram apresentadas as anatomias ecoendoscópicas da parede do tubo digestivo e espaço peridigestivo, pela Dra. Paula Lago, das vias biliares e pâncreas, pelo Prof. José Manuel Pontes, e da região ano-rectal, pelo Prof. F. Castro Poças. Após a revisão da anatomia normal aborda-

ram-se as indicações, contra-indicações e complicações da ecoendoscopia (Prof. Luís Carrilho Ribeiro) e procedeu-se à análise específica do papel da ecoendoscopia no carcinoma do recto (Dr. Francisco Portela), no carcinoma do esófago (Prof. C. Nobre Leitão), nos abaulamentos da parede digestiva (Dra. Paula Lago) e nas lesões quísticas do pâncreas (Prof. F. Castro Poças). As várias de-

montrações ao vivo incidiram sobre casos de quisto abdominal de origem incerta, endometriose do septo recto-vaginal, carcinomas inicial e avançado do esófago, tumor submucoso gástrico, carcinoma gástrico inicial, quisto pancreático, fístula e abscesso peri-anais, recidiva pós-operatória de cancro do recto, incontinência anal e outros. O apoio das empresas Olympus e Teprel permitiu ao painel de executantes e aos assistentes o contacto com os seus mais recentes equipamentos de ecoendoscopia e ecografia endo-anal, nomeadamente das marcas Olympus e B-K Medical.

O curso, que culminou com a realização de um *quiz*, alcançou uma participação plena, interactiva e em ambiente informal dos inscritos que esgotaram as vagas disponíveis. Tratou-se, pois, de mais uma profícua e bem sucedida iniciativa de formação inter pares dando continuidade a uma estratégia de integração do estudo do tracto digestivo por técnicas de ultra-sons no âmbito da Gastreenterologia.

*Pedro Amaro*

*Serviço de Gastreenterologia*

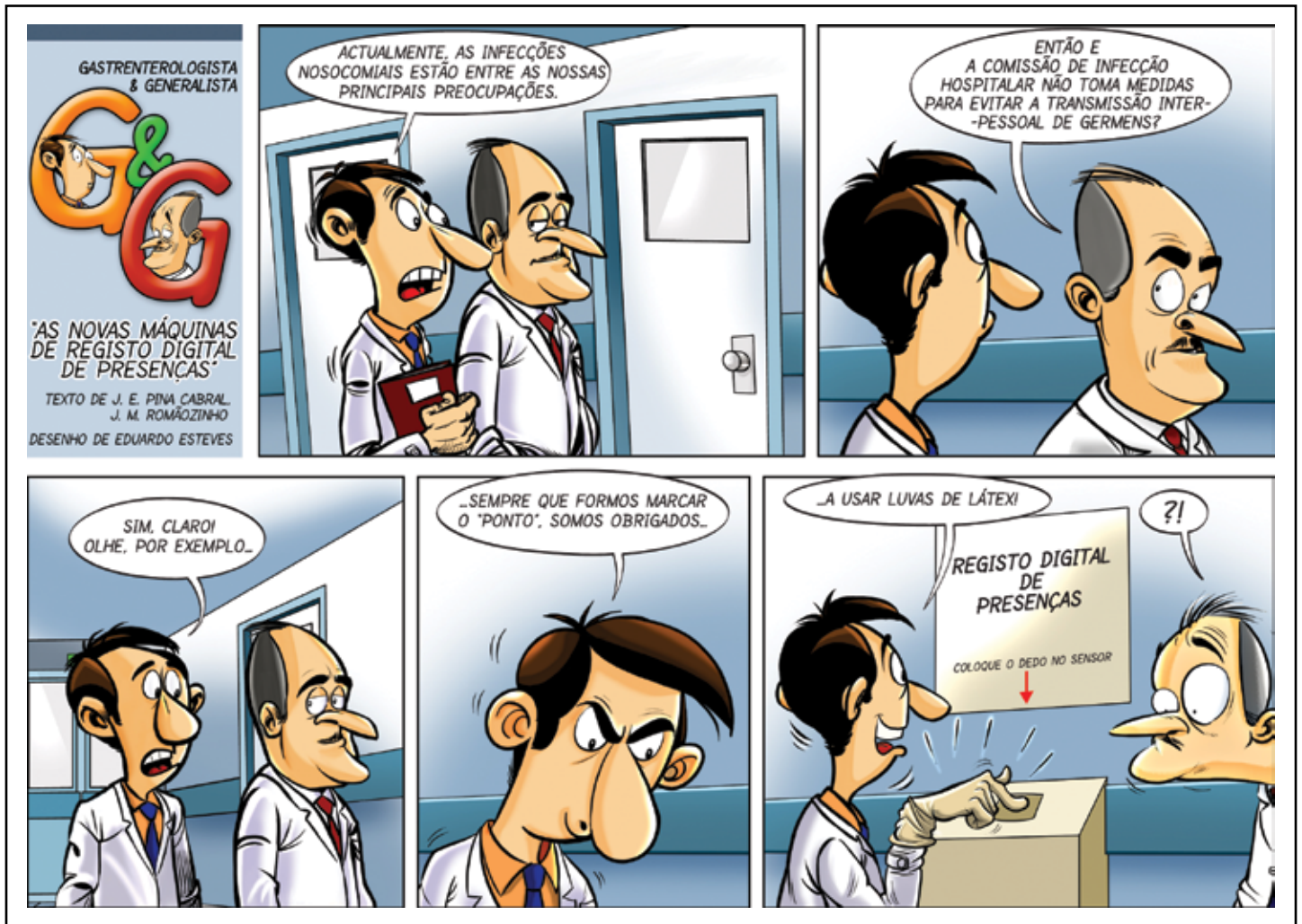
*Hospitais da Universidade de Coimbra*



O programa do curso foi estruturado com base numa sucessão de palestras teóricas intervaladas por múltiplas demonstrações ao vivo. Iniciou-se com uma introdução aos princípios físicos dos ultra-sons e a sua aplicação em Medicina, como se formam e interpretam as imagens obtidas, com especial ênfase nas situações que impedem uma avaliação adequada ou que dão origem a artefactos. Esta palestra inicial, proferida pelo Dr. Eduardo Pereira, incluiu ainda uma revisão dos equipamentos actualmente disponíveis – endoscópios, processadores e acessórios – e perspectivou ain-

das várias de-





## Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva  
www.sped.pt

Apresentação  
SPED em Lisboa  
Programa à SPED  
Companhia Celo-Rotul

Agenda  
18-19 e 20 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real  
19-20 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real  
21-22 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real  
23-24 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real  
25-26 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva  
18-19 e 20 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real

Curso de Formação de SPED a SPED  
18-19 e 20 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real

Prémio SPED 2006  
18-19 e 20 Junho 2007 em Vila Real - Vila Real

www.sped.pt

## Agenda

2007

### 29 a 31 de Março

10ª Reunião Anual da Associação para o Estudo do Fígado (APEF)  
Local: Grande Hotel do Luso

### 11 a 15 de Abril

EAASL 2007 Local: Centre Conventions Internacional Barcelona, Espanha

### 13 a 15 de Abril

Curso de Doença Inflamatória Intestinal para Internos (CEDII)  
Local: Pinhão

### 16 de Abril

Serões da Gastroenterologia: Cólon  
Local: Sede da SPED, Lisboa  
Organização: SPG / SPED  
Tel: 217 995 530  
E-mail: sped.sped@mail.telepac.pt

### 23 a 25 de Abril

4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva / 5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva/Clube Endoscópico do Eixo Atlântico  
Local: Porto  
Tel: 259 300 500, ext. 611  
E-mail: gastro@chvrpr.min-saude.pt

### 11 a 12 de Maio

Curso de Patologia Gastrointestinal - Patologia do Fígado, Pâncreas e Via Biliar  
Local: Auditório dos HUC, Coimbra

### 19 a 24 de Maio

DDW - Digestive Disease Week 2007  
Local: Washington Convention Center, Washington DC

### 06 a 09 de Junho

XXVII Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva  
Local: Tivoli Marinotel, Vilamoura

### 18 a 20 de Junho

Gastroenterology and Endotherapy European Workshop  
Local: Brussels Exhibition Centre

### 27 a 31 de Outubro de 2007

15th European Gastroenterology Week  
Local: Le Palais des Congrès de Paris

### 2 a 6 de Novembro

58ª Reunião da American Association for the Study of Liver Diseases  
Local: Boston