

ENDO news

N.º20 • Outubro/Dezembro 2007

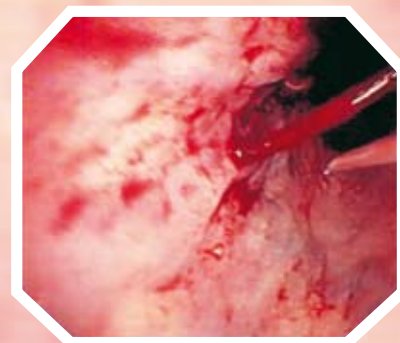
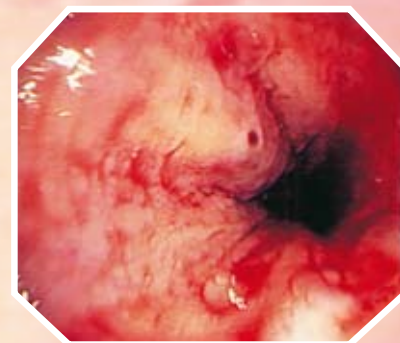
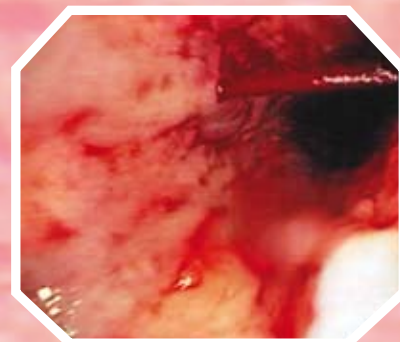
Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: José Manuel Romãozinho • www.sped.pt

Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino
Leiria e Odivelas marcham pela prevenção

Endo Club Nord 2007

Monografias Clínicas SPED
Novo projecto editorial para 2008

Doença diverticular do cólon



Sumário

Nota do Editor

4 EDITORIAL

A propósito da realização da primeira colonoscopia por cápsula

7 SPED EM ACÇÃO

Monografias Clínicas

8 O CANTO DO INVESTIGADOR

Avaliação da Imunidade Inata na Doença Hepática Crónica de Etiologia Alcoólica: Papel no Risco de Infecção

10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS

Dispepsia funcional: etimologia, fisiologia e clínica

13 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Cancro Gástrico em Doente Exposta a Radiação Após o Acidente Nuclear de Chernobyl

15 TEMA DE REVISÃO

Doença diverticular do cólon

20 CASO CLÍNICO

Doença de Crohn Gastro-Duodenal

23 NOVAS TECNOLOGIAS

O Neo-Guide
NÓS LÁ FORA

25 OUTRAS FOTOS

ENDONEWS RECOMENDA

26 REPORTAGEM

Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino Leiria e Odivelas marcham pela prevenção

29 REPORTAGEM

Endo Club Nord 2007

30 BANDA DESENHADA

AGENDA

A evolução da endoscopia digestiva, através do advento de novas técnicas, é objecto de atenção particular no presente número do *ENDOnews*. De facto, no Editorial não só se discorre sobre as implicações que a utilização da cápsula do cólon poderá ter, como na secção

Cancro do Intestino, que aconteceu no passado dia 3 de Novembro, é, naturalmente, realçado, através da reportagem de duas iniciativas, uma ocorrida em Leiria e outra em Odivelas.

A actividade editorial da SPED merece uma entrevista ao Presidente da SPED onde se dá conta da edição das "Monografias Clínicas", dirigidas aos colegas da Medicina Geral e Familiar e com um conteúdo eminentemente prático.

O tema de revisão, caso clínico e instantâneo endoscópico foram, neste número, produzidos no Serviço de Gastrenterologia do Hospital São

Bernardo, salientando-se a relevância do tema escolhido para a revisão pela frequência com que a patologia aí tratada é diagnosticada.

Neste número podem ainda ser encontradas as habituais secções, relembrando-se a existência do espaço "Carta ao Editor" onde os

colegas poderão expressar opinião sobre os assuntos que entenderem apropriados.

Finalizo com votos de Boas Festas para todos os colegas.

O Editor



"Novas tecnologias" é apresentado um novo tipo de colonoscópio. De salientar, neste contexto, a reportagem sobre o Endo Club Nord 2007 que decorreu, com assinalável sucesso, nos dias 9 e 10 de Novembro em Lisboa.

O Dia Europeu de Luta contra o

O *ENDOnews* errou!

Na página 31 da edição n.º 18 do *ENDOnews*, na secção *ENDOnews* recomenda, foi referido que o livro "Controvérsias em Gastrenterologia" foi publicado com o apoio dos Laboratórios Dr. Falk Pharma. Esta informação é incorrecta, porque a obra foi publicada com o apoio da AstraZeneca.

Aos leitores e às empresas visadas apresentamos as nossas mais sinceras desculpas.

Capa:

"Hemorragia Varicosa Torrencial", da autoria de:

Castanheira, A., Ministro, P., Silva, A., Caldas, A.

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Teotónio, Viseu

1º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2003

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º 20 • Outubro/Dezembro 2007. **Director** José Manuel Romãozinho. **Editor** Pedro Figueiredo. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Fernando Pereira, Isabelle Cremers. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** Ana Luísa Alves, Ana Margarida Vieira, Ana Paula Oliveira, Aurora Pinto, Carlos Quintana, Matilde Gonçalves, João Mangualde. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ICS** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho. **Produção e Imagem** VFBM - Comunicação, Lda. **Propriedade** VFBM - Comunicação, Lda. **Redacção e Produção** VFBM - Comunicação, Lda. • Edifício Lisboa Oriente Office • Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4.º sala 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918 • E-mail: endonews@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** Offset+, Artes Gráficas, S.A. • Amadora. **Tiragem** 10.000 exemplares



Pedro Narra Figueiredo
Vice-Presidente da SPED

A propósito da Realização da Primeira



Serviço de Gastroenterologia
dos Hospitais

da Universidade de Coimbra foi pioneiro, inicialmente sob a batuta do Professor Doutor Diniz Freitas, e actualmente sob a direcção do Professor Doutor Maximino Correia Leitão, na utilização da técnica de endoscopia por cápsula. Este mesmo Serviço protagonizou, recentemente, uma inovação no campo da endoscopia digestiva através da realização da primeira colonoscopia com cápsula endoscópica. Após o fogacho mediático de que as inovações na área da Medicina, por vezes, se acompanham, é tempo de alguma reflexão que ao assunto é, seguramente, devida.

Uma das formas de fomentar a adesão da população ao rastreio do carcinoma colo-rectal passa pela utilização de metodologias menos invasivas e, consequentemente, menos incómodas para os indivíduos. Neste contexto, todas as técnicas que exibam estas características deverão merecer a nossa atenção e avaliação prospectiva na esperança de que possam incrementar a referida adesão.

A vídeo-cápsula constitui, sem dúvida, uma das grandes inovações na área da endoscopia digestiva. De facto, não só possibilitou a observação de

um segmento do tubo digestivo até então pouco acessível à exploração endoscópica, como introduziu um novo conceito de endoscopia digestiva, em ambulatório, praticamente isento de desconforto para o paciente. A sua utilização para visualizar o cólon e recto constituiu-se, desde a sua aparição, como uma meta a alcançar. Atingido este desiderato, importa discorrer sobre as indicações, bem como sobre as consequências que a sua inclusão no conjunto dos meios de diagnóstico de que dispomos para estudar o cólon poderá implicar.

No que às indicações diz respeito, parece claro que, em indivíduos sintomáticos, em quem a probabilidade de encontrar patologia é mais elevada, a realização de colonoscopia com aparelho convencional, capaz de colher biopsias e de realizar actos terapêuticos, impõe-se. Assim sendo, é no âmbito do rastreio que a sua aplicação poderá ser encarada.

As consequências da sua utilização prendem-se, desde logo, com a circunstância de não ser necessário possuir treino em colonoscopia com aparelho flexível para realizar colonoscopia com cápsula, dado que é um procedimento independente do operador. As implicações deste facto incluem a possibilidade de execução da técnica por médicos não

gastroenterologistas ou por não médicos. Se tal conjuntura poderá contribuir para resolver o problema dos recursos humanos necessários para a realização do rastreio endoscópico, a sua execução por médicos não gastroenterologistas ou por não médicos poderá acarretar implicações indesejáveis em termos clínicos e/ou legais. A experiência na observação de imagens endoscópicas acumuladas pelos médicos gastroenterologistas, bem como a indispensável orientação dos pacientes para a colonoscopia convencional no caso de serem detectadas lesões, deverão, independentemente do executor da técnica, afirmar o papel indispensável do gastroenterologista no processamento diagnóstico e terapêutico dos pacientes após a realização de colonoscopia por cápsula. Outra consequência da dispensabilidade de treino em colonoscopia flexível para a sua realização envolve uma eventual orientação da aprendizagem da colonoscopia convencional apenas para os gestos terapêuticos. Tal facto, se bem que conferindo à colonoscopia com aparelho flexível um carácter mais intervencionista, tem como reverso da medalha poder vir a acarretar limitações na área da formação. Outro aspecto a considerar, fruto da elevada tolerância do doente à endoscopia por cápsula

Editorial

Colonoscopia por Cápsula



la, inclui eventuais repercussões no número de exames endoscópicos realizados sob sedação. Em Portugal, a prática da colonoscopia sob sedação, mesmo no âmbito do diagnóstico, tem

vindo a generalizar-se. A ausência de necessidade de sedação na endoscopia por cápsula poderá permitir desviar os médicos anestesiologistas para apoio a outras técnicas endoscópicas, designa-

damente para as mais consumidoras de tempo e/ou mais invasivas e, por essas razões, menos toleradas pelo doente.

Embora considerando o contributo que possa trazer, não

nos parece que o advento da colonoscopia por cápsula vá resolver, por si só, a questão da adesão ao rastreio do cancro colo-rectal. Desde logo porque a sua utilização está ainda numa fase inicial, sendo necessário, como para todos os métodos complementares de diagnóstico, que as suas indicações e contra-indicações sejam clarificadas. Por outro lado, o benefício indiscutível que esta nova técnica poderá trazer é contrabalançado, em nossa opinião, por duas limitações, eventualmente ultrapassáveis, mas que, para já, poderão condicionar a sua utilização generalizada. A primeira prende-se com as dificuldades na limpeza intestinal, que deverá ser irrepreensível para que o resultado dos exames possa ser credível, a segunda resulta do preço imputado à técnica, deveras elevado. Em conclusão, pensamos que a colonoscopia por cápsula deverá ser vista como mais uma opção numa área da endoscopia digestiva, a da colonoscopia, que se encontra em franco desenvolvimento, aguardando-se novas evoluções que possam contribuir, de forma decisiva, para um incremento da adesão ao rastreio do carcinoma color-rectal, concorrendo, deste modo, para uma redução sustentada da mortalidade e, sobretudo, da incidência desta neoplasia em Portugal.

SPED em acção

Monografias Clínicas

Novo Projecto Editorial para 2008



da Sociedade. Em vez de produzir e patrocinar títulos propostos por outras Editoras, como nos últimos tempos vinha ocorrendo cada vez mais frequentemente, a SPED tomará, em suas próprias mãos, a iniciativa e o controlo total das publicações que, sob a sua égide, verão a luz do dia.

A quem se dirigem? Qual o formato? Como vai ser atingido o público-alvo?

As *Monografias Clínicas* dirigem-se aos colegas da Medicina Geral e Familiar, terão o formato de um livro de bolso e um conteúdo essencialmente virado para a prática clínica diária, havendo, para cada número, um *sponsor* – da área da indústria farmacêutica, tecnológica ou alimentar – o qual promoverá

a sua distribuição pelos médicos generalistas, usando os canais que lhe são próprios.

Quais os temas já seleccionados para as primeiras edições? Quais os motivos que levaram a essa selecção?

Os temas já definitivamente escolhidos incluem “Prevenção e Tratamento das Lesões Digestivas por AINE” e “Doença do Refluxo Gastro-Esofágico”, havendo mais dois ou três títulos em fase final de selecção. A escolha dos temas resultou quer de uma encomenda directa do(s) *sponsor(s)* quer da auscultação das preferências manifestadas pelos colegas da Clínica Geral.

J. E. Pina Cabral

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) vai iniciar, em 2008, um novo projecto editorial periódico intitulado “Monografias Clínicas”. A iniciativa da Direcção da SPED corresponde a mais uma forma de concretizar a ligação entre a especialidade e os colegas de Medicina Geral e Familiar, proporcionando instrumentos de actualização e formação com um claro pendor clínico. José Manuel Romãozinho, Presidente da SPED, explicou ao *ENDOnews* em que consiste esta iniciativa.

ENDOnews – Porquê este novo projecto editorial?

José Manuel Romãozinho – A ideia primordial foi dotar a SPED de uma estrutura editorial própria, designada Publicações SPED, que juntasse aos títulos já anteriormente produzidos – *Recomendações* e *ENDOnews* – novos projectos na mesma área – tais como as *Monografias Clínicas* – de forma a aproveitar as sinergias existentes e a rentabilizar o prestígio científico-pedagógico



Avaliação da Imunidade Inata na Doença Hepática

Papel no Risco de Infecção

Está em curso, neste momento, no Hospital São João e no IPO do Porto o projecto intitulado “Avaliação da imunidade inata mediada pelo TLR-4 na doença hepática crónica de etiologia alcoólica” uma iniciativa conjunta do Serviço de Fisiologia da Faculdade de Medicina do Porto e do Serviço de Gastrenterologia do Hospital São João, tendo como investigador principal o Dr. Pedro Pimentel Nunes, interno de Gastrenterologia do IPO - Porto e Assistente da Cadeira de Fisiologia na FMUP.

O alcoolismo permanece a principal toxicodependência nos EUA e na Europa. Em Portugal, país com o oitavo maior con-

sumo de álcool *per capita*, esta dependência constitui um grave problema de Saúde Pública, com graves consequências económicas e sociais. O consumo crónico de álcool acompanha-se frequentemente de doença hepática, que muitas vezes evolui para cirrose, com um prognóstico sombrio. De facto, a doença hepática crónica de etiologia alcoólica (DHCEA) é responsável por 40% das mortes por cirrose e por mais de 30% dos hepatocarcinomas no Mundo Ocidental.

A DHCEA é considerada actualmente a forma de imunodeficiência adquirida mais comum. A incidência de infecções bacterianas nestes doentes está aumentada, constituindo uma

importante causa de morbilidade e mortalidade, em particular na cirrose de etiologia alcoólica onde são responsáveis por 1/3 das mortes. As complicações infecciosas mais frequentes são a peritonite bacteriana espontânea (PBE; 25%), infecção do tracto urinário (20%), pneumonia (15%) e bacteremia (12%). Apesar do impacto da infecção no prognóstico da DHCEA estar largamente estabelecido, os mecanismos moleculares que estão na base da imunodeficiência desta doença permanecem largamente desconhecidos.

Quer a cirrose hepática quer o álcool promovem o aumento da permeabilidade da barreira epitelial do intestino, favorecendo a translocação bacteriana e consequente aumento dos níveis séricos de LPS – endotoxemia. Os *Toll-like receptors 4* (TLR4), são os receptores membranares responsáveis pelo reconhecimento específico do LPS, activando a produção de mediadores imunológicos (e.g. citocinas) e a transcrição de genes antimicrobianos. A sinalização mediada por estes receptores está dependente da interacção destes com a proteína transportadora do LPS (LPS binding protein – LBP), uma glicoproteína sintetizada predominantemente pelos hepatócitos e libertada no plasma, e dos co-receptor CD14 e MD-2. À medida que a DHCEA progride, os níveis séricos de sCD14, citocinas inflamatórias e LBP vão aumentando, provavelmente como consequên-

cia de uma maior endotoxemia. Apesar de na DHCEA estarem descritas algumas alterações no que se refere a esta via de resposta ao LPS, ainda não foi estabelecido em que medida é que essas alterações contribuem para o maior risco de infecção nos doentes com patologia hepática nem se terão interesse prognóstico. De forma a clarificar essa questão e os mecanismos moleculares que presidem ao risco de infecção na DHCEA, este trabalho irá avaliar o papel da endotoxemia no estado pró-inflamatório desta doença, através da avaliação da imunidade inata mediada pelo TLR4. Paralelamente, irão avaliar prospectivamente a incidência de complicações infecciosas em doentes com DHCEA, correlacionando-as com a activação pró-inflamatória basal.

Para este efeito estão a ser seleccionados cerca de 45 doentes (15 por estágio de doença segundo a classificação de Child Pugh) seguidos na consulta externa do Hospital São João, e 15-20 dadores de sangue do Serviço de Imuno-Hemoterapia do IPO-Porto. O material a analisar será cerca de 15 mL de sangue e nos doentes com ascite grande volume também cerca de 10 mL do líquido ascítico. As citocinas pró-inflamatórias (TNF- α e IL6) e anti-inflamatórias (IL-10), assim como o co-receptor do TLR4 (CD14) e a *LPS-binding Protein* (LBP) serão quantificados no soro e líquido ascítico. Os níveis de expressão génica do mCD14,



O Canto do Investigador

Crónica de Etiologia Alcoólica:

TLR4 e TLR2 nos monócitos do sangue periférico serão avaliados por *real-time* RT-PCR, em condições basais e após estimulação com LPS. A avaliação prospectiva das intercorrências infecciosas será efectuada aos 6 e aos 12 meses por entrevista telefónica e consulta do processo clínico.

Bibliografia

- Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition – ISBN-92-64-012621; OECD 2005
- Robert L. Carithers and Craig McClain. Alcoholic Liver Disease. In: Feldman L, Friedman L, Brandt J, editors. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, ed.8, 2006. 81: 1771-1792.
- Kim WR, Brown RS Jr, Terrault NA, et al. Burden of Liver Disease in the United States: Summary of a workshop. *Hepatology* 36:227, 2002
- Christou L, Pappas G, Falagas ME. Bacterial Infection-Related Morbidity and Mortality in Cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 102:1-8, 2007
- Garcia-Tsao G. Bacterial infections in cirrhosis: treatment and prophylaxis. *J Hepatol* 42:585-592, 2005
- Linderth G, Jepsen P, Schneyder HC, et al. Short-term prognosis of community-acquired bacteremia in patients with liver cirrhosis or alcoholism: A population-based cohort study. *Alcohol Clin Exp Res* 30:636-641, 2006
- Fiuza C, Salcedo M, Clemente G, et al. In vivo neutrophil dysfunction in cirrhotic patients with advanced liver disease. *J Infect Dis* 182:526-533, 2000
- Ono Y, Watanabe T, Matsumoto K, et al. Opsonophagocytic dysfunction in patients with liver cirrhosis and low responses to tumor necrosis factor-alpha and lipopolysaccharide in patients' blood. *J Infect Chemother* 2004;10:200-207
- Wang SS, Lee FY, Chan CC, et al. Sequential changes in plasma cytokine and endotoxin levels in cirrhotic patients with bacterial infection. *Clin Sci (Lond)* 2000; 98:419-425
- Byl B, Roucloux I, Crusiaux A, et al. Tumor necrosis factor alpha and interleukin 6 plasma levels in infected cirrhotic patients. *Gastroenterology* 1993; 104:1492-1497
- Onishi S, Saibara T, Maeda T, et al. Serum inhibition of complement derived leucocyte chemotaxis and levels of immunoglobulin A subclass in alcoholic liver disease. *Gastroenterol Jpn* 1989; 24:284-289
- Fearon DT. Seeking wisdom in innate immunity. *Nature* 1997; 388:323-324
- Wiest R, Garcia-Tsao G. Bacterial translocation in cirrhosis. *Hepatology* 2005; 41:422-443.
- Muta T. and Takeshige K. Essential roles of CD14 and Lipopolysaccharide-binding protein for activation of toll-like receptor (TLR)2 as well as TLR4. *Eur J Biochem* 2001; 268:4580-4589
- Wright SD. CD14 and innate recognition of bacteria. *J Immunol* 1995; 155:6-8
- Su G, Goyert S, Fan MH, et al. Activation of human and mouse Kupffer cells by lipopolysaccharide is mediated by CD14. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2002; 283:640-645
- Kitchens RL, Thompson PA, Viriyakosol S, et al. Plasma CD14 decreases monocyte responses to LPS by transferring cell-bound LPS to plasma lipoprotein. *J Clin Invest* 2001; 108:484-493
- Parlesak A, Schafer C, Schutz T, et al. Increased intestinal permeability to macromolecules and endotoxemia in patients with chronic alcohol abuse in different stages of alcohol-induced liver disease. *J Hepatol* 2000; 32:742-747
- Fukui H, Brauner B, Bode JC, et al. Plasma endotoxin concentrations in patients with alcoholic and non-alcoholic disease; reevaluation with an improved chromogenic assay. *J Hepatol* 1991; 12: 162-169
- Frank J, Witte K, Schrodle W, et al. Chronic alcoholism causes deleterious conditioning of innate immunity. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 39: 386-392
- Oesterreicher C, Pfeffel F, Petermann D, et al. Increased in vitro production and serum levels of the soluble lipopolysaccharide receptor sCD14 in liver disease. *J Hepatol* 1995; 23: 396-402
- McClain CJ, Zhenyuan S, Shirish SB, et al. Recent advances in alcoholic liver disease. Dysregulated cytokine metabolism in alcoholic liver disease. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2004; 287:497-502
- Urbaschek R, McCuskey RS, Rudi V, et al. Endotoxin, endotoxin-neutralizing-capacity, sCD14, sICAM-1, and cytokines in patients with various degrees of alcoholic liver disease. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25: 261-268



Dispepsia Funcional: Etimologia, Fisiologia

A dispepsia funcional é como a religião: cultiva-a quem tem fé e nega-a quem a não tem ou simplesmente, como S. Tomé, quem quer ver para crer. Ora acontece que, segundo estes, há muito pouco que ver. Entretanto, ela vai tendo a sua bíblia, os seus mandamentos e os seus seguidores.

Vejamos em primeiro lugar o seu significado etimológico.

Dispepsia vem do grego δυσπέψια, que se compõe dos seguintes elementos: δυσ+πεψ+ια.

Δυσ deu em Português “dis” (visto que, na nossa língua, que não tem o u tremado, o u grego não pode por isso dar o som “iu” e transcreve-se por i). É um prefixo que tem o sentido de mal, alteração anormal, o contrário de bem. Em medicina indica situação anormal no estado ou na função de órgão, mecanismo ou processo, e sugere doença ou sofrimento.

Πεψ, significa amolecimento, amadurecimento, ou modificação pelo calor ou pelo fogo.

A raiz é πεπ, e encontra-se no verbo antigo πέσσω, no ático πέττω, que mais tarde deu πέπτω e por fim πέψω, que tem os sentidos originais já referidos: tornar mole, maduro, ou de alguma forma mudar pelo calor; e cozer ou cozinhar pelo fogo.

A extensão do termo à acção do estômago sobre os alimentos ingeridos deve ter resultado da constatação de que também no estômago havia fogo, o qual cozeria os alimentos ingeridos. Sinal disso era a sensação de queimadura ou fogo (pirose) que do estômago subia por vezes ao esófago e mesmo à boca durante o “cozimento” gástrico dos alimentos. ια, é o já conhecido sufixo de substantivo.

Dispepsia em Medicina significa, pois, alteração (para mal) do processo de cozimento (digestão) dos alimentos ingeridos, envolvendo eventualmente sofrimento associado, quer induzido pelo próprio alimento, quer devido a causa pré-existente depois sensibilizada por esse alimento.

As implicações deste conceito são as seguintes:

1. Esta condição de mau processamento (digestão) dos alimentos ingeridos é percebida pelo indivíduo em que ela ocorre;
2. A mesma condição, como a sua percepção, ocorre na sequência da ingestão dos alimentos; isto é, situa-se temporalmente no período posprandial, e tem a duração aproximada da própria permanência dos alimentos no estômago;
3. A percepção da alteração traduz-se em sensações desagradáveis, que vão do desconforto à dor, e por vezes à náusea e mesmo ao vômito;
4. A localização referida para a origem daquelas sensações é o estômago, de modo que quem as experimenta as localiza na parte superior mediana do abdómen;
5. Embora a transformação (etimologicamente falando) diga respeito directamente ao alimento, a origem primária das sensações anormais e do sofrimento pode estar em alterações de vária ordem que sensibilizam o estômago ou órgãos afins para a produção de sensações anormais despertadas pela ingestão de alimentos.

Como bem se entende, a dispepsia pode resultar de múltiplas causas e fazer parte do quadro de doenças diversas (inflamatórias, ulcerosas, neoplásicas, etc.). Sem outra caracterização, dispepsia não passa, pois, de sintoma de várias doenças.

Entretanto, a verificação de que frequentemente a dispepsia não tem qualquer componente orgânico aparente associado fez que, nesses casos, se juntasse àquele vocábulo (substantivo) o adjectivo determinativo “funcional”. Com este rótulo, pretendeu-se circunscrever o sintoma ao mau desempenho da função gástrica que mais escapa aos métodos rigorosos de avaliação clínica e laboratorial. Essa função, não mencionada no termo, é a da motilidade ou, mais exactamente, a função neuromuscular, e envolve o tônus ou movimento do músculo liso, e a actividade sensorial ou motora da enervação desde as



terminações nervosas (neurovegetativas) periféricas aos centros superiores encefálicos.

Foram-se propondo, entretanto, os aspectos fisiológicos envolvidos nesta dispepsia funcional susceptíveis de ser estudados e registados com métodos científicos. Os mais citados são, por um lado, os defeitos no relaxamento receptivo do fundo gástrico, e, por outro lado, a alteração da actividade contráctil do corpo e antro-gástricos enquanto promotora do esvaziamento do estômago.

O músculo liso do fundo gástrico é do tipo tónico (isto é, a membrana da célula muscular lisa está electricamente despolarizada mesmo em repouso), e tem, por isso, tônus constante, embora de intensidade variável. É por isso que, tendo pequeno volume quando vazio, o músculo liso do fundo é capaz de relaxar no início de cada deglutição, preparando-se assim para receber o alimento que lhe vai chegar do esófago (reflexo de relaxamento receptivo) e ter, depois da refeição terminada, um volume várias vezes superior

Consultório de Palavras por Fausto Pontes

e Clínica



ao inicial sem que a pressão no seu lúmen tenha subido perceptivelmente; depois, adapta o seu tónus às variações de volume do conteúdo (reflexo da adaptação) conforme este varie, quer aumentando com o gás produzido ou deglutido durante a digestão, quer diminuindo na medida do esvaziamento gástrico. A alteração deste mecanismo pode dar lugar a enftamento posprandial, dor epigástrica, eructações ruidosas repetitivas, náusea, e mesmo vômito.

A actividade motora antro-pilórica consiste nas ondas peristálticas, com a frequência característica de três por minuto, que começam no *pace-maker* situado no corpo do estômago e progridem com amplitude progressivamente maior à medida que se aproximam do piloro. Cada uma destas ondas (tal como o potencial de acção das células musculares lisas respectivas) tem dois componentes que progridem colados um ao outro e são responsáveis pela propulsão, pelo esvaziamento gástrico controlado e pela trituração dos

fragmentos sólidos ou pastosos cujo tamanho excede o calibre do lúmen pilórico. As alterações desta actividade podem originar esvaziamento gástrico lento ou estase, com anorexia, saciedade precoce, enftamento precoce; ou, pelo contrário, esvaziamento rápido com sintomas inversos dos da estase. O registo gráfico destes fenómenos de motilidade não são fáceis de realizar nem susceptíveis de grande rigor e poder diagnóstico, embora suscitem muito interesse na investigação científica. Deste modo, o diagnóstico da dispepsia funcional, tal como o da síndrome do intestino irritável, é puramente clínico. O “Working Party” dirigido pelo Professor David Wingate, no seu relatório “Disorders of gastrointestinal motility: Towards a new classification” (preparado para a OMGE) considera que estas entidades são tão vagas e imprecisas que não indicam senão “cohorts” ou grupos de doentes que se queixam de sintomas referidos, respectivamente, ao abdómen superior e inferior,

e que não parecem atribuíveis a doença orgânica. Quer dizer, estas entidades foram remetidas para a categoria de pobres almas penadas, à espera de quem lhes descubra um corpo próprio e lhes dê vida.

Resistem a este desígnio as palavras que aqui tratámos, bem como outras com as mesmas raízes, como as seguintes.

Eupepsia, que vem do grego *ευπέψια*. Trata-se de uma palavra composta de *eu* (que significa bem, bom estado, normal) + *πέψ* (que significa, como se disse acima, cozimento, digestão) + *ια* (o sufixo de substantivo).

Dispéptico, que vem de *δυσπεπτικός*: *δυσ* (dis, alteração anormal) + *πέψ* (cozimento, digestão) + *ικός* (ico, sufixo de adjectivo). Significa que promove alteração anormal da digestão, ou que sofre de dispepsia.

Eupéptico: que vem de *ευπεπτικός*: *eu* (bem, bom, normal) + *πέψ* (cozimento, digestão) + *ικός* (ico, sufixo de adjectivo). Significa que promove a digestão normal; ou que é facilmente digerido.

Instantâneo Endoscópico

Cancro Gástrico em Doente Exposta a Radiação Após o Acidente Nuclear de Chernobyl

Mangualde J¹, Vieira AM¹, Quintana C², Pinto A3, Cremers MI¹, Oliveira AP¹

1 – Serviço de Gastrenterologia do Hospital São Bernardo, EPE – Setúbal; 2 – Serviço de Anatomia Patológica do Hospital São Bernardo, EPE – Setúbal; 3 – Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Bernardo, EPE – Setúbal

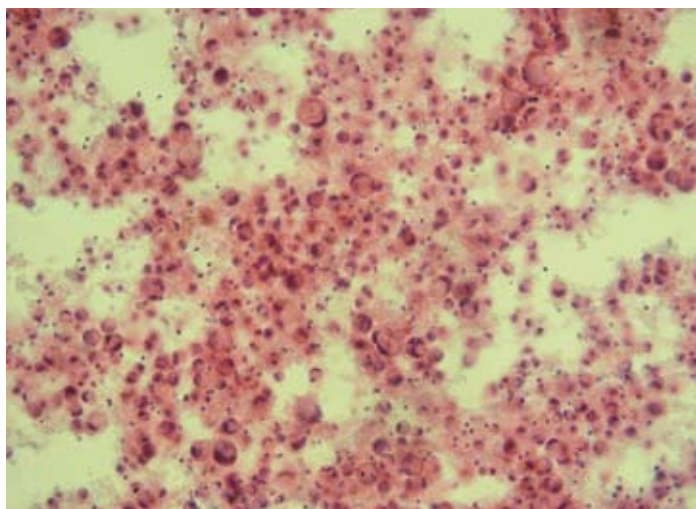


Figura 1 – Líquido ascítico

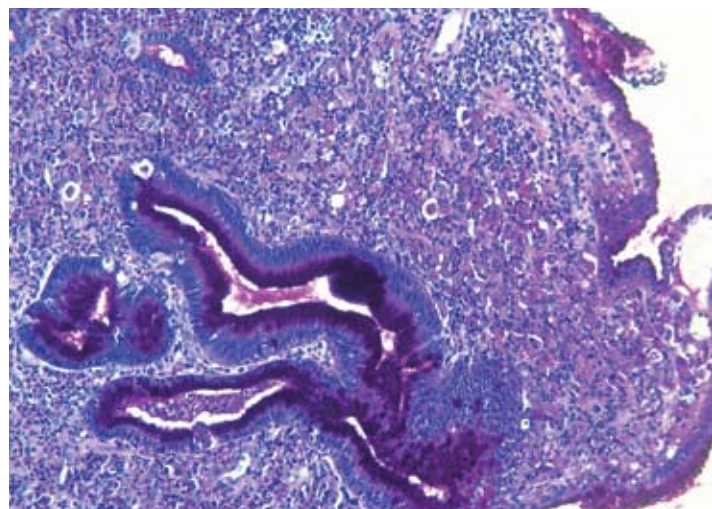


Figura 2 – Biopsias gástricas

Caso clínico

Doente do sexo feminino, com 22 anos de idade, natural e residente na Ucrânia até 2003, na proximidade da central nuclear de Chernobyl, internada por quadro de enfartamento pós-prandial, náuseas, dor abdominal generalizada tipo moinha, distensão abdominal, anorexia e emagrecimento de cerca de 10 Kg, com três meses de evolução. Nos antecedentes pessoais há a referir que a doente tinha dois anos de idade quando ocorreu o acidente na central nuclear.

No exame objectivo, o abdómen encontrava-se distendido, com timpanismo central, maciez periférica à percussão e sinal de onda líquida positivo, difusamente doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas ou organomegalias palpáveis.

A ecografia abdominopélvica confirmou a presença de ascite volumosa, sem outras alterações evidentes.

Realizou paracentese, com saída de líquido turvo, com elevada celularidade (2.200 leucócitos/ μ L, com 70% neutrófilos), gradiente

sero-ascítico de albumina inferior a 1,1, LDH aumentada (1.468 UI/dL) e glicose baixa (6 mg/dL). O exame anatomo-patológico do líquido identificou células com núcleo em anel de sinete (figura 1).

A endoscopia digestiva alta evidenciou, a nível do corpo do estômago, ulcerações lineares e pregas aumentadas, com sensação de dureza ao toque (figura 3). As biopsias realizadas confirmaram a presença de infiltração da mucosa gástrica por carcinoma com células em anel de sinete (figura 2).

Na tomografia computadorizada abdominal, subsequentemente realizada para estadiamento, foi evidente um espessamento da parede gástrica, depósitos secundários peritoneais e lesões nodulares em ambos os ovários, compatíveis com metástases de Krukenberg.

Fez quimioterapia com intenção neoadjuvante, com citorredução da massa tumoral. No entanto, na laparotomia, verificou-se a persistência de múltiplos implantes peritoneais, pelo que se realizou apenas ooforessalpingectomia bilateral e biopsias dos implantes peritoneais. A doente veio a falecer dois meses mais tarde.

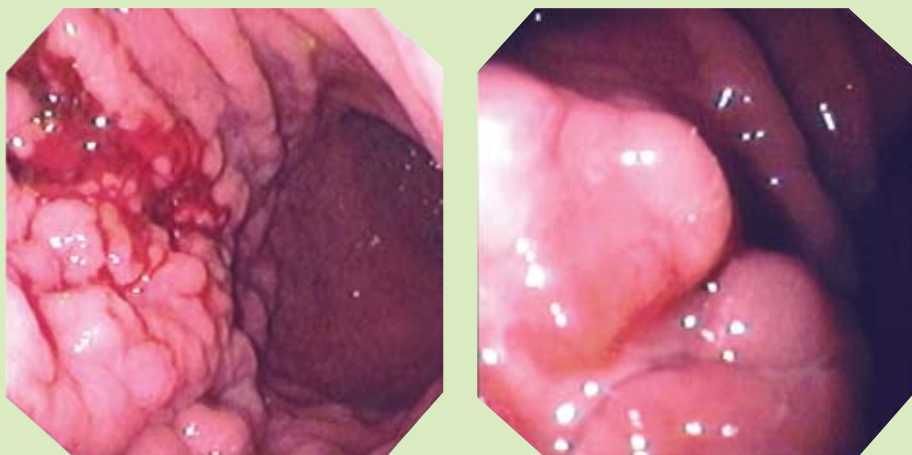


Figura 3 – Endoscopia digestiva alta

Tema de Revisão

Doença Diverticular do Cólon

Introdução

A doença diverticular do cólon é uma patologia muito frequente nos países desenvolvidos, que atinge sobretudo os grupos etários mais avançados da população. Os divertículos podem estar presentes em qualquer segmento do cólon, mas são mais frequentes na sigmoideia. A maioria dos doentes (cerca de 80%), permanecem assintomáticos durante toda a vida. Nos que desenvolvem sintomas, o espectro clínico varia entre queixas ligeiras e intermitentes de dor abdominal e complicações graves, como sejam a diverticulite ou a hemorragia diverticular. Apesar da taxa de complicações ser baixa, face à sua elevada prevalência, o impacto que a doença diverticular do cólon tem a nível da Europa é enorme. Estima-se que existam cerca de 102 milhões de pessoas com divertículos do cólon na Europa comunitária e que estes sejam directamente responsáveis por cerca de 785.000 internamentos e 23.605 mortes por ano.

Epidemiologia

A prevalência e incidência exactas da doença diverticular do cólon são difíceis de determinar, uma vez que a maioria dos doentes são assintomáticos. Com base nos estudos mais recentes, que mostram taxas de prevalência entre os 12 e os 49% pensa-se que o número de doentes com esta patologia está a aumentar. A incidência aumenta com a idade. Nos indivíduos com menos de 40 anos, é de cerca de 5%; naqueles com mais de 80 anos, atinge

valores de 50 a 66%. A incidência é igual em ambos os sexos, embora pareça existir um risco aumentado de hemorragia diverticular nos homens e de estenose e obstrução pós-diverticulite



nas mulheres.

É uma doença dos países desenvolvidos. É muito rara nas zonas rurais da Ásia e de África e atinge maior prevalência nos Estados Unidos da América, na Europa e na Austrália. Na Europa, tem uma distribuição homogênea, sem gradiente geográfico. Dentro dos próprios países, é mais frequente nas zonas mais industrializadas e tem tendência a aumentar à medida que o país de desenvolve. Isto deve-se, pelo menos em parte, a alterações da dieta, nomeadamente aumento do consumo de carne e redução da ingestão de fibras.

Anatomopatologia

Os divertículos do cólon resultam da herniação das camadas mucosa e submucosa através da

camada muscular. Uma vez que não existe uma herniação de todas as camadas do cólon, não são verdadeiros divertículos, mas sim pseudodivertículos. A herniação ocorre na zona onde os vasa rec-



ta penetram na camada muscular circular para nutrir a mucosa e submucosa, porque este é um local de menor resistência da camada muscular.

Têm quase sempre 0,5 a 2 cm de diâmetro e o seu número pode variar de um a várias centenas. Na Europa, localizam-se preferencialmente no cólon esquerdo. Em cerca de 90% dos doentes europeus há envolvimento da sigmoideia; apenas 15% têm divertículos do cólon direito. À medida que um indivíduo vai envelhecendo, o número de divertículos tem tendência a aumentar, mas a extensão da doença permanece constante.

Etiologia e Patogénese

São três os mecanismos que estão na origem dos divertículos

do cólon: diminuição da resistência da parede, hipermotilidade do cólon e redução da ingestão de fibras. Nos doentes com divertículos há uma diminuição da resistência da parede do có-

lon, que resulta de um aumento dos depósitos de elastina e de colagénio tipo III nas células da camada muscular. A par desta diminuição da resistência, existe um aumento da pressão intraluminal. Este aumento resulta de uma alteração da motilidade, que conduz a uma segmentação do cólon em pequenas câmaras fechadas, com pressões muito elevadas, e de uma redução da ingestão de fibras, que leva à aceleração do trânsito cólico e à redução do volume fecal.

Clínica

A maioria dos doentes com divertículos permanecem assintomáticos durante toda a vida ou têm queixas ligeiras de dor abdominal crónica e intermitente. Cerca de 15 a 20% têm complicações gra-

ves, como sejam a diverticulite ou a hemorragia diverticular. No primeiro grupo, a doença designa-se por diverticulose não complicada e no segundo, por diverticulose complicada.

Diverticulose não complicada

Diverticulose assintomática

A diverticulose assintomática é quase sempre um achado na sequência de um exame de estudo do cólon. A maioria destes doentes vai permanecer assintomática, pelo que não é necessário qualquer seguimento ou tratamento. No entanto, a adopção de uma dieta rica em fibras insolúveis, presentes nas frutas e vegetais, mas não nos cereais, pode prevenir o aparecimento de sintomas, pelo que deve ser recomendada.

Diverticulose sintomática

Em alguns doentes, os divertículos podem causar dor abdominal crónica, intermitente. A dor causada pela doença diverticular do cólon localiza-se tipicamente na fossa ilíaca esquerda, é exacerbada pelos alimentos e alivia com a defecação. Por vezes, o quadro clínico acompanha-se de queixas de distensão abdominal e obstipação ou diarreia ligeiras. O exame objectivo é quase sempre normal, embora possa existir dor ligeira à palpação profunda da fossa ilíaca esquerda. Os exames laboratoriais não apresentam alterações. Face à elevada prevalência da doença diverticular do cólon, antes de se atribuírem as queixas aos divertículos, é preciso excluir outras causas de dor abdominal. Tal como na diverticulose assintomática, a base do tratamento é a adopção de uma dieta rica em fibras vegetais (10-25 g/dia, divididos pelas principais refeições). Este tipo de dieta leva à redução das queixas de alguns doentes, mas só passados dois ou três me-

ses. O aumento da quantidade de fibras na dieta deve ser gradual, porque inicialmente pode ocorrer um agravamento do quadro, com queixas de diarreia, distensão abdominal e flatulência. Apesar da terapêutica com antiespasmódicos ter como fundamento lógico a hipermotilidade do cólon que estes doentes apresentam, não está provado que seja eficaz.

A utilização de analgésicos narcóticos ou de antibióticos não é recomendada.

Diverticulose complicada

A complicação mais frequente da diverticulose é a diverticulite. Ocorre em cerca de 10 a 25 % dos doentes e consiste numa inflamação, acompanhada de perfuração de um divertículo. Quando o processo inflamatório fica contido e consiste apenas num pequeno fleimão, falamos em diverticulite não complicada. Quando existe um abscesso, peritonite fecal, fistula ou obstrução, a diverticulite designa-se por complicada. A outra grande complicação dos divertículos é a hemorragia diverticular, que atinge 5 a 15% dos doentes com divertículos.

Diverticulite

A diverticulite consiste num processo inflamatório de um divertículo, que secundariamente perfura. Resulta da acção traumática de um fecalito sobre a mucosa do divertículo. Este causa inflamação, sobreinfecção bacteriana, isquémia e, por último, perfuração. A dimensão e a localização da perfuração vai determinar a gravidade do quadro clínico. Hinchey descreveu uma classificação, baseada na extensão do processo inflamatório, que ainda hoje é utilizada, pois tem uma boa correlação com a gravidade clínica. Quando a perfuração é muito pequena, a infecção fica localizada,

Tabela 1
Classificação de Hinchey para a diverticulite aguda

ESTÁDIO	DEFINIÇÃO
I	Fleimão ou abscesso pericólico
II	Abscesso distante (retroperitoneal ou pélvico)
III	Peritonite generalizada purulenta
IV	Peritonite generalizada fecal

formando-se um pequeno fleimão ou um microabscesso pericólico (estádio I de Hinchey) (Tabela 1). Perfurações maiores dão origem a abscessos mais extensos, que atingem o espaço retroperitoneal ou a cavidade pélvica (estádio II de Hinchey) e que podem evoluir com fibrose da área afectada ou fistulizar para os órgãos adjacentes. Quando o processo inflamatório não fica contido, dá origem a uma peritonite generalizada. Esta pode ser purulenta, por disseminação por contiguidade do processo infeccioso (estádio III de Hinchey), ou fecal, se a perfuração se faz em cavidade livre, com comunicação directa entre o divertículo e o peritoneu (estádio IV de Hinchey).

Quadro clínico

Na Europa, a diverticulite é mais frequente no cólon sigmoideu, pelo que o quadro clínico é dominado por dor na fossa ilíaca esquerda. Por vezes acompanha-se de alteração dos hábitos intestinais, no sentido da diarreia ou da obstipação, náuseas, vómitos, anorexia e queixas urinárias de disúria ou polaquiúria, por irritação da bexiga. Tipicamente, o doente encontra-se febril, com ruídos hidroaéreos abdominais diminuídos e dor à palpação profunda e à descompressão da fossa ilíaca esquerda. Em alguns casos, palpa-se uma massa cilíndrica e dolorosa na mesma localização. Na presença

de um abscesso pélvico, o toque rectal é doloroso e identifica-se uma massa a comprimir a ampola rectal. Se o doente apresentar uma peritonite generalizada, a dor abdominal é difusa, podendo existir mesmo defesa abdominal. O único dado laboratorial relevante é a leucocitose, mas que nem sempre está presente na diverticulite não complicada, sobretudo nos doentes idosos.

Diagnóstico

Quando o quadro clínico é típico e o exame objectivo é compatível com o diagnóstico de diverticulite aguda, deve-se realizar apenas uma avaliação analítica sumária e instituir terapêutica empírica. A realização de estudos complementares deve ser reservada para os doentes em que o diagnóstico é duvidoso, que respondem mal à terapêutica empírica ou naqueles em que se suspeita de uma complicação. O método de eleição para estabelecer o diagnóstico e determinar as complicações da diverticulite aguda é a tomografia computadorizada, porque, ao contrário do clister opaco, permite avaliar a parte mural e a parte extraluminal da doença. A ecografia abdominal, apesar de em alguns estudos apresentar sensibilidade e especificidade iguais às da tomografia computadorizada, é muito dependente do operador, pelo que permanece como um exame de segunda linha. A radiografia do tórax com vi-

sualização das hemícupulas e a radiografia simples do abdómen, realizadas em ortostatismo, têm alterações em cerca de metade dos doentes, nomeadamente naqueles com complicações. Podem mostrar dilatação do cólon, pneumoperitонеu ou uma zona com densidade de partes moles sugestiva da presença de um abscesso. A endoscopia digestiva baixa deve ser evitada, porque o risco de perfuração é muito elevado. Só deve ser realizada quando o diagnóstico permanece duvidoso, apesar dos resultados dos outros exames complementares de diagnóstico. Nestes casos, pode ser tentada uma rectossigmoidoscopia flexível, mas com insuflação mínima.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial faz-se com a apendicite aguda (sobretudo nos doentes com diverticulite do cólon direito ou com uma sigmoideia redundante), a colite infecciosa, a colite isquémica (situação muito frequente nos idosos), a doença inflamatória intestinal, o cancro colo-rectal e patologias ginecológicas, como sejam a gravidez ectópica, a doença inflamatória pélvica, a torção do ovário ou a ruptura de quisto do ovário.

Tratamento

Os doentes com queixas ligeiras, que toleram dieta oral, sem sinais de irritação peritoneal, sem patologia associada importante e que têm bom apoio social, podem ser seguidos em ambulatório. Todos os outros têm de ser internados. Nos doentes em ambulatório, o tratamento consiste em dieta líquida e antibióticos. Os organismos mais frequentemente isolados nestes doentes são a *Escherichia coli*, o *Streptococcus spp* e o *Bacterioides fragilis*, pelo que o esquema antibiótico tem de ter cobertura para gram po-

sitivos, gram negativos e anaeróbios. Os antibióticos indicados são a associação de amoxicilina com ácido clavulânico ou de uma fluoroquinolona com metronidazole. Deve ocorrer uma melhoria clínica ao fim de 48 a 72 horas; caso contrário, o doente deve ser internado. A duração do tratamento antibiótico deve ser de sete a 10 dias.

Aos doentes internados deve ser instituída dieta líquida ou, caso não a tolerem ou o quadro clínico seja mais grave, dieta zero. Deve ser igualmente reposta a volémia com fluidos endovenosos cristalóides e instituída antibióterapia endovenosa. Os antibióticos recomendados são a associação de metronidazole ou clindamicina com um aminoglicosido, um β -lactâmico ou uma cefalosporina de terceira geração ou, em alternativa, a associação piperacilina/tazobactam. Normalmente assiste-se a uma melhoria clínica ao fim de 48 a 72 horas. Os antibióticos devem ser mantidos, se possível, por via oral, durante sete a 10 dias. Nos doentes que não melhoram com a terapêutica médica, deve-se alargar a cobertura antibiótica, por forma a cobrir outros organismos, como os *Enterococcus*, procurar a presença de complicações e investigar outros diagnósticos. Felizmente, os doentes que não respondem à terapêutica médica são uma minoria (15 a 30%).

Nos doentes que respondem à terapêutica médica, cerca de um terço a um quarto recidivam. Estudos recentes com mesalamina podem mudar este cenário, já que parecem indicar que este fármaco causa uma redução significativa da taxa de recidiva. As recidivas são mais frequentes no primeiro ano, são mais graves que o episódio inicial e respondem pior à terapêutica médica. Assim, está re-

comendada a ressecção cirúrgica aos doentes com dois ou mais episódios de diverticulite aguda. Existem duas excepções a esta regra. Nos doentes com menos de 40 anos e nos doentes imunocomprometidos, os episódios de diverticulite são mais graves e as taxas de complicações e de recidiva são mais elevadas, pelo que está recomendada a ressecção segmentar electiva logo após o episódio inaugural (Tabela 2).

Complicações

As complicações da diverticulite são o abscesso, a peritonite generalizada, a fistulização para os órgãos adjacentes e a obstrução do cólon.

Abscesso

Como já foi descrito, quando as estruturas pericólicas não conseguem conter o processo inflamatório, surge um abscesso, que pode ser pericólico (estádio I de Hinchey) ou estender-se ao espaço retroperitoneal e à cavidade pélvica (estádio II de Hinchey). Clinicamente, deve suspeitar-se da presença de um abscesso, se o doente apresentar uma massa no exame objectivo ou febre e leucocitose persistentes, apesar da terapêutica instituída.

O método de eleição para o diagnóstico é a tomografia computadorizada.

Os microabscessos pericólicos podem ser tratados de forma conservadora, com dieta zero e antibióticos de largo espectro. Os abscessos de maiores dimensões, devem ser drenados sempre que possível por

via percutânea, sob controlo por tomografia computadorizada. Isto permite que a resolução cirúrgica definitiva seja diferida em cerca de três a quatro semanas, por forma a que a ressecção seja feita num único tempo operatório. Cerca de um quarto dos doentes tem abscessos múltiplos, inacessíveis por via percutânea ou que não resolvem apesar da drenagem. Estes, têm de ser operados com carácter de urgência. Sempre que possível, deve ser feita uma preparação do cólon, por forma a permitir a sua ressecção e a anastomose dos topos num único procedimento. Se tal não for possível, numa primeira fase, faz-se uma colostomia do coto proximal e encerramento do coto distal e, num segundo tempo, restabelece-se a continuidade intestinal (operação de Hartmann).

Peritonite generalizada

A peritonite generalizada é a complicação mais grave da diverticulite, com uma taxa de mortalidade de 12 a 26%. Resulta da extensão, por contiguidade, do processo infeccioso para o pe-

Tabela 2
Indicações para cirurgia na diverticulite aguda

INDICAÇÃO

Ausência de melhoria com a terapêutica médica
Obstrução persistente
Peritonite difusa
Fístula
Estenose sintomática
Doença recorrente
Idade < 40 anos
Doente imunocomprometido
Impossibilidade de excluir cancro colo-rectal

ritoneu (estádio III de Hinchey) ou de uma comunicação directa entre o divertículo perfurado e o peritoneu (estádio IV de Hinchey). Classicamente, o doente apresenta dor abdominal generalizada, com sinais de reacção peritoneal (dor à descompressão, contractura ou defesa abdominal). O diagnóstico faz-se por radiografia convencional, que mostra pneumoperitoneu, ou por tomografia computadorizada. É uma emergência cirúrgica e, na maioria dos doentes, opta-se pela realização de um procedimento de Hartmann com ressecção do segmento doente.

Fístula

Em cerca de 5% dos doentes, o processo inflamatório atinge órgãos vizinhos, dando origem a fístulas. As mais frequentes são as colovesicais (75%), seguidas das colovaginais (25%). Manifestam-se pela emissão de gases e fezes, pela uretra ou vagina, respectivamente, e acompanham-se frequentemente de infecções urinárias ou vaginais. O tratamento é cirúrgico, consistindo na ressecção do segmento cólico doente e na reparação do órgão contíguo. As fístulas externas colocutâneas espontâneas são raras, surgindo quase sempre após uma cirurgia.

Obstrução

A obstrução pode surgir na fase aguda ou crónica da doença diverticular. Na fase aguda, pode resultar da compressão do cólon pelo processo inflamatório, seja ele um fleimão ou um abscesso, ou pode ser uma pseudo-obstrução. Quase sempre se resolve com a terapêutica médica.

Em alguns doentes, episódios repetidos de diverticulite aguda, por vezes subclínicos, causam obstrução crónica do cólon por fibrose da parede do órgão. O melhor

método para caracterizar a obstrução é o clister opaco mas, por vezes, pode ser necessário realizar uma colonoscopia, para excluir a existência de uma neoplasia. A terapêutica de primeira linha é a dilatação endoscópica com balão hidrostático, que tem uma taxa de sucesso de cerca de 75%. Nos doentes que não respondem, é necessário ressecar o segmento do cólon que está estenosado.

Hemorragia diverticular

A hemorragia diverticular é a principal causa de hemorragia digestiva baixa. Resulta da ruptura dos *vasa recta* a nível do fundo do divertículo. Apesar da maioria dos divertículos se localizarem na sigmoideia, mais de metade das hemorragias diverticulares têm origem em divertículos do cólon direito. Os doentes com divertículos que tomam anti-inflamatórios não esteróides (AINE) têm um risco aumentado de hemorragia. Por este motivo, a toma de AINE deve ser suspensa nos doentes com antecedentes de hemorragia diverticular.

Quadro clínico

A hemorragia diverticular é tipicamente uma hemorragia indolor e de grande volume, porque tem origem arterial. Clinicamente, manifesta-se por hematoquésias de sangue vivo ou de sangue escuro, com coágulos. Não causa hemorragia oculta, pelo que a presença de anemia ferropénica ou de sangue oculto nas fezes não deve ser atribuída a divertículos. Na maioria dos casos (70 a 90%), a hemorragia pára espontanea-

mente, mas cerca de um quarto a um terço dos doentes recidivam; após uma primeira recidiva, o risco sobe para 50%.

Diagnóstico e Tratamento

Nos doentes com hematoquésias e instabilidade hemodinâmica, o primeiro passo é repor a volémia. Depois, é necessário excluir que a origem da hemorragia se localize acima do ângulo de Treitz, através da realização de entubação nasogástrica e endoscopia digestiva alta. Após estes procedimentos, se o doente permanecer

cação do local da hemorragia, por forma a permitir uma ressecção cirúrgica segmentar. Nos doentes com hemorragia activa, em que a colonoscopia não consegue identificar o local da hemorragia, pode ser realizada uma cintigrafia nuclear com glóbulos vermelhos marcados ou uma angiografia. A cintigrafia tem maior sensibilidade que a angiografia, já que detecta hemorragias com um volume de apenas 0,1 mL/min, ao passo que o limiar de detecção da angiografia é de 0,5 mL/min. No entanto, a angiografia é,

das duas, a única com potencial terapêutico. A escolha depende da disponibilidade e experiência locais.

A cirurgia raramente é necessária nestes doentes, porque a taxa de remissão espontânea é muito elevada e as terapêuticas endoscópica e angiográfica são frequentemente eficazes. Assim, a cirurgia está reservada para os casos refractários à terapêutica médica, com hemorragia persistente, instabilidade hemodinâmica mantida e elevada necessidade transfusional, e para os doentes que tenham uma recidiva. Sempre que possível, deve ser feita uma ressecção segmentar

do cólon. No entanto, se o local da hemorragia permanecer desconhecido e a doença diverticular não se encontrar confinada a um único segmento cólico, é necessário proceder a uma colectomia subtotal.



instável, deve ser realizada uma angiografia. Se, pelo contrário, o doente estiver estável, o exame de escolha deve ser a colonoscopia, após adequada preparação do cólon. Em 10 a 40% dos doentes a colonoscopia identifica estigmas de hemorragia activa ou recente (vaso visível ou coágulo aderente). Isto permite a realização de terapêutica endoscópica ou a mar-

João Mangualde
Serviço de Gastroenterologia do
Hospital São Bernardo,
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Doença de Crohn Gastro-Duodenal

Vieira A. M., Mangualde J., Cremers M. I., Alves A. L., Gonçalves M., Oliveira A. P.

Serviço de Gastreenterologia, Serviço de Anatomia Patológica – CHS, Hospital de São Bernardo

Serviço de Anatomia Patológica – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Doente do sexo masculino, 64 anos, referenciado à consulta de Gastreenterologia, em Abril de 2006, por quadro clínico, com 6 meses de evolução, caracterizado por epigastralgias e emagrecimento (12% do peso corporal). Posteriormente, associaram-se queixas de náuseas e vômitos alimentares pós-prandiais cerca de duas horas após a ingestão dos alimentos. O doente negava alterações do trânsito intestinal, perdas hemáticas visíveis e outras manifestações sistémicas para além do emagrecimento.

Coexistia história de Diabetes Mellitus tipo 2 controlada com antidiabéticos orais.

Foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou mucosa do corpo e antro hipere-

e espessamento parietal do antro gástrico, segmentos duodenais e jejuno proximal (figura 3 e 4).

O estudo laboratorial revelou ligeira hipoalbuminémia (3,2 mg/dl) e anemia (hgb 9,8 g/dl) normocítica e normocrômica. As contagens de leucócitos e plaquetas e os doseamentos séricos da gastrina e da β_2 microglobulina eram normais. A prova da tuberculina era negativa. A colonoscopia total sem visualização do íleo foi normal.

Foi medicado com omeprazol e 5-ASA sem benefício evidente.

Por agravamento clínico e ausência de um diagnóstico definitivo, foi feita nova avaliação endoscópica, que mostrou aspectos sobreponíveis ao exame anterior mas complicados de estenose parcial do piloro e da segunda

tivas de DC. Associou-se então azatioprina (2mg/kg/dia) também sem resposta terapêutica evidente pelo que, cinco meses depois, se decidiu iniciar terapêutica com agentes biológicos com óptima resposta – aumento do peso e regressão completa das queixas.

Comentário

A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se pela inflamação crónica descontínua ao longo do eixo longitudinal do tubo digestivo, que pode envolver todas as camadas, desde a mucosa à serosa e qualquer segmento, desde a boca ao ânus, mas com maior propensão para o intestino delgado distal e o cólon proximal. A sua etiologia não está completamente esclarecida e a terapêutica, embora geralmente eficaz no alívio da sinto-

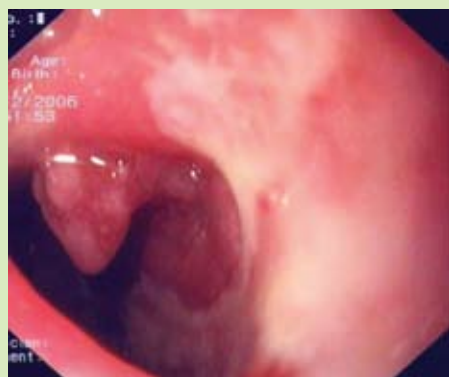


Figura 1



Figura 2

mencionavam deformação do antro (figura 1); mucosa do bulbo e D₂ pseudopolipóide com úlceras serpiginosas (figura 2). Os aspectos endoscópicos eram sugestivos de doença de Crohn (DC). Procedeu-se a múltiplas biopsias gástricas e duodenais, cujo resultado histológico foi inconclusivo.

Realizou radiograma seriado do intestino delgado e tomografia computadorizada abdomino-pélvica que mostraram irregularidade

porção do duodeno. O doente ficou internado e iniciou corticoterapia com prednisona na dose de 40 mg/dia. Novamente, as biopsias foram inconclusivas.

Quatro meses depois, sem ter havido uma resposta significativa à corticoterapia, repetiu-se endoscopia digestiva alta que revelou persistência das úlceras mas com redução do grau de estenose. As biopsias realizadas neste exame foram, pela primeira vez, sugges-

matologia, não é curativa.

O envolvimento gastroduodenal pode ser encontrado na endoscopia e na histologia em 20% e 40% dos casos de DC, respectivamente, mas a DC gastroduodenal, clinicamente significativa, ocorre em apenas 0,5% a 4% de todos os doentes com DC e está associada a pior prognóstico. A maioria dos doentes tem concomitantemente doença abaixo do ângulo de Treitz. Aproximadamente um

Caso Clínico

terço dos doentes com DC proximal não têm evidência de DC distal à data do diagnóstico, mas com o tempo, todos desenvolvem doença distal. Os doentes com DC proximal são, geralmente, jovens, à data do diagnóstico, estimando-se que a idade média de apresentação seja na terceira ou quarta década de vida. Os sintomas mais comuns são a dor epigástrica, as náuseas, a anorexia e o emagrecimento. A presença de vômitos sugere a existência de obstrução gástrica devida à formação de estenose gastroduodenal. As perdas hemáticas gastrointestinais são, em regra, identificadas pela presença de anemia crónica, embora raramente possam ocorrer melenas e/ou hematemeses.

O diagnóstico requer elevado nível de suspeição e o uso de métodos de imagem, incluindo os endoscópicos. Os principais achados radiológicos são a nodularidade da mucosa, o espessamento das pregas com aspecto em “pedra de calçada”, e as ulcerações. A endoscopia com biópsia continua a ser o *gold standard* no diagnóstico da DC gastroduodenal. O eritema, a friabilidade, o espessamento das pregas e as ulcerações aftosas e lineares são as alterações endoscópicas mais frequentes. Contrariamente às úlceras pépticas, as úlceras da DC, geralmente, não são circulares mas lineares ou serpiginosas. A DC gastroduodenal deve ser sempre considerada no diagnóstico diferencial da doença péptica ulcerosa, do carcinoma, do linfoma, da sarcoidose, da tuberculose, da

gastroenterite eosinofílica, da síndrome de Zollinger-Ellisson, da pancreatite e do carcinoma pancreático.

Os achados histológicos da DC gastroduodenal são frequentemente inespecíficos, sendo necessárias múltiplas biópsias gástricas e duodenais para exclusão de outros diagnósticos. Não existem estudos prospectivos, controlados relativos ao tratamento da DC gastroduodenal. A selecção do tratamento depende da actividade da doença. A maioria dos autores recomenda a intensa supressão de ácido com um inibidor da bomba de prótons. A doença péptica ulcerosa e a infecção por *Helicobacter pylori* devem ser excluídas e, se presentes, tratadas. O tratamento inicial da DC gastroduodenal activa implica, muitas vezes, a associação de corticoterapia. Alguns estudos retrospectivos comprovam a eficácia dos corticóides no tratamento agudo, mas nem todos demonstram a capacidade destes agentes na indução de remissão. Para os doentes que permanecem sintomáticos

sob corticoterapia, que são dependentes dos corticóides ou que necessitam de terapêutica de manutenção, a introdução de imunomoduladores, como a azatioprina e a 6-mercaptopurina, está indicada. O infliximab é uma alternativa para a doença refractária, embora até à data apenas apoiada em dados de casos clínicos isolados. Na ausência de resposta à terapêutica anteriormente mencionada, a dilatação ou a cirurgia (ressecção ou estrituroplastia) são opções terapêuticas para os sintomas obstrutivos. As restantes indicações cirúrgicas são a doença refractária ao tratamento médico, a hemorragia massiva ou persistente e a formação de fístula ou abscesso.

O caso clínico em epígrafe apresenta algumas particularidades, como sejam, o início tardio da doença (aos 64 anos), a agressividade, bem demonstrada nas imagens endoscópicas, a resistência à corticoterapia e à azatioprina, e excelente resposta à terapêutica biológica.

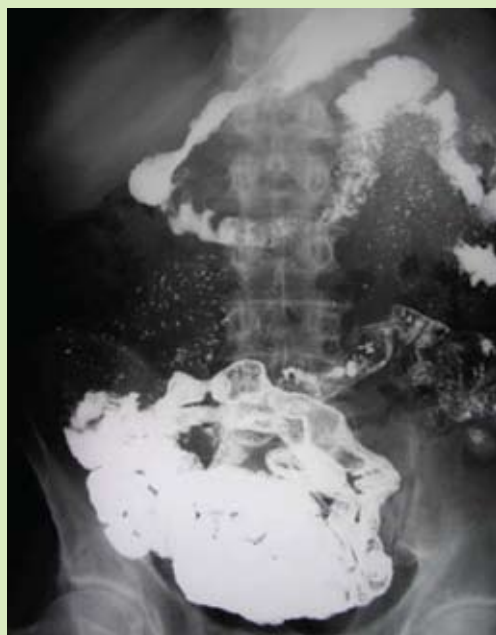


Figura 3



Figura 4

Novas Tecnologias

O Neo-Guide

Têm surgido na literatura várias descrições de colonoscópios que evidenciam



Figura 2 - Reconstrução tridimensional do cólon

algumas inovações tecnológicas relativamente aos vídeo-colonoscópios convencionais. A empresa NeoGuide Systems (Los Gatos, CA, USA) desenvolveu o NeoGuide Endoscopy System, tendo em vista evitar os problemas de angulação e consequente pressão excessiva sobre a parede cólica, associados à colonoscopia convencional. De facto, quando o endoscopista avança o colonoscópio, a força não é transmitida directamente à ponta do aparelho mas sim à parede intestinal, o que provoca estiramento do mesentério.

O sistema inclui muitas das características existentes nos colonoscópios convencionais (figura 1). Adicionalmente, monitoriza constantemente a profundidade de

inserção e a posição da ponta do aparelho, o que permite construir uma imagem tridimensional do cólon do paciente (figura 2). O tubo de inserção é constituído por 16 segmentos, com oito cm cada (figura 3). Durante a inserção do endoscópio, o sistema usa o mapa de reconstrução tridimensional fruto da informação recolhida pelos sensores para orientar os vários segmentos do aparelho no sentido de se adaptarem ao formato do cólon do paciente. Foram já publicados dois estudos, um dos quais num modelo de parede cólica que permitiu comprovar que a força exercida por este sistema é inferior à do aparelho convencional. O segundo estudo, publicado em 2007, incluiu dez doentes, tendo sido conseguida a colonoscopia total em todos os pacientes, não se

tendo registado complicações. De salientar que este aparelho permite a colheita de biopsias e a realização de actos terapêuticos, tendo já sido aprovado pela "US Food and drug administration" (FDA).

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



Figura 1 - A consola

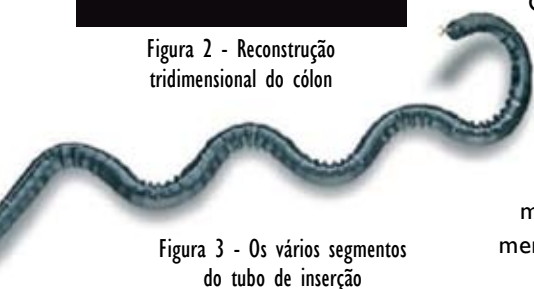


Figura 3 - Os vários segmentos do tubo de inserção

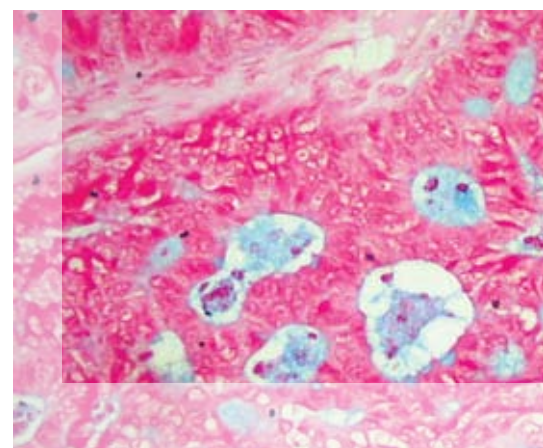
Nós Lá Fora

Nós Lá Fora...

J Gastroenterol Hepatol. 2007 Oct;22(10):1594-604. Feasibility and cost-effectiveness of using magnification chromoendoscopy and pepsinogen serum levels for the follow-up of patients with atrophic chronic gastritis and intestinal metaplasia. Dinis-Ribeiro M, da Costa-Pereira A, Lopes C, Moreira-Dias L.

Os Serviços de Gastrenterologia e Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia e o Serviço de Bioestatística da Faculdade de Medicina do Porto, publicaram recentemente um estudo que demonstrou a praticabilidade e custo-benefício de uma regra de decisão baseada na aplicação de cromoendoscopia de ampliação e no doseamento do pepsinogénio no

soro a doentes com atrofia ou metaplasia intestinal gástrica em 100 doentes seguidos durante três anos. Os autores propõem que doentes com lesões extensas de metaplasia intestinal poderão beneficiar de seguimento ao invés de doentes com lesões deste tipo limitadas ao antro. Esta proposta (podendo ser considerada com grau B de evidência para estudos de diagnóstico) poderá ser agora avaliada e validada por outros grupos.



Outras Fotos



O Muro para a Paz é um monumento realizado pela pintora Clara Halter e o arquitecto Jean-Michel Wilmonte que apresenta a palavra Paz em 32 línguas. A obra inspira-se no Muro das Lamentações de Jerusalém. Os visitantes podem deixar mensagens de

paz em fendas existentes para esse efeito ou enviar pela internet (www.murpoulapaz.org), as quais são projectadas em ecrãs incluídos no monumento. A sua inauguração, pelo Presidente da República Francesa, ocorreu em 30 de Março de 2000.

*Muro para a Paz,
Champ de Mars, Paris
por J. E. Pina Cabral*

ENDOnews Recomenda

Prevenção em
Gastroenterologia

Editora Convidada: Ana Paula Oliveira

Este livro é mais uma edição, a sexta, do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais, desta feita dedicada aos aspectos preventivos de diversas doenças digestivas. Nele se

aborda a prevenção da patologia oncológica e de entidades frequentes e importantes como as lesões associadas aos AINE e as hepatites víricas. A obra teve o patrocínio da AstraZeneca.



Doença de Crohn

Coordenador: Francisco Portela



sobre diferentes vertentes da doença e casos clínicos exemplificativos. Editado em suplemento ao GE – J Port Gastroenterol 2007;2 (vol 14).

Doença Celíaca revisitada

Autores: Sónia Nobre et al.

O artigo consubstancia uma revisão actual e detalhada do conhecimento médico da doença celíaca, abordando designadamente os aspectos relativos à fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. São abordadas as manifestações digestivas da doença bem como a sua relação com patologia extra-digestiva.

Publicado no último número do GE – Jornal Português de Gastroenterologia.



Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino Leiria em Festa Marchou Pela Prevenção



Rastreio da diabetes, hipercolesterolemia e HTA na tenda do Espaço de Saúde



A população de Leiria saiu à rua pela causa da prevenção do cancro colo-rectal

Cerca de mil e quinhentas pessoas da população de Leiria participaram na comemoração do Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino organizada, naquela cidade, pelo Serviço de Gastrenterologia do

Hospital de Santo André (HSA) com o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED).

O evento decorreu no passado dia 3 de Novembro e consistiu na abertura à população de um espaço de saúde no centro da



Isabel Damasceno, presidente da Câmara Municipal de Leiria, e Hélder Roque, presidente do Conselho de Administração do HSA, no início da caminhada

Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino

E em Odivelas...

A SPED, através do seu Secretário-Geral, Dr. Mendonça Santos, e da Tesoureira, Dr.ª Anabela Pinto, participou numa Sessão organizada pela Câmara Municipal de Odivelas, nos Paços de Concelho, na Quinta da Memória, no dia 3 de Novembro de 2007.

O Dr. Mendonça Santos participou e discursou na sessão de abertura, em representação do Presidente da SPED, Prof. Doutor José Manuel Romãozinho tendo, no decurso da reunião, a

Dr.ª Anabela Pinto apresentado uma conferência sob o título "A Prevenção do Cancro do Intestino em Portugal", que foi complementada pela apresentação de vídeos sobre o mesmo tema, pelo



Dr. Mendonça Santos, que os comentou, tendo havido um debate muito participado pela audiência, que enchia, por completo, o auditório.

Ainda nesta reunião foi apresentada da Publicação "Preve-

nir Implica Estar (In)Formado – Recomendações para a Prevenção e Vigilância do Cancro do Intestino", realizado com o apoio da SPED e que será amplamente distribuído pelos municípios de Odivelas.



cidade, com animação, rastreios de saúde e diversos stands de entidades associadas. Estiveram presentes, entre outras, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, a Liga Portuguesa contra o Cancro, a Europacolon Portugal e diversas empresas de produtos alimentares.

À concentração seguiu-se uma caminhada pelos trajectos pedonais ribeirinhos da cidade. Numa tarde propícia para a actividade física ao ar livre, muitas centenas de pessoas envergaram a camisola verde da comemoração e percorreram a pé os cerca de 5 km do trajecto. O arranque foi dado por Isabel Damasceno, Presidente da Câmara Municipal de Leiria, e Hélder Roque, Presidente do Conselho de Administração do HSA. Participaram também na marcha José Manuel Romãozinho, Presidente da SPED, António Curado, Presidente do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, Laura Esperança, Presidente da Junta de Freguesia de Leiria e Adelino Mendes, adjunto do Governador Civil. Fernando Mendes, apresentador de programas televisivos, associou-se também à iniciativa. Para Helena Vasconcelos, gastrenterologista do HSA e elemento da equipa organizadora, “as expectativas foram ultrapassadas em larga escala”, traduzindo uma expressiva adesão da população. “Conseguimos transmitir a mensagem e várias pessoas procuraram saber como e onde podem fazer os exames de rastreio ou procurar informação, o que significa que atingimos o objectivo – alertar para a doença” afirmou a médica a um órgão de informação local.

J. E. Pina Cabral



A SPED esteve presente com informação sobre a doença e o rastreio do cancro colo-rectal



O stand da Liga Portuguesa contra o Cancro disponibilizou material informativo acerca dos sinais de alarme para eventual patologia oncológica



Camisolas e balões alusivos à prevenção do cancro colo-rectal deram cor à comemoração



Uma “mancha verde” aderiu à caminhada pelas margens do rio Lis, incluindo também o Tino — mascote da SPED para a campanha de prevenção do cancro colo-rectal

Europacolon – Primeira Associação Pan-europeia de Luta Contra o Cancro Colo-rectal

A Europacolon é uma organização europeia, fundada em 2004, que pretende congrega doentes, profissionais de saúde, políticos, jornalistas e público em geral na luta contra o cancro colo-rectal. Actualmente conta já com filiadas em diversos países, incluindo Portugal.

A Europacolon Portugal – Associação de Luta

Contra o Cancro do Intestino é uma associação sem fins lucrativos que promove a prevenção do cancro do colo-rectal, difundindo o conhecimento da doença e os seus sintomas, apoiando os pacientes, familiares/cuidadores, na área psico-emocional, no esclarecimento dos seus direitos e criando parcerias com a comunidade médica

em tudo o que a esta patologia se refira.

Os seus objectivos incluem, designadamente, promover o rastreio e o diagnóstico precoce do cancro colo-rectal, aconselhar e apoiar as pessoas que sofram desta doença, contribuir para a difusão de informação sobre esta doença para o público e promover investigação sobre as suas causas e tratamento desta doença.



Vítor Neves, presidente-executivo da Europacolon Portugal, e Fernando Mendes no Espaço Saúde das comemorações do Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Intestino, em Leiria

Endo Club Nord 2007

Nos dias 9 e 10 de Novembro decorreu em Lisboa o Endo Club Nord 2007. A estrutura da reunião, patrocinada pela Nycomed, foi idêntica à de 2006. Assim, o primeiro dia foi preenchido com a transmissão directa, de três hospitais de Hamburgo, Asklepios Clinic Altona, Asklepios Clinic Barmbek e UK Eppendorf, de procedimentos endoscópicos diagnósticos ou terapêuticos. Foram apresentados casos em que houve recurso à utilização de “Narrow Band Imaging” (NBI), bem como à mucosectomia, ressecção submucosa e enteroscopia. O diagnóstico e tratamento das vias biliares e do pâncreas, quer por via endoscópica quer percutânea, e o diagnóstico e tratamento de lesões guiados por eco-endoscopia, foram igualmente apresentados. A cirurgia endoscópica trans-luminal através de orifícios naturais (NOTES) mereceu atenção especial, tendo sido apresentado um caso de colecistectomia em animal bem como uma laparoscopia em humano. Do primeiro dia constou ainda uma conferência proferida pelo Prof. Gerald Holtmann sobre Doença de Refluxo

Gastro-Esofágico subordinada ao tema: “Symptoms or lesions: what really matters for GERD patients?”. A segunda conferência foi dita pelo Prof. Prateek Sharma, tendo sido abordado o tema: “Barrett’s esophagus: killer or overkill”.

No segundo dia decorreram as apresentações dos participantes nacionais, divididas em duas sessões e uma conferência. A primeira sessão, sob o tema “Avanços em endoscopia diagnóstica” e moderada pelos Drs. Venâncio Mendes e Luís Novais, incluiu conferências sobre NBI, FICE e novas técnicas em colonoscopia. O primeiro palestrante, o Prof. Guilherme Macedo, partindo da experiência pessoal com o NBI, descreveu a técnica e procedeu a uma revisão crítica dos dados da literatura sobre esta tecnologia que tem como objectivo melhorar a capacidade de observação da superfície da mucosa. O Dr. Pedro Amaro, partindo igualmente do conhecimento pessoal do FICE que, tal como o NBI, visa incrementar a aptidão para observar a mucosa, evidenciou as potencialidades, bem como as limitações, da técnica. O terceiro interveniente da primeira sessão foi o Prof. Pedro Figueiredo

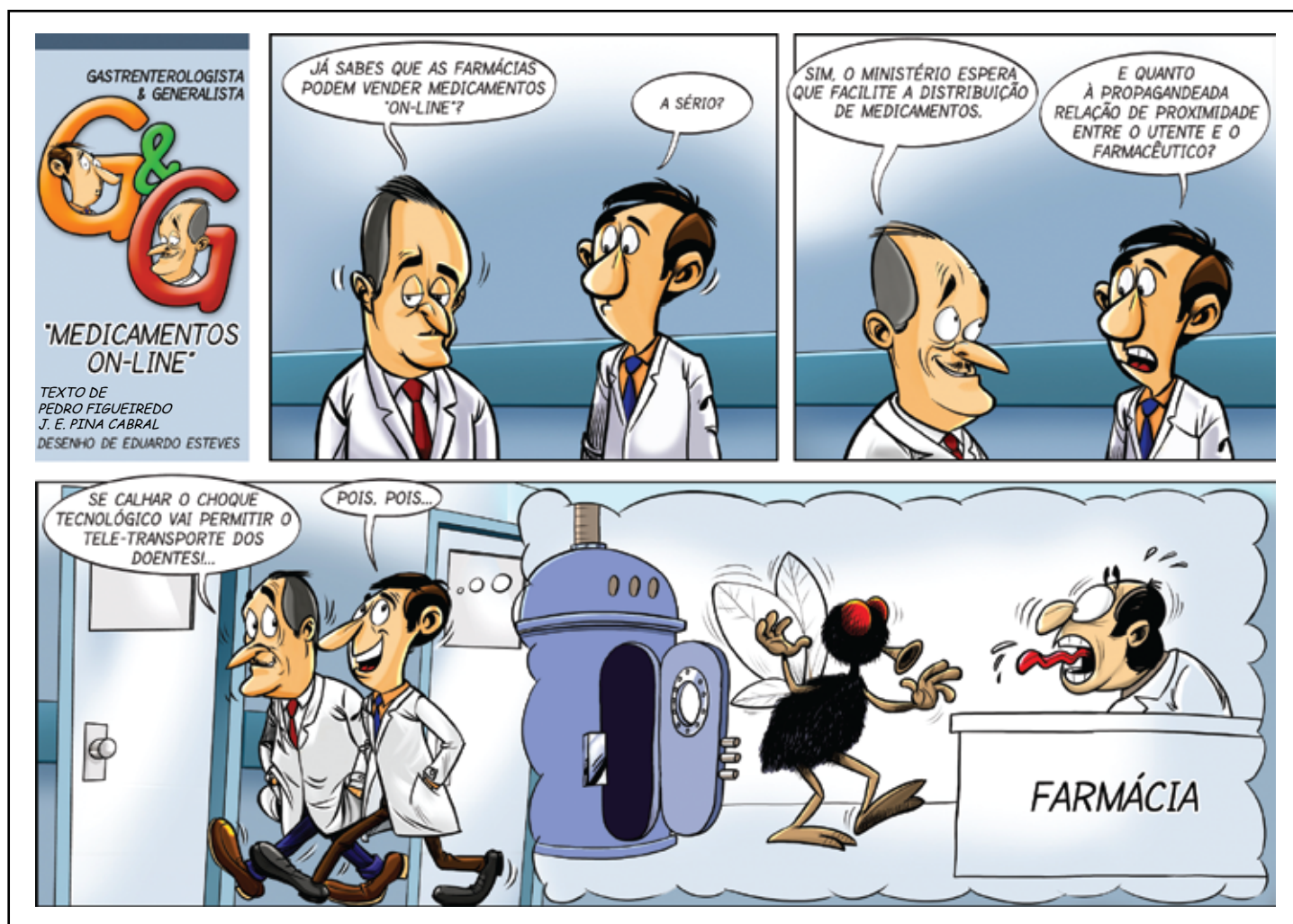


que, após breve resenha sobre a evolução da endoscopia digestiva nas últimas décadas, apresentou dados da literatura sobre novas técnicas de colonoscopia bem como as implicações que a sua aplicação mais generalizada poderão ter sobre a prática da endoscopia digestiva. A segunda sessão, denominada “Avanços em endoscopia terapêutica” e moderada pela Dr.ª Paula Alexandrino e pelo Dr. Hermano Gouveia, incluiu conferências sobre NOTES, dissecação endoscópica submucosa (ESD), balão intra-gástrico para tratamento da obesidade e complicações da cirurgia bariátrica. A primeira conferência foi apresentada pela Dr.ª Carla Rolanda que salientou o grande interesse actual pela técnica, que se encontra na fronteira entre a Endoscopia Digestiva e a Cirurgia. A ESD foi abordada pelo Prof. Mário Dinis Ribeiro que mostrou a sua experiência com esta técnica de

ressecção de lesões neoplásicas, bem como os resultados das séries internacionais. As duas apresentações finais desta sessão foram dedicadas ao tema da obesidade, na primeira das quais, protagonizada pelo Dr. Leopoldo Matos, foram apresentadas as indicações bem como os resultados que se podem esperar da aplicação do balão intragástrico para controlo desta doença. Na segunda apresentação, a cargo do Dr. José Soares, foram enumeradas as complicações da cirurgia bariátrica, bem como o contributo que a endoscopia digestiva poderá ter para a sua resolução. A reunião encerrou com uma conferência proferida pelo Prof. Nobre Leitão sobre “Qualidade em endoscopia digestiva” onde foi abordada a questão da qualidade antes, durante e após o acto endoscópico, bem como no âmbito do rastreio do cancro colo-rectal.

Pedro Narra Figueiredo





Agenda

2008

12 de Janeiro

VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica
Local: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
E-mail: capsula2008@mail.cast.pt

26 de Janeiro

Reunião do GEDII – Grupo de Estudo de Doença Inflamatória Intestinal
Local: Lisboa
 Organização: GEDII
E-mail: gedi@med.up.pt

13 a 15 de Fevereiro

Curso Prático de Eco-Endoscopia 2008
Local: Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Gastrenterologia
E-mail: gastro@huc.min-saude.pt

28 de Fevereiro a 1 de Março

3rd Congress of ECCO – Inflammatory Bowel Diseases 2008
Local: Cité – Centre de Congrès Lyon, França
Organização: ECCO – European Crohn's and Colitis Organization
E-mail: ecco@vereint.com
Site: ecco08.ecco-ibd.eu/

28 de Março

II Curso para Internos GEDII - Grupo de Estudo de Doença Inflamatória Intestinal
Local: Lousã
Organização: GEDII
E-mail: gedi@med.up.pt



18 a 19 de Abril

6^{as} Jornas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva
 21^a Reunião de Endoscopia Digestiva – “Clube Endoscópico do Eixo Atlântico”
Local: Centro Cultural – Deputación de Ourense, Ourense
Organização: Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Ourense
Secretariado: Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Peso da Régua
Tel: 259 300 500 (ext. 441)
E-mail: gastro@chvrpr.min-saude-pt



19 de Abril

Reunião do GEDII – Grupo de Estudo de Doença Inflamatória Intestinal
Local: Óbidos
Organização: GEDII
E-mail: gedi@med.up.pt

17 a 22 de Maio

DDW 2008 – Digestive Disease Week
Local: San Diego Convention Center, California, EUA
E-mail: www.ddw.org

