

ENDO news

N.º21 • Janeiro/Março 2008

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



Protocolo SPED / AstraZeneca

Prémio “Nós Lá Fora”

Momento Pediátrico

Uma Causa Rara de Polipose Intestinal

Ecos da XXII Reunião Anual do Núcleo
de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

Sumário

Nota do Editor

4 EDITORIAL

Chegou o “Momento Pediátrico”

7 O QUE ELES DIZEM

7 OUTRAS FOTOS

9 O CANTO DO INVESTIGADOR

9 PRÊMIO

“Nós Lá Fora”

10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS

Palavras Que Não Dizem o Que Pensamos Que Elas Querem Dizer, Mas Que Acabaram Por Dizer o Que Queremos Que Elas Digam

13 MOMENTO PEDIÁTRICO

A Menina que Tinha um Coração de Frango

14 CASO CLÍNICO

Uma Causa Rara de Polipose Intestinal

18 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

Um Caso de Tumor Endócrino do Intestino Delgado

20 TEMA DE REVISÃO

Fissura Anal

26 REPORTAGEM

VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica

26 REPORTAGEM

Protocolo SPED / AstraZeneca

28 REPORTAGEM

Ecossistema da XXII Reunião Anual do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais

No presente número do ENDOnews dá-se início a uma secção denominada “Momento Pediátrico”, acompanhada por um editorial da autoria do Dr. Fernando Pereira. Esta opção editorial não acontece por acaso, vindo na linha da atribuição

à investigação. Ao incluir como critérios de atribuição do prémio apenas o factor de impacto e o número de citações procurou retirar-se qualquer subjectividade na avaliação das publicações concorrentes, o que, além de vir a facilitar o trabalho do júri, se espera venha também a permitir obter

uma elevada adesão por parte dos autores.

A revisão, sobre fissura anal, versa uma patologia bastante frequente, mas nem sempre de fácil abordagem.

Além das habituais secções, destacamos as três reportagens incluídas neste número, uma sobre assinatura do protocolo entre a SPED e a AstraZeneca, outra sobre a XXII Reunião Anual



ção da categoria de Subespecialidade pela Ordem dos Médicos, e de Secção Especializada pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva à Gastroenterologia Pediátrica. Outro motivo de interesse nesta edição prende-se com a instituição do prémio “Nós Lá Fora”. Com a sua criação, a SPED pretende não só estimular a publicação de estudos nacionais em revistas indexadas, mas também reconhecer o esforço de quem, apesar das dificuldades, dedica tempo

do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais e a terceira sobre a VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica. Por fim, relembramos a existência do espaço “Carta ao Editor” onde os colegas poderão dar conta da sua opinião sobre um tema, seja ele de natureza científica, assistencial ou outra.

Pedro N. Figueiredo

Capa:

“Pneumatose Quística intestinal”, da autoria de:

Silva Medeiros, JA

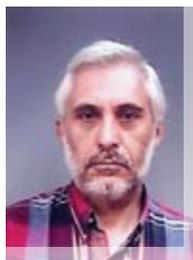
Consultório Privado

1º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2004

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º21 • Janeiro/Março 2008. **Director** José Manuel Romãozinho. **Editor** Pedro Figueiredo. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Fernando Pereira, Isabelle Cremers. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** António Castanheira, Carlos Sofia, C. S. Andrade, Fernando Pereira, H. Carvalho, Luís Abreu Novais, Luís Tomé, Maria Augusta Cipriano, Marta Urbano, Maximino Correia Leitão, Mendonça Santos, Sandra Lopes, Susana Alves, S. Coelho. **Secretariado** Helena Granado. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ERC** 125319. **Produção e Imagem** VFBM - Comunicação, Lda. **Propriedade** VFBM - Comunicação, Lda. **Redacção e Produção** VFBM - Comunicação, Lda. • Edifício Lisboa Oriente Office • Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918 • E-mail: endonews@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** Focom XXI • Rio Maior. **Tiragem** 10.000 exemplares

Chegou o “Momento Pediátrico”



*Fernando Pereira
Vogal da Direcção da SPED;
Presidente da Secção Especializada de
Endoscopia Pediátrica*

A Endoscopia digestiva tem vindo a desempenhar progressivamente, nos últimos anos, um papel cada vez mais importante no diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho digestivo das crianças portuguesas. Inicialmente apenas era possível a sua realização nas crianças mais velhas e nos adolescentes, mas a progressiva diminuição do calibre dos endoscópios e o desenvolvimento de acessórios de adequada dimensão permitiram a sua realização, quer para diagnóstico quer para terapêutica, desde os primeiros meses de vida, até mesmo em crianças prematuras com muito baixo peso.

As técnicas mais recentemente introduzidas, como a videocápsula endoscópica e a enteroscopia com duplo balão, podem ser já aplicadas neste grupo de doentes acima de determinado peso e em situações clínicas seleccionadas.

Vários Pediatras e alguns Gastrenterologistas começaram a dedicar-se, há já vários anos, à realização de endoscopias nas crianças, organizando unidades específicas, na maior parte dos hospitais centrais com maior diferenciação da Pediatria, onde criaram as condições físicas, adquiriram e instalaram equipamentos, formaram pessoal de enfermagem e organizaram o apoio anestésico indispensável à correcta realização dos exames nas melhores condições de segurança e conforto.

Partilharam, frequentemente, dificuldades e angústias com os Gastrenterologistas que se dedicavam à endoscopia nos adultos, especialmente nas técnicas terapêuticas e, dessa colaboração, retiraram muitos e preciosos ensinamentos para a sua prática diária.

A cada vez maior dedicação e diferenciação



de profissionais à patologia digestiva da criança e à endoscopia digestiva foi reconhecida e levou à criação recente pela Ordem dos Médicos da Subespecialidade de Gastrente-

Editorial



rologia Pediátrica, como subespecialidade da Pediatria, mas acessível a todos os Gastrenterologistas que a ela se pretendam dedicar, fazendo a necessária formação pediátrica

complementar, estando já constituído o seu próprio Colégio.

Por sua vez, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) reconheceu

também o desenvolvimento e a importância da Endoscopia Pediátrica, pelo que decidiu permitir a admissão dos Gastrenterologistas Pediátricos como seus sócios de pleno direito e criar uma Secção Especializada.

É por isso chegada a altura de os Gastrenterologistas Pediátricos se integrarem nas actividades da SPED e darem a sua colaboração nas diferentes áreas de intervenção desta sociedade científica. Assim sendo, iniciamos neste número do *ENDOnews* a publicação de uma nova rubrica dedicada à patologia pediátrica, intitulada “Momento Pediátrico” que deverá surgir regularmente em todos os números da revista e na qual se pretende de forma muito simples e prática, transmitir aos leitores do *ENDOnews* um pouco da nossa experiência sobre aspectos de interesse geral nesta área. Para este número escolhemos um assunto vulgar, mas de grande importância, que é a ingestão accidental de corpos estranhos pelas crianças mais novas. A propósito de um caso curioso apontam-se algumas apreciações sobre a importância da prevenção destes acidentes e do importante papel que nela têm os médicos de família e fazem-se algumas considerações sobre a forma mais correcta de actuar quando inesperadamente ocorre um destes acidentes.

Este espaço da revista está evidentemente aberto à participação de todos os médicos que nele queiram apresentar trabalhos que se enquadrem no seu espírito, pelo que toda a colaboração é bem vinda.

Esperamos poder progressivamente ampliar a nossa participação nesta Revista de já muito grande divulgação entre os médicos com outro tipo de trabalhos da área da endoscopia pediátrica.

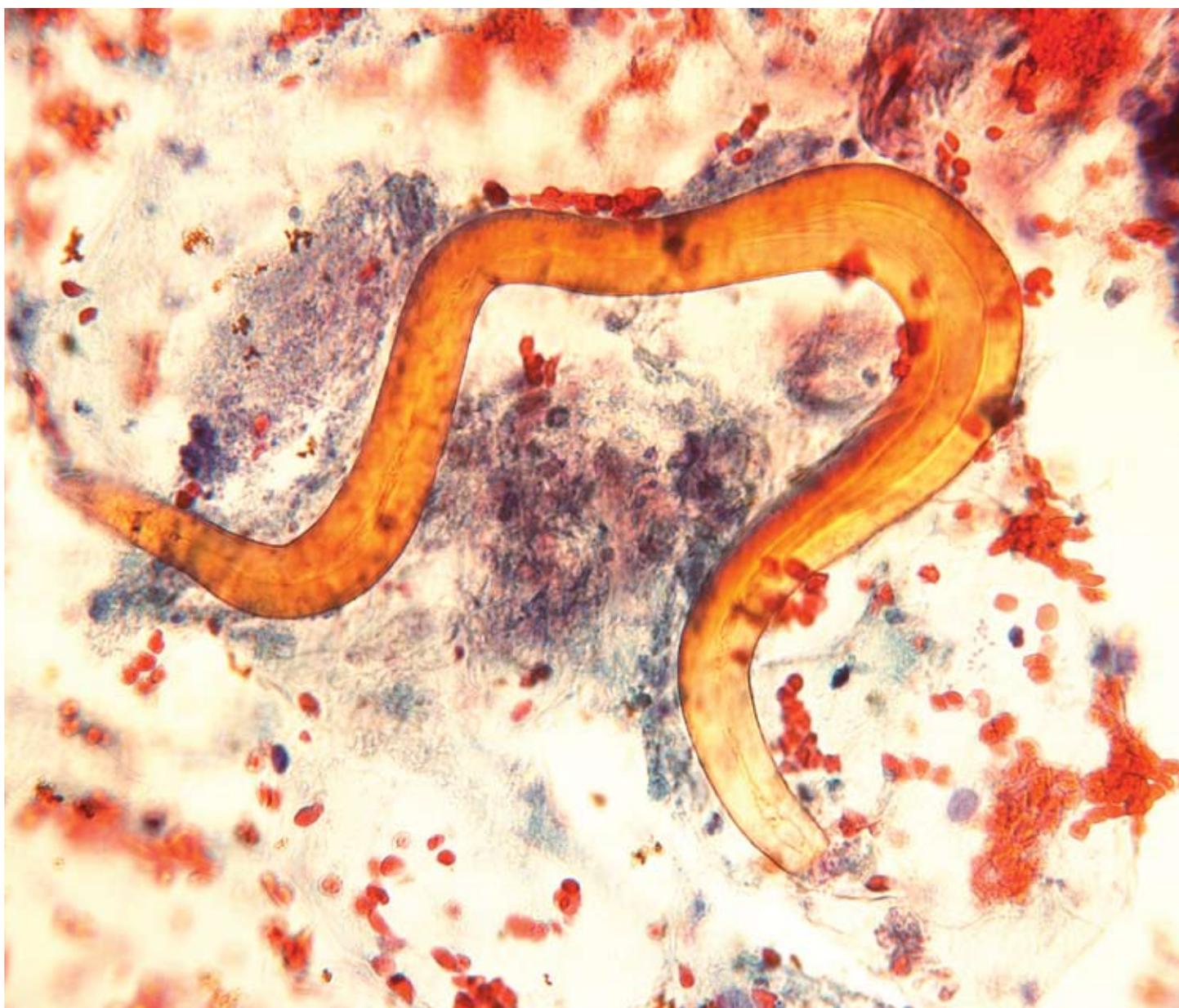
O Que ELES Dizem



Eamonn M.M. Quigley
President WGO

O Dia Mundial da Saúde Digestiva ocorrerá no dia 29 de Maio e marca uma campanha pública de alerta para melhorar as doenças do aparelho digestivo. Este ano, o foco será na nutrição – *Optimal Nutrition in Digestive Health and Disease*.

Outras Fotos



Strongyloides stercoralis em escovagem endoscópica gástrica
Dra. Marta Urbano (Serviço de Gastreenterologia – HUC)

O Canto do Investigador

Na Secção “O Canto do Investigador” deste número introduzimos os trabalhos do Dr. Francisco Baldaque Silva que, desde 2006, se encontra a trabalhar no Hospital Universitário Karolinska, Estocolmo, Suécia, onde, no âmbito da sua actividade clínica, desenvolve a aprendizagem de técnicas de diagnóstico e de tratamento endoscópico em esófago de Barrett, tais como Duette e Barrx e em endomicroscopia confocal.

Inicialmente como interno de Gastrenterologia do Hospital Geral de Santo António, Porto, e na sequência da atribuição da Bolsa de Estágio da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, iniciou um estágio pós-graduado no último ano do Internato Complementar naquele centro com o objectivo de aprendizagem e investigação em endoscopia de ampliação e cromoscopia em esófago de Barrett. Mais recentemente, como estudante de doutoramento, tem desenvolvido o projecto de doutoramento intitulado: “Métodos de diagnóstico e tratamento em esófago de Barrett”, tendo como orientadores Prof. Hanns-Ulrich Marschall (orientador

principal), Prof. Lars Lundell (co-orientador) e Prof. Ralf Kiesslich de Mainz, Alemanha (orientador externo).

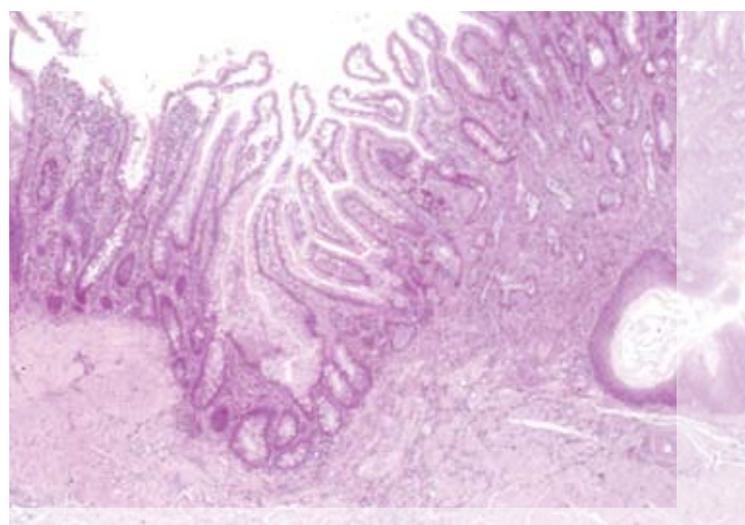
Os trabalhos de investigação pretendem estudar o papel do refluxo ácido e do refluxo não ácido na progressão da mucosa de Barrett e definir a validade da medicação anti-secretora ou da cirurgia anti-refluxo em doentes com esófago de Barrett e sem esofagite documentada. Pretendem ainda, em colaboração com o laboratório do Prof. Janusz Jankowski em Oxford, contribuir para o estudo de biomarcadores de proliferação da mucosa de Barrett tais como COX-2, Ciclina D2, P53, beta-catenina, permitindo um maior entendimento da carcinogénese na mucosa de Barrett e estimulando o aparecimento de terapêuticas médicas mais direccionadas. Em colaboração com o Prof.

Mário Dinis Ribeiro, do IPO Porto, desenvolve o estudo do papel de novas técnicas endoscópicas como a NBI e a ampliação no diagnóstico do esófago de Barrett.

Aguardam-se os resultados deste projecto que certamente contribuirão para o esclarecimento de alguns aspectos no processo de carcinogénese esofágica.

Mário Dinis Ribeiro

IPOFG, Porto



Prémio “Nós Lá Fora”

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva pretende, com a instituição deste prémio, contribuir para um incremento do número de trabalhos de investigação nacionais publicados em revistas internacionais indexadas.

REGULAMENTO

1. Critérios de admissão

- 1.1. Serão admitidos a concurso os artigos originais publicados sob a forma de “full-paper” em revistas internacionais indexadas durante o ano de 2006 e seguintes.
- 1.2. A Endoscopia Digestiva deverá ser o objecto da investigação publicada ou estar incluída na metodologia.
- 1.3. É obrigatória a formalização da candidatura pelo primeiro autor, que para tal deverá dar conhecimento da publicação concorrente à Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva através de carta ou por via electrónica.

2. Critérios de atribuição do prémio

- 2.1. O prémio será atribuído ao artigo que alcançar maior pontuação obtida através da seguinte fórmula: factor de impacto + (0,5 x número de citações) (a data a considerar será aquela em que os autores formalizarem o pedido de admissão a concurso).

- 2.2. Em caso de igualdade na pontuação, o prémio será repartido igualmente pelos trabalhos vencedores.

3. Júri

- 3.1. O júri será constituído pelo editor e editores adjuntos da revista *ENDOnews*.

4. Periodicidade, divulgação e valor do prémio

- 4.1. O prémio será atribuído anualmente, sendo consideradas as candidaturas formalizadas entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro.
- 4.2. A sua divulgação ocorrerá no primeiro número da revista *ENDOnews* do ano seguinte àquele a que o prémio se reporta.
- 4.3. A lista das publicações admitidas a concurso e respectiva classificação será comunicada aos autores concorrentes.
- 4.4. O valor do prémio será de 2.500 euros.

Palavras Que Não Dizem o Que Pensamos Que Mas Que Acabaram Por Dizer o Que Queremos

Quem primeiro dá o nome a uma coisa (fenómeno, objecto, situação, evento, etc.) tem naturalmente o cuidado de escolher uma palavra que de algum modo a descreva ou lhe reconheça um atributo julgado, nessa ocasião, característico. Contudo, umas vezes o progresso dos conhecimentos que depois se vai verificando, outras vezes o descuido, o facilitismo ou a pressa, acabam por modificar o nome original, alterando a justificação inicial desse nome. Acontece, assim, que hoje usamos palavras que pouco têm que ver com aquilo que designam. Vou mostrar alguns exemplos.

Duodeno

Assim chamamos hoje ao primeiro segmento do órgão que designamos de intestino delgado. Duodeno, porém, significa apenas “doze”! Inicialmente, o nome era, em Latim, *duodenum digitorum intestinum*, ou seja, o intestino de doze dedos, isto é, “a porção de intestino com o comprimento de doze dedos”. Bem se podia dizer que era mais longo o nome e o tempo que se demorava a dizê-lo ou a

escrevê-lo, do que a coisa em si mesma. Daí a riscar algumas das palavras do nome não custou muito; mas um numeral, sozinho, não é propriamente um nome seja para o que for. No Alemão, mais fiel à origem, dizia-se até há pouco tempo (segundo se lê no “Medical Terms, their origin and construction”, de Frangcon Roberts) *Zwölfingerdarmgeschwür* (ou dozededosintestinoúlcera) para dizer o que em Português se diz simplesmente “úlcera duodenal”!

Intestino

Para designar o órgão intestino (delgado) temos correntemente dois termos: intestino, que vem do Latim *intestinum*, *i*; e os derivados do grego ἔντερον (enteron), que em Português aparecem em palavras compostas e adjectivos mas não no substantivo que se referia ao órgão.

Começemos com a palavra grega ἔντερον, que esclarece o significado original.

A origem remota desta palavra está no εν (en), que tem função de advérbio, préverbo, preposição ou prefixo, e que tem o sentido de “em, dentro”, quer quando se

refere ao tempo, quer quando se aplica a lugar, quer ainda quando diz respeito à intimidade e aos sentimentos.

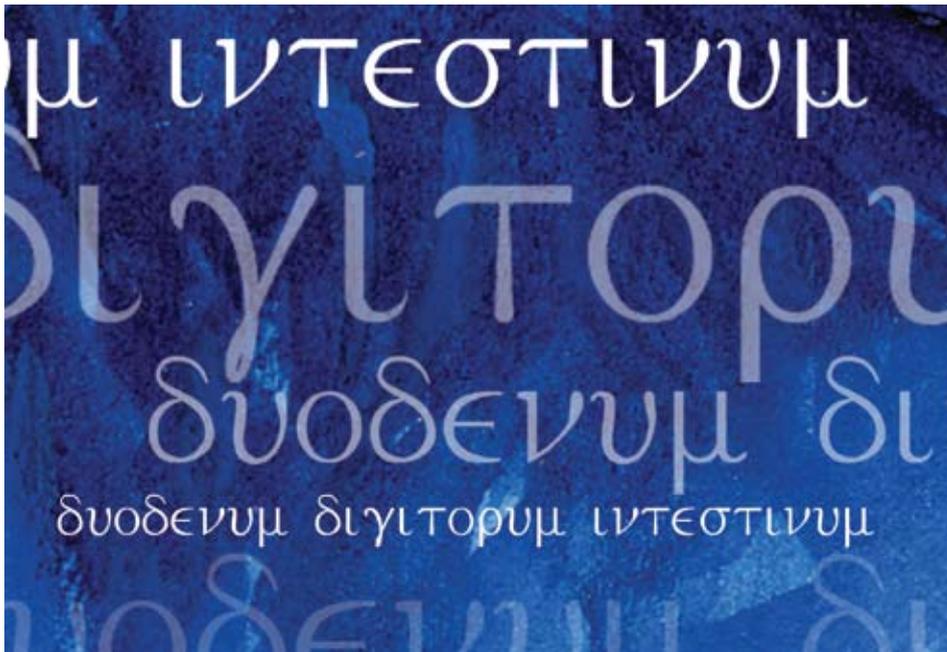
Quando houve que estabelecer comparações entre duas coisas quanto às respectivas “interioridades”, aplicou-se ao εν o grau (de comparativo de superioridade) usado com os adjectivos, que se faz acrescentando o sufixo τρον (taron) se a palavra é do género neutro. Assim nasceu a palavra ἔντερον, que de facto significava simplesmente “mais dentro ou mais interior”. Inicialmente, o significado correspondia ao que hoje ainda chamamos de “entranha” e aplicava-se a qualquer órgão abdominal situado mais profundamente, nomeadamente o intestino. Depois passou a ser usado também no plural ἔντερα (enterra). Em Português, esta palavra persiste em numerosos compostos, como enterectomia, enterocolostomia; em adjectivos como entérico; e em palavras derivadas, como enterite, parentérica, disenteria, etc..

A evolução no Latim, embora posterior, seguiu os mesmos passos observados no Grego. De *in* (em), significando “dentro”, passou, com a junção do sufixo *tus* que lhe confere o sentido de colectividade interior, a *intus* (entranhas), e depois a *intestinum*, *i*, (intestino), nominativo singular da palavra do género neutro da segunda declinação logo usada também no plural *intestina* (intestinos).

É curioso reconhecer que Grego e Latim coincidiram no nome atribuído ao intestino delgado: respectivamente ἔντερον e *intestinum*. Mas não aconteceu o mesmo no que respeita ao intestino grosso. O órgão a que chamamos intestino grosso, ou a grande parte dele, foi designado no Grego antigo pela palavra κόλον, que significava também “tripa”. Mas designou também os pequenos sacos, feitos desta tripa para neles se conservarem alimentos, porventura tratados com o fumo, como se faz ainda com o fumeiro. No grego mais tardio o ο de κόλον alongou-se em ω e a palavra passou a κώλον, que era já a designação de perna ou membro. Passou



Elas Querem Dizer, Que Elas Digam



para o Latim como *colon* e *colum*, *i*, do género neutro, e depois às línguas românicas, significando intestino grosso, membro, e parte de frase ou verso.

Há no Latim palavras que na forma poderiam ter alguma relação com aquela origem grega: *colona*, *ae*, do género feminino, e *colonus*, *i*, do género masculino, que significam respectivamente (a mulher) cultivadora e (o homem) cultivador de campos agrícolas, e de que derivam outras palavras portuguesas, como colónia, colonialismo, e colonizar, com o mesmo sentido original. Mesmo que o parentesco etimológico seja apenas aparente, não escapa uma outra afinidade, que é a do papel do cólon dos animais na fertilização dos campos agrícolas.

Hematoquesia ou rectorragia?

Estudantes de Medicina dos anos clínicos estranharam que, falando da presença de sangue visível nas fezes, os cirurgiões ussem mais frequentemente a palavra hematoquesia, enquanto os clínicos, nomeadamente gatreterologistas, usam mais a palavra rectorragia; e perguntam, quem tem razão?

Vejamos, em primeiro lugar, **hematoquesia**, e comecemos por lembrar que deve pronunciar-se com o acento tónico no *i*, isto é, como palavra paroxítone.

Hematoquesia vem do grego *αιματοχέσια*, que se compõe pelos seguintes elementos: *αιματ* – raiz de *αιμα*, *αιματος*, uma palavra neutra da terceira declinação, que significa sangue;

ο – vogal de ligação;

χε – raiz do verbo *Χέω*, que tem o sentido de “derramar, verter, inundar, espalhar”, e se aplica relativamente a líquidos (água, lágrimas, secreções, sangue, urina, líquido fecal, suor, chuva, etc.) e a sólidos (areia, terra, pó, e mesmo neve, quando se espalham no ambiente local); e no sentido figurado, como “dissipar bens, difundir mensagens, espalhar boatos”.

σια – sufixo que significa acção.

Como se vê, hematoquesia significa “um derrame ou perda de sangue, que sai de um qualquer local (do corpo) não especificado, através de um meio, também não especificado na palavra”. Nada neste nome indica a associação com fezes ou origem rectal ou anal. Por sua vez, **rectorragia** é também uma pa-

lavra composta pelos seguintes elementos: *recto* – que vem do Latim *rectum*, *i*, ou melhor do seu acusativo singular, e é o nome do último segmento do intestino grosso; *rag* – que vem do Grego “*ραγας*” que significa fenda e está relacionada com a raiz do verbo *ῥέω*, que tem o sentido de “escorrer, verter, ressoar, despejar-se, derramar-se, espalhar-se”;

ia – sufixo de substantivo denotando acção. Como se vê, rectorragia é uma palavra híbrida (isto é, que junta elementos de mais do que uma língua), algo que os puristas condenam, embora sejam inúmeros os híbridos em uso corrente. Por outro lado, embora a palavra estabeleça uma origem concreta para o corrimento, que é o *recto*, nada nela indica que o que corre é sangue. No entanto, pode pressupor-se que provenha de uma “fenda ou rotura” não natural, produzida por qualquer alteração da parede do continente do fluido que escorre.

O verbo presta-se, como se viu com o verbo *χέω*, ao uso em sentido figurado, como “o desprendimento dos cabelos que se espalham sobre os ombros”, e “a disseminação de notícias”. De resto, o recurso a diferentes preverbios, prefixos, ou sufixos dá origem a um grande número de novas palavras que retêm o sentido geral da raiz.

A comparação entre os dois termos permite resumir as seguintes conclusões:

Hematoquesia indica que o corrimento é de sangue, mas não estabelece a origem nem a via por onde este aparece;

Rectorragia indica a origem do corrimento (o *recto*), mas não diz nada sobre a sua natureza. Além disso, trata-se de uma palavra híbrida.

As alternativas poderiam ser as seguintes:

Diaproctemorragia, ou hemorragia diaprótica (ou peranal: esta palavra, separada da primeira, não criaria hibridismo);

Diaproctematoquesia ou hematoquesia diaprótica (ou peranal).

Mas a tendência é simplificar, como aconteceu com o duodeno, e não complicar!

Momento Pediátrico

A Menina que Tinha um Coração de Frango

A menina Susana, de dois anos e meio de idade, recorreu à urgência de Gastroenterologia Pediátrica por dificuldade na ingestão de alimentos sólidos e salivação abundante.

Tratava-se da segunda filha de um casal saudável não consanguíneo que nasceu com atresia esofágica tipo C com fístula traqueo-esofágica, que foi corrigida com êxito no período neonatal. Desde então a criança teve normal desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor apesar de até ao ano e meio de idade se recusar a ingerir alimentos sólidos.

O controlo radiológico do esófago, efectuado aos 6 e 12 meses, mostrou uma zona de anastomose cirúrgica regular, com bom diâmetro, não havendo sinais de esofagite ou hérnia do hiato.

Dois dias antes do recurso ao serviço de urgência a criança começou subitamente a recusar de novo, ao jantar, a ingestão de alimentos sólidos e desde então alguma dificuldade intermitente também para líquidos. A criança não tinha qualquer outro tipo de sintomas digestivos, vômitos, dores abdominais ou alterações do trânsito intestinal e também não eram referidos sintomas respiratórios ou gerais.

O exame objectivo revelou uma criança com normal desenvolvimento sem alterações à inspecção, com auscultação cardíaca e pulmonar normais, abdómen sem alterações à observação e sem organomegalias com os membros a também não apresentarem alterações.

Decidimos proceder à realização de exame endoscópico sob anestesia geral com protecção da via aérea. Durante a sua realização observámos no terço médio do esófago a imagem que mostramos na Figura 1, onde se pode ver uma estrutura tecidual heterogénea, que ocupava praticamente todo o lúmen esofágico e que impedia a progressão do endoscópio para o esófago distal. Ao toque era uma estrutura elástica que se conseguiu prender com uma cesta e retirar depois sem dificuldade, constatando tratar-se de um coração de frango (Figura 2). Após a extracção, procedemos à observação endoscópica do esófago, estômago e duodeno e verificámos que existia apenas uma ligeira diminuição de

calibre, por anel cicatricial e congestão da mucosa na zona de anastomose cirúrgica.

A doente não voltou a ter dificuldade na ingestão de qualquer tipo de alimento até aos cinco anos de idade, momento da última consulta.

Comentários:

A atresia esofágica é uma malformação congénita do esófago rara (1/4.000, nados vivos) que consiste na falta de continuidade do esófago ao nível da sua parte média e associando-se, muito frequentemente, a fístula traqueo-esofágica e a outras malformações. A cirurgia de reparação é realizada nos primeiros dias de vida de forma a permitir a alimentação da criança. O desenvolvimento de estenose da anastomose cirúrgica e de refluxo gastroesofágico como resultado da mobilização do coto inferior são as complicações mais frequentes e que

obrigam a apertado seguimento dos doentes. Mesmo quando não se verifica qualquer destas complicações, a zona do esófago onde se situa a cicatriz cirúrgica tem maior rigidez, tornando-se assim um local onde se podem alojar corpos estranhos ou alimentos de maior calibre quando acidentalmente ingeridos. A nossa doente é um exemplo do que acabamos de expor.

A ingestão acidental de corpos estranhos é muito frequente na criança e motivo de recurso à urgência de Gastroenterologia Pediátrica. A maior parte das situações são pequenos objectos de uso doméstico (botões, moedas, parafusos) ou brinquedos de pequenas dimensões, que passam facilmente para o estômago e se tivermos alguma paciência e formos capazes de tranquilizar os pais, sairão espontaneamente ao fim de quatro ou cinco dias pelas vias naturais, não exigindo qualquer procedimento médico ou cirúrgico. Quando os corpos estranhos ficam retidos no esófago,

qualquer que seja a sua natureza, devem ser removidos de imediato, retirados ou deslocados para o estômago – caso se trate de alimentos –, uma vez que a sua permanência conduz ao desenvolvimento de lesões que podem ser graves.

Também alguns corpos estranhos situados no estômago, que pelas suas características, dimensão (claramente impeditiva de passagem através do piloro), agressividade (alfinetes, agulhas), natureza química (pilhas), constituem risco elevado, devem ser removidos logo que possível.

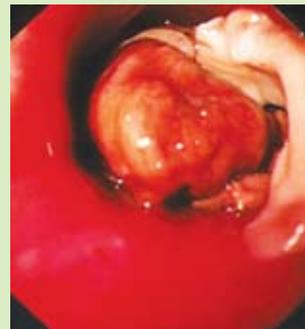


Figura 1



Figura 2

Os endoscópios que utilizamos em crianças acima dos dois anos de idade, altura a partir da qual estes acidentes são mais frequentes, permitem a utilização de quase todos os acessórios existentes no mercado e necessários à remoção dos corpos estranhos.

Recomendamos que a realização destes exames seja feita com os doentes anestesiados e com protecção da via aérea para evitar complicações acidentais sobretudo a nível respiratório.

Fernando Pereira

Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia

Para saber mais:

- * Wahbeh G., Wyllie R., Lay M. "Foreign body ingestion in infants and children: Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Robert Wyllie and Jeffrey S Hyams, third edition 2006 Saunders – Elsevier.
- * Arana A., Hauser B., Hachimi-Idrissi S., Vandenplas Y. "Management of Ingested foreign bodies in Childhood and review of the literature". Eur. J. Pediatr 2001; 160: 458-472

Uma Causa Rara de Polipose Intestinal

Sandra Lopes¹, Susana Alves¹, Luís Tomé¹, Maria Augusta Cipriano², Pedro Figueiredo¹, Carlos Sofia¹, Maximino

1 – Serviço de Gastrenterologia; 2 – Serviço de Anatomia Patológica. Hospitais da Universidade de Coimbra

Um doente de 64 anos, caucasiano, foi referenciado à consulta de Gastrenterologia por quadro clínico com três meses de evolução constituído por diarreia aquosa e sintomas constitucionais. Referia cerca de oito dejecções diárias, sem sangue, mucosidade ou púls, diurnas e nocturnas, associadas a tenesmo rectal, astenia, anorexia, sudorese nocturna e perda ponderal (cerca de 15% do peso corporal habitual). Não apresentava antecedentes patológicos relevantes. O exame físico evidenciou palidez cutâneo-mucosa, emagrecimento, adenomegalias nas cadeias submandibulares, cervicais, supraclaviculares, axilares,

inguinais, as quais eram bilaterais, indolores, duro-elásticas, pouco móveis, com cerca de 1 cm de maior eixo, bem como esplenomegália (6 cm abaixo do rebordo costal).

Analicamente, documentou-se elevação da velocidade de sedimentação (89 mm), anemia normocítica (Hb: 11,5 g/dl; VGM: 87,7fl) e linfocitose periférica (4,5 G/L). Para estudo complementar foi solicitada a realização de colonoscopia, tendo-se identificado formação polipóide com cerca de 3 cm de maior diâmetro, séssil, dura ao toque, em localização adjacente à válvula ileocecal, assim como múltiplos pequenos pólipos (em número superior a 100), sésseis,

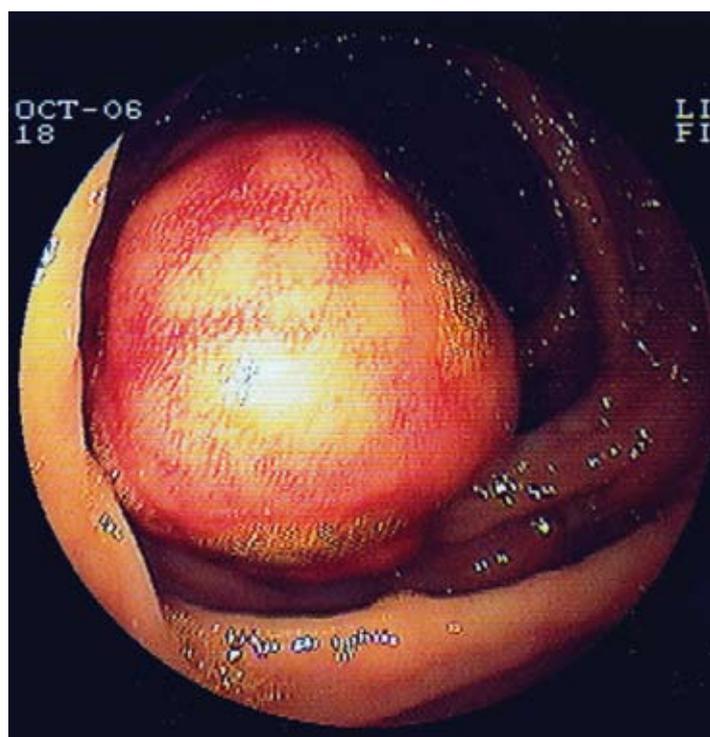


Figura 1 – Formação polipóide séssil, com 3 cm, adjacente à válvula ileocecal

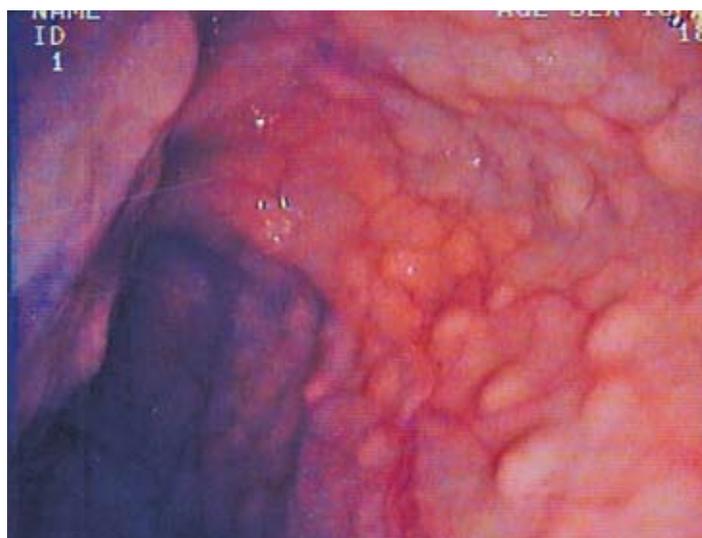


Figura 2 – Múltiplos pólipos sésseis (número superior a de 100), de tamanho variável (1 a 8 mm) distribuídos ao longo do cólon e recto

distribuídos ao longo de todo o cólon e recto (Figuras 1 e 2). O estudo anatomopatológico mostrou atrofia glandular e infiltração da lâmina própria por uma população linfóide monótona, com células linfóides de tamanho pequeno e intermédio, dispostas em toalha ou com padrão nodular, apresentando escasso citoplasma, núcleos redondos a ovalados, com pleomorfismo ligeiro, irregulares e com cromatina hipercromática (Figura 3). A imunohistoquímica demonstrou positividade intensa e difusa para o CD20 e expressão nuclear difusa para a ciclina D1 (Figura 4 e 5) tendo-se concluído que todas estas lesões correspondiam a Polipose Linfomatosa Múltipla (Linfoma B do manto). Para estadiamento realizou TC que evidenciou múltiplas adenopatias cervicais, mediastínicas,

abdominais e pélvicas, espessamento marcado da parede do antro e bolbo e esplenomegália (20,6 cm). Efectuou endoscopia digestiva alta que evidenciou atrofia marcada da mucosa com pregas hipertróficas a nível do antro pré-pilórico. O estudo histológico confirmou o envolvimento linfomatoso. O doente foi orientado posteriormente para a consulta de Hematologia. Foi submetido a PET que revelou extensa doença em actividade com marcado envolvimento linfomatoso ganglionar supra e infradiafragmático, pleuro-pulmonar, peritoneal, gástrico, intestinal e óssea/medular. Perante estes resultados, e dado se tratar de um estágio IV-B da Classificação de Ann Harbor, iniciou tratamento com Rituximab, Ciclofosfamida, Adriamicina, Doxorubicina,

Caso Clínico

Correia Leitão¹

na, Prednisolona (R – CHOP). Após quatro ciclos observou-se melhoria clínica, assim como diminuição do número e tamanho da massa ganglionar (evidenciada pela PET). Repetiu colonoscopia tendo-se objectivado uma diminuição substancial do número e do tamanho dos pólipos, apesar da manutenção da lesão polipóide cecal volumosa. Após 12 meses sob tratamento verificou-se progressão da doença, tendo iniciado novo esquema terapêutico: Ifosfamida, Carboplatínio e Etoposídeo (ICE). No entanto, ao fim de cinco ciclos verificou-se ausência de resposta com doença activa supra e infradiaphragmática. Foi alterado o esquema quimioterápico para Metotrexato e Citarabina tendo cumprido cinco ciclos. Verificou-se progressão tumoral e iniciou, cerca de 28 meses após o primeiro esquema, tratamento com Gencitabina e Metilprednisolona. O doente efectuou suporte transfusional significativo com concentrado de eritrócitos, plaquetas e factores de crescimento de acordo com as necessidades. Por agravamento progressivo do estado geral faleceu cerca de três anos após o início do tratamento.

Comentário:

Os linfomas do tubo digestivo são entidades raras representando apenas 1 a 4% de todas as neoplasias gastrointestinais (1). Apesar de infrequentes, tem-se verificado uma incidência crescente nas últimas duas

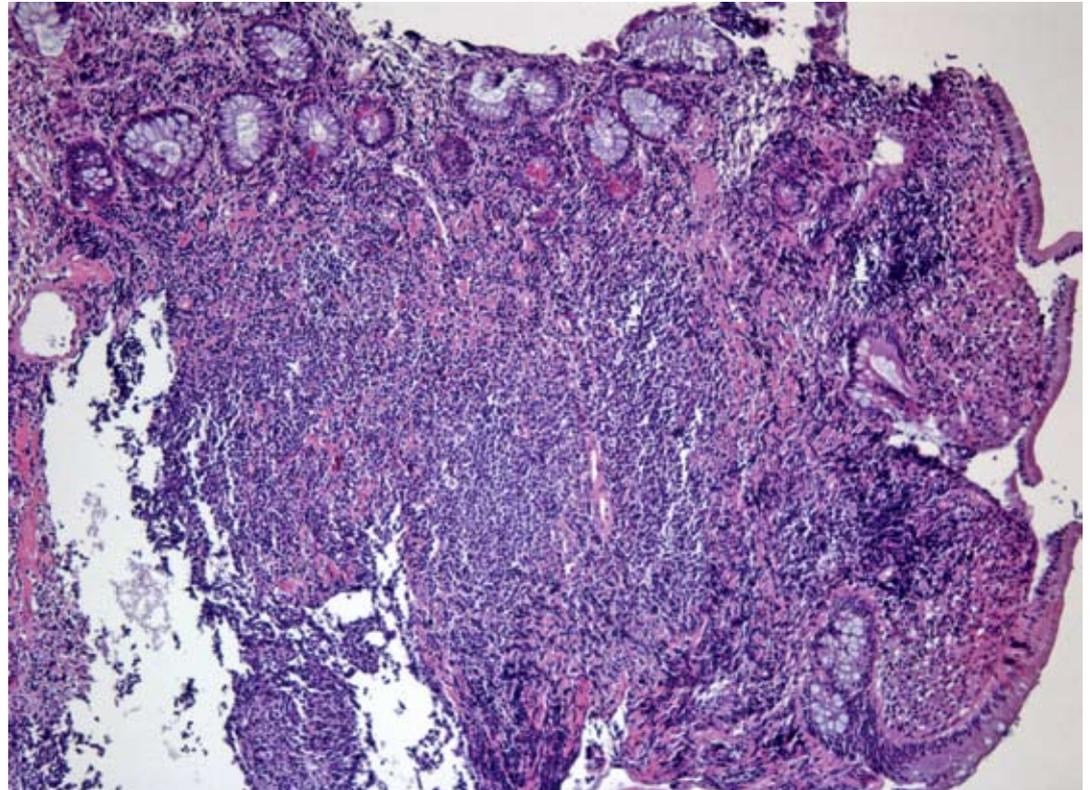


Figura 3 – Atrofia glandular e infiltração da lâmina própria por uma população linfóide monótona (H-E 100x)

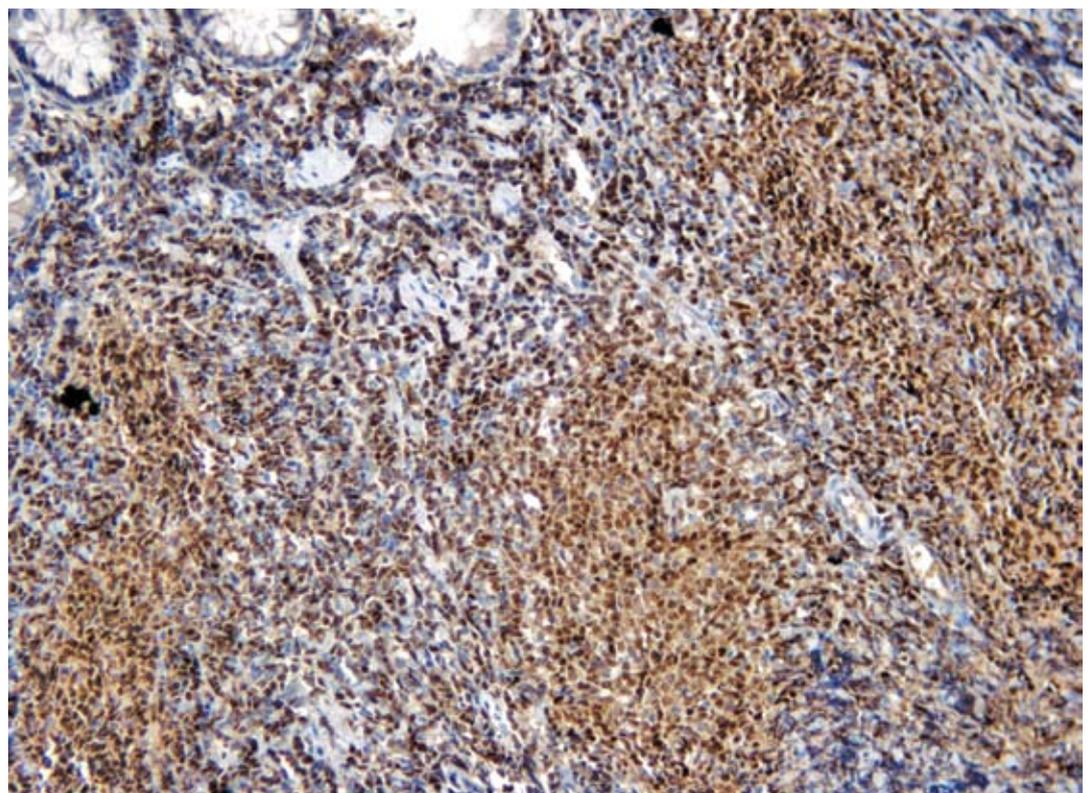


Figura 4 – Positividade imunohistoquímica intensa e difusa para o CD20

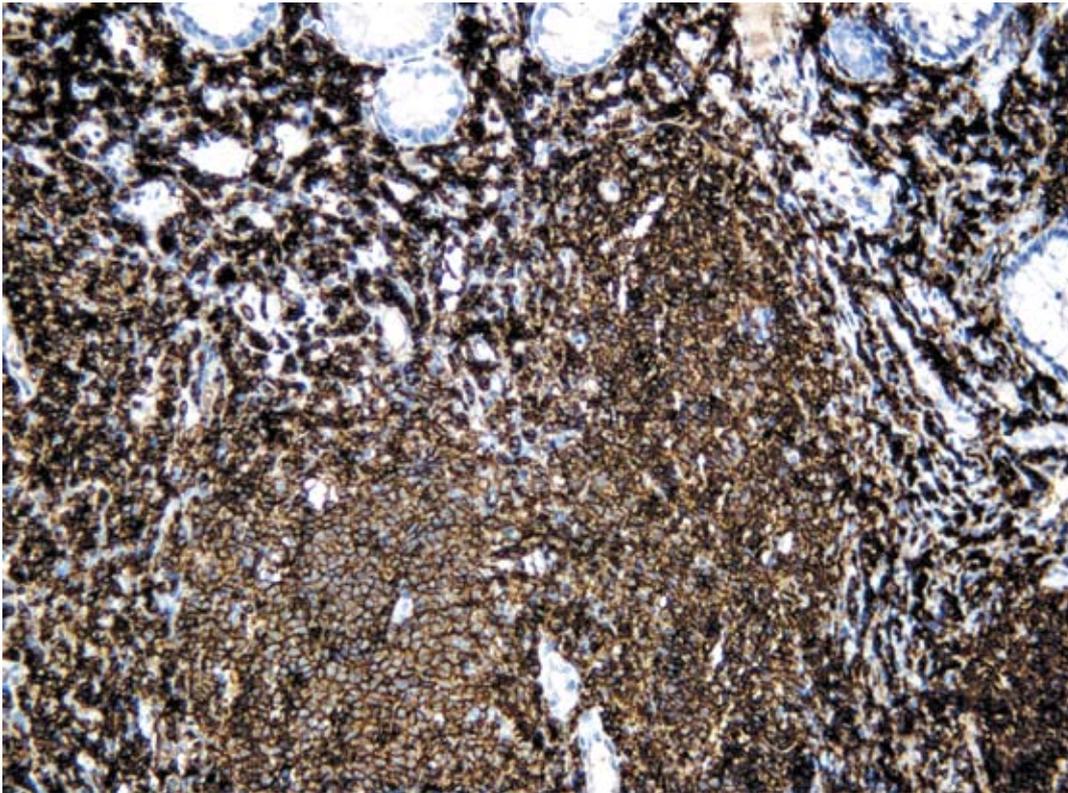


Figura 5 – Positividade imunohistoquímica para a ciclina D1 (expressão nuclear difusa)

a três décadas, tendo sido implicados vários factores de risco para o seu aparecimento, nomeadamente a infecção pelo *Helicobacter pylori*, Doença Inflamatória Intestinal, Doença Celíaca, infecção pelo VIH ou imunossupressão após transplante de órgãos sólidos (2).

A polipose linfomatosa múltipla (PLM) é uma forma rara de apresentação, sobretudo descrita em associação aos linfomas do manto. Tal como no caso em análise, estes linfomas apresentam uma preponderância pelo sexo masculino nas quinta e sexta décadas de vida, sendo as manifestações clínicas variadas e inespecíficas, razão pela qual o diagnóstico tende a efectuar-se num estágio já avançado (1, 3). Nos casos descritos de PLM, as lesões polipóides podem ter morfologia e tamanhos muito distintos, envolvendo mais frequentemente o cólon e o recto (embora possam surgir também no intestino delgado, estômago e duodeno, em ordem decrescente de frequência). Com alguma

regularidade encontra-se uma massa tumoral dominante, sendo esta preferencialmente localizada a nível da região ileocecal (1, 3), tal como acontece com o nosso doente. Histologicamente, existe um infiltrado nodular ou difuso de células linfóides de tamanho pequeno e intermédio com escasso citoplasma, núcleos redondos a ovalados, com pleomorfismo ligeiro, irregulares e com cromatina hiper cromática. A imunohistoquímica mostra células B com positividade característica para CD5 e ciclina D1, correspondendo esta última à característica anatomopatológica mais típica desta entidade (4). A abordagem terapêutica recomendada é essencialmente médica, ficando a cirurgia reservada para as complicações (3). Os protocolos de quimioterapia sistémica que incluem ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (CHOP) ou ciclofosfamida, vincristina e prednisona (COP) e mais recentemente a associação do rituximab aos esquemas com antraciclina, quan-

do introduzidos precocemente, visam diminuir a carga tumoral e prevenir a disseminação sistémica da doença (3). Apesar de um diagnóstico precoce e início atempado da terapêutica, o prognóstico desta situação continua a ser pobre, estimando-se uma sobrevida média inferior a três anos (1, 3).

Concluimos que, embora a polipose linfomatosa múltipla se trate de uma entidade rara, é importante ter conhecimento da mesma, quer pelo seu potencial neoplásico, quer pelas suas implicações prognósticas.

Bibliografia

1. Vignote M. L., Chicano M., Rodriguez F. J., Acosta A., Gómez F., Poyato A., Miño G. Multiple lymphomatous polyposis of the GI tract: report of a case and a review. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 56 (4): 579-81.
2. Crump M., Gospodarowicz M., Sheperd F. A. Lymphoma of gastrointestinal tract. *Semin Oncol* 1999; 26: 324-37.
3. Okazaki K. Multiple lymphomatous polyposis form is common but not specific for mantle cell lymphoma in the gastrointestinal tract. *J Gastroenterol* 2004; 39: 1023-24.
4. Lavergne A., Brouland J. Lounay E., Nemeth J., Ruskone-Fourmestraux A., Galian A. Multiple lymphomatous polyposis of the gastrointestinal tract: an extensive histopathologic and immunohistochemical study of 12 cases. *Cancer* 1994; 74: 3042-50.

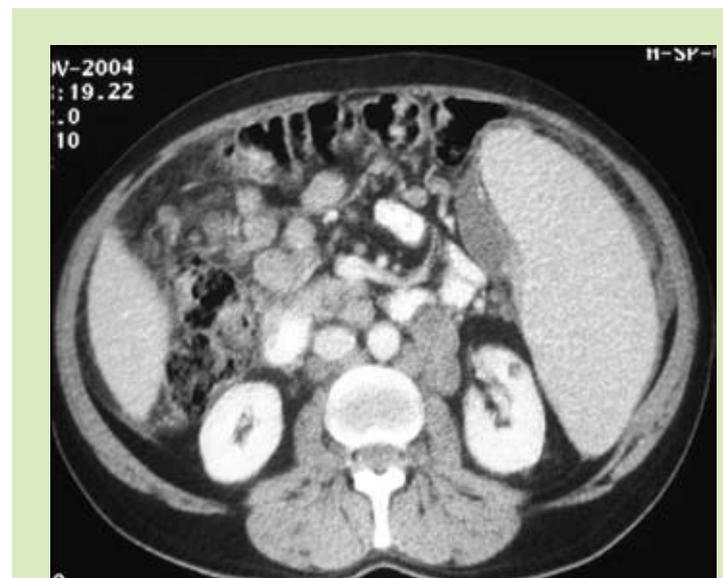


Figura 6 – Adenopatias no território do tronco celiaco e da artéria mesentérica superior (14x10x8 cm), cadeias lombo-aórticas e inguinais (10 cm)

Um Caso de Tumor Endócrino do Intestino Delgado

C. S. Andrade¹; S. Lopes¹; J. E. Pina Cabral¹; P. Figueiredo¹; L. Tomé¹; S. Coelho²; H. Carvalho²; M. A. Cipriano³;

1 – Serviço de Gastrenterologia; 2 – Serviço de Cirurgia; 3 – Serviço de Anatomia Patológica. Hospitais da Universidade



Figura 1 – TC Abdomino-pélvica. Lesão heterogênea com realce periférico e zona central com densidades líquidas, localizado em situação adjacente ao músculo obturador esquerdo e envolvendo este músculo e que corresponde abscesso com cerca de 40 mm



Figura 2 – TC Abdomino-pélvica. Marcada redução das dimensões do abscesso. Formação nodular sólida, com 2,7 cm, com realce após contraste, de limites bem definidos, com sinais de mobilidade, podendo estar na dependência do mesentério ou de uma ansa intestinal, que desvia as estruturas adjacentes, sem mostrar sinais de invasão

Um doente do sexo masculino, com 55 anos de idade e sem antecedentes patológicos relevantes, recorreu ao Médico Assistente por melenas, com início após toma de anti-inflamatórios não esteróides no contexto de artralguas. Analiticamente, apresentava apenas anemia microcítica e hipocrômica (Hb 8,2 g/dl, VGM 78,2 fl). Realizou Endoscopia digestiva alta (EDA) que não mostrou alterações, razão pela qual foi submetido a colonoscopia total que evidenciou uma lesão polipóide sésil com 20 mm, a 12 cm da margem anal. Foi programada mucosectomia endoscópica que decorreu sem complicações imediatas aparentes, tendo o estudo histológico revelado adenoma tubulo-viloso com foco superficial de neoplasia intra-epitelial de alto grau (R0). Imediatamente após o procedimento, o doente iniciou quadro de dor localizada na articulação coxo-femural esquerda, com irradiação à face posterior da coxa e joelho homolateral, com limitação funcional, acompanhada por hipertermia. Foi observado pela Ortopedia, tendo tido alta medicado com analgésicos. O doente queixou-se de apenas um alívio parcial das queixas, motivo pelo qual recorreu novamente ao Serviço de Urgência. Analiticamente, confirmou-se a existência de anemia (Hb 7,5 g/dl) ferropênica (Ferro sérico 16, Ferritina 11, Saturação transferrina 5%; TIBC 349), sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou um Rx simples de abdómen, uma Ecografia abdomino-pélvica e uma Ecocolonoscopia que não revelaram pneumoperitонеu, coleções líquidas abdominais ou pélvicas ou derrame peritoneal. Dada a dúvida diagnóstica, foi submetido a Tomografia Computorizada que evidenciou, finalmente, um abscesso adjacente ao

Instantâneo Endoscópico

C. Sofia¹; M. C. Leitão¹
de Coimbra

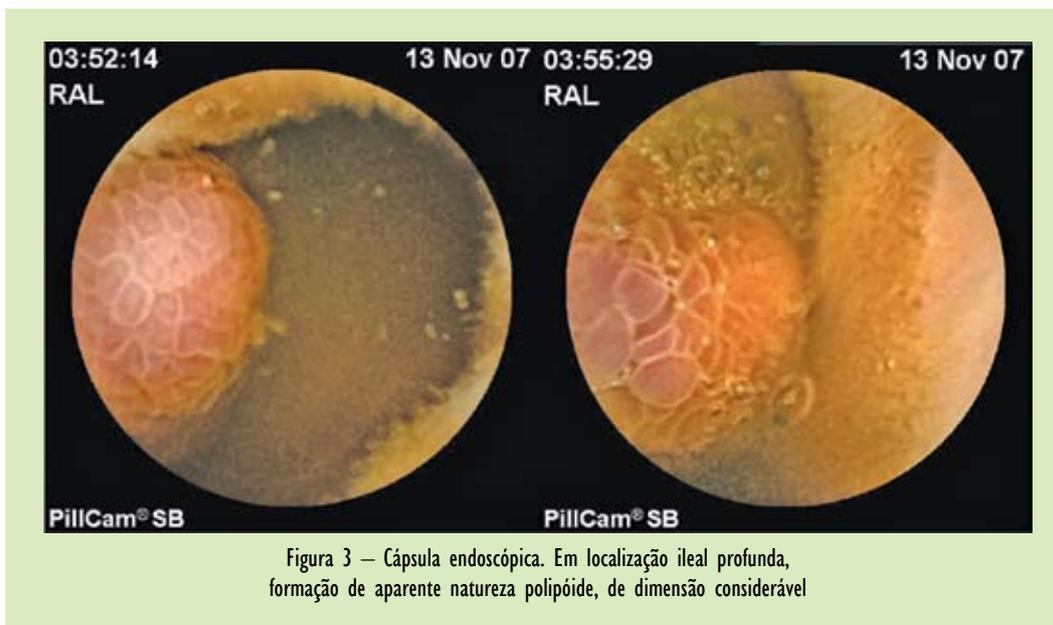


Figura 3 – Cápsula endoscópica. Em localização ileal profunda, formação de aparente natureza polipóide, de dimensão considerável

obturador esquerdo (4 cm) (Figura 1). Por decisão conjunta, médica e cirúrgica, iniciou terapêutica conservadora com pausa alimentar, analgesia e antibioticoterapia endovenosa, verificando-se melhoria clínica e imagiológica francas, sem necessidade de intervenção cirúrgica. Teve alta ao 15º dia de internamento, assintomático. O controlo imagiológico por TC, realizado duas semanas após a alta médica, revelou marcada redução das dimensões do abscesso, tendo o restante estudo da escavação pélvica mostrado uma formação nodular sólida, com 2,7 cm, com realce após contraste, de limites bem definidos, com sinais de mobilidade, podendo estar na dependência do mesentério ou de uma ansa intestinal, que desviava as estruturas

adjacentes, sem mostrar sinais de invasão (Figura 2). Neste contexto, e uma vez que mantinha anemia microcítica (Hb 9,0 g/dl)

sem evidência de perdas hemáticas foi submetido a enteroscopia por cápsula que mostrou, em localização ileal profunda, uma formação de aparente natureza polipóide, de dimensão considerável, em provável relação com lesão subepitelial (Figura 3). Foi submetido a laparotomia e ressecção intestinal segmentar, com excisão de gânglios do mesentério. O estudo histológico evidenciou um carcinoma endócrino bem diferenciado do intestino delgado,

com doença loco-regional (infiltração da túnica muscular, com metástases em 2 de 8 gânglios linfáticos regionais) (Figura 4).

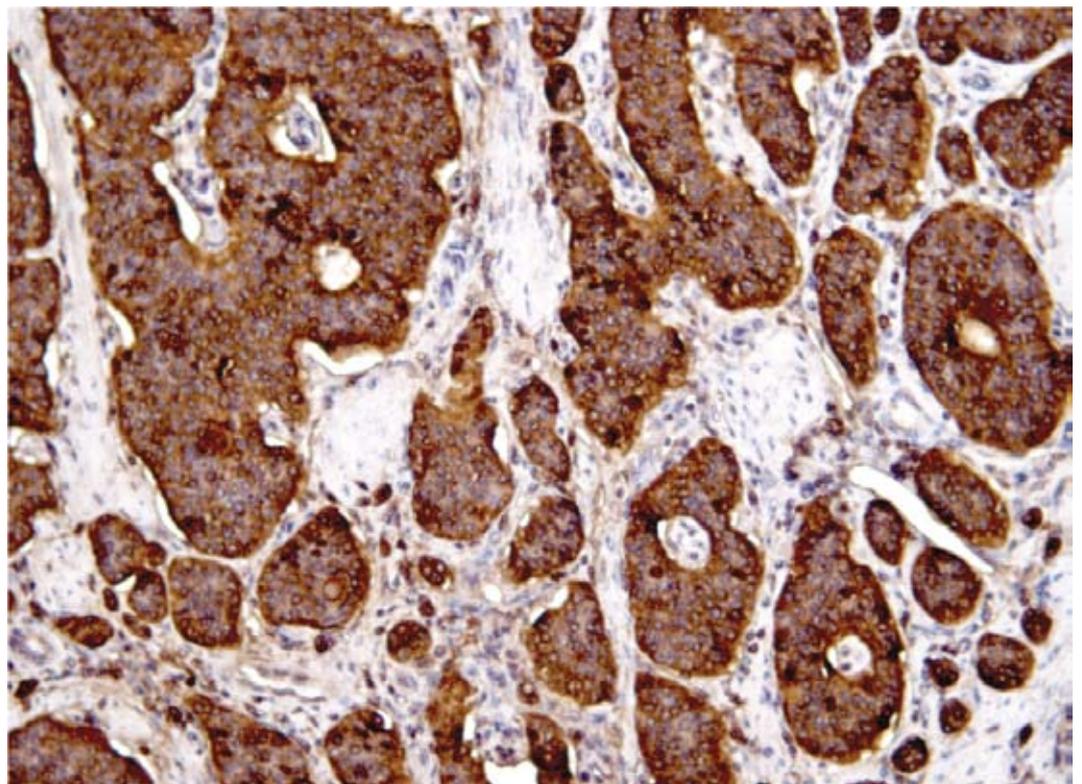


Figura 4 – Histológico após coloração com Cromogranina A (200x)

Fissura Anal

Clínica e etiopatogenia

A fissura anal é uma condição clínica frequente que consiste numa laceração do revestimento do canal anal e se caracteriza por dor associada à defecação e rectorragias. A dor anal ou proctalgia é frequentemente severa, usualmente desencadeada pela passagem das fezes, podendo persistir após a defecção, por vezes durante algumas horas, ou

mesmo esporadicamente despertar o doente durante a noite. É descrita como a passagem de vidros ou lâminas de barbear pelo ânus, pelo que o doente teme ou mesmo evita a defecação, podendo resultar no endurecimento progressivo das fezes e agravamento do traumatismo defecatório. As rectorragias caracterizam-se pela presença de sangue vermelho vivo nas fezes,

na sanita ou no papel higiénico. Embora estas perdas possam ser pontualmente aparatosas, habitualmente são de pequeno volume ou mesmo vestigiais e raramente condicionam anemia ou compromisso hemodinâmico relevante. Para além destas duas manifestações cardinais, a fissura anal pode ser causa de prurido ou escorrência anal. Estes sinais ou sintomas podem



Figura 1 — Fissura anal crónica da comissura posterior

Tema de Revisão

ser causa de significativa perturbação para o doente, quer pela natureza da dor, quer pela preocupação face às perdas hemáticas e ao seu diagnóstico diferencial, motivando frequentemente a avaliação médica com intuito diagnóstico e terapêutico. Em geral, a história clínica da fissura anal idiopática é muito sugestiva e esta hipótese de diagnóstico deve ser imediatamente considerada. O exame proctológico é frequentemente suficiente para o esclarecimento do quadro (Figura 1) e o recurso a exames complementares deve ser, tanto quanto possível, parcimonioso. Não obstante, trata-se de um motivo frequente de pedidos de endoscopia digestiva baixa.

A fissura anal afecta habitualmente adultos jovens ou de meia-idade; o aparecimento numa idade avançada deve constituir um alerta para diagnóstico diferencial, nomeadamente cancro do ânus. Não existem diferenças quanto ao sexo; na mulher, o terceiro trimestre da gravidez e o pós-parto são períodos de especial predisposição. A fissura anal ocorre na maioria das situações (cerca de 90%) na comissura anal posterior, embora possa também surgir na comissura anterior, em especial na mulher. Quando presente lateralmente (fora da linha média), e em especial se se tratam de fissuras grandes, irregulares ou múltiplas, deve-se considerar o diagnóstico diferencial com etiologias específicas como a doença de Crohn, VIH/SIDA e infecções associadas, tuberculose, sífilis, gonorreia, herpes, leucemia ou

cancro do ânus. O exame físico, mediante o afastamento das nádegas e o despreguar suave da margem anal com os polegares, permite habitualmente a visualização de uma solução de continuidade em forma de lanceta na porção distal do canal anal. Nos casos crónicos existe, frequentemente, uma marisca sentinela, que pode ser volumosa e esconder parcialmente a fissura. Podem ainda existir bordos elevados, exposição das fibras do esfíncter anal interno na base da fissura, fibrose do canal e uma papila anal hipertrófica. A palpação é frequentemente dolorosa e não é mandatária; contudo é possível de efectuar na maioria dos doentes, recorrendo a analgesia com gel de lidocaína e efectuando uma introdução digital cautelosa. Permite avaliar subjectivamente a hipertonia esfíncteriana frequentemente associada e detectar fibrose do canal anal e a presença de papila anal hipertrófica. A avaliação instrumental é raramente necessária na fase sintomática, podendo ser diferida. Contudo, se necessário, pode ser efectuada com anuscópios de menor calibre ou com um endoscópio alto.

A história natural da fissura anal é variável, podendo caracterizar-se por uma apresentação aguda e esporádica, por vezes com sintomatologia intensa mas com rápida evolução para a cura (espontânea ou induzida por medidas terapêuticas simples) ou, em alternativa, pode seguir um curso mais refractário caracterizado por recidivas frequentes ou mesmo evolução para a cro-

nicidade. A definição de fissura anal crónica contempla critérios de ordem cronológica e morfológica. O critério cronológico é algo impreciso, aceitando-se que pelo menos seis semanas de persistência da fissura deverão ter decorrido. A definição morfológica assenta em bases mais bem definidas, sendo característica a exposição das fibras musculares transversais do esfíncter anal interno no fundo do leito fissurário. Outros aspectos morfológicos que se correlacionam com a cronicidade são os bordos espessados e a presença de marisca sentinela ou de papila anal hipertrófica.

A etiopatogenia da fissura anal idiopática é ainda incerta, quer quanto à sua génese, quer quanto aos mecanismos de evolução para a cronicidade. O traumatismo da passagem das fezes é provavelmente o factor iniciador. Embora a obstipação possa favorecer o aparecimento da fissura anal devido à passagem de fezes volumosas e duras, não está necessariamente presente (apenas em 25% dos casos). Outro evento traumático relevante é o parto; mais raramente deve-se considerar o sexo anal, procedimentos invasivos tais como exames diagnósticos endoluminais (exames proctológicos, endoscópicos, ecográficos) ou terapêuticos (enemas, supositórios). A hipertonia esfíncteriana parece desempenhar um papel central na maioria dos doentes, embora seja incerto se é de natureza primária ou desencadeada pela dor. Um outro mecanismo proposto introduz a

isquémia selectiva da comissura anal posterior como factor determinante, seja por defeito constitucional seja induzida pela hipertonia esfíncteriana. A isquémia, para além de poder intensificar a proctalgia, impede a cicatrização e conduz à cronicidade. De facto, o canal anal é uma estrutura relativamente pouco perfundida, em especial a nível da comissura posterior onde se localizam a maioria das fissuras anais, conforme demonstrado em estudos anatómicos e de avaliação do fluxo sanguíneo na anoderme por fluxometria. Esta irrigação escassa pode tornar-se crítica quando conjugada com o espasmo do esfíncter anal interno, na medida em que os vasos sanguíneos cursam através das fibras deste músculo.

Tratamento

Os princípios subjacentes ao tratamento médico da fissura anal são a diminuição do traumatismo defecatório, o alívio da sintomatologia dolorosa e a reversão farmacológica da hipertonia esfíncteriana.

Assim, quando presente, a obstipação deverá ser tratada, devendo ainda prevenir-se o seu desenvolvimento como resultado da inibição do acto defecatório pela sintomatologia dolorosa. Recomenda-se:

- Dieta rica em fibras (frutas, vegetais, cereais) e pobre em alimentos gordos e processados, acompanhada de um aumento da ingestão de água;
- Laxantes expansores do volume fecal – constituídos por fibras vegetais como o farelo

de trigo ou mucilagens várias (ispagula ou psyllium, bassorina) têm como objectivo formar um bolo fecal mais mole e volumoso, permitindo uma mais fácil expulsão. As mucilagens devem ser tomadas com uma quantidade suficiente de água (pelo menos 250 ml) após o jantar e, pelo menos, uma hora antes de deitar;

- Laxantes osmóticos – lactulose ou lactitol estão recomendados para crianças pequenas (para quem os laxantes acima descritos são mal tolerados) e para crianças maiores (>6 anos) e adultos que não tolerem ou respondam mal aos laxantes expansores do volume fecal.

Com qualquer destas modalidades terapêuticas o doente deve ser instruído que o efeito pode ser diferido por dois ou três dias;

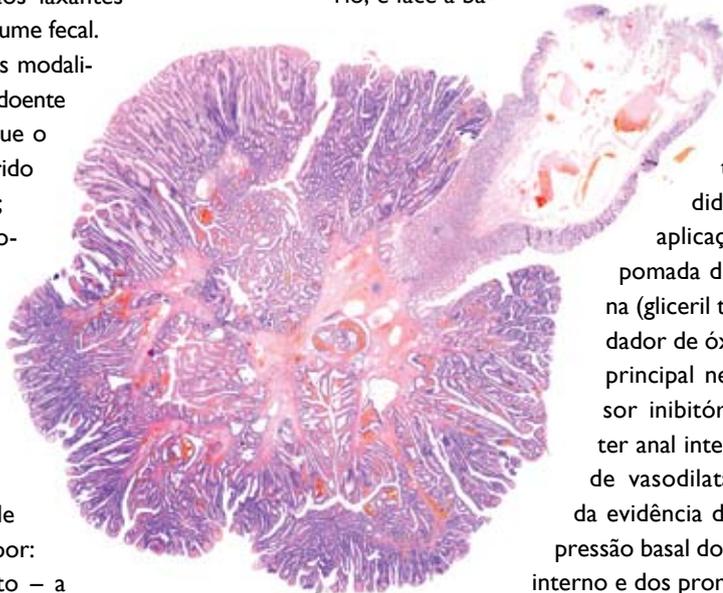
- Lubrificantes – podem ser usados imediatamente antes da defecação (por ex. supositórios de glicerina).

O alívio da sintomatologia dolorosa pode ser proporcionado por:

- Banhos de assento – a imersão da região perineal e nadegueira em água morna durante períodos de dois a cinco minutos isoladamente ou seguido da imersão em água à temperatura ambiente durante mais um minuto (“sitz baths”), poderá produzir um relaxamento do aparelho esfinteriano e um maior aporte sanguíneo na anoderme. Recomenda-se este procedimento após a defecação;
- Anestésicos tópicos (lidocaína, cinchocaína) – embora possam aliviar a dor aguda, não estão padronizadas a dose e formulação; a sua eficácia não foi demonstrada em estudos aleatórios (lidocaína

face a banhos de assento ou dieta com fibras) nem em meta-análise (lidocaína versus placebo, nitroglicerina tópica, fibras ou hidrocortisona). O uso continuado pode resultar em sensibilização cutânea e, como tal, deve ser restringido a sete dias. São possíveis reacções alérgicas sistémicas após absorção mucosa.

- Corticóides tópicos – propostos com o objectivo de reduzir eventual inflamação local, provavelmente têm pouco efeito e apresentam alguns riscos de infecção ou atrofia cutânea. Num estudo aleatório, e face a ba-



nhos de assento e fibras, não evidenciaram vantagens. O seu uso deve ser limitado no tempo (até sete dias).

- Analgésicos sistémicos – a prescrição de analgésicos por via sistémica (oral) como o paracetamol, metamizol ou tramadol, pode ser equacionada adicionalmente em doentes com dor extrema.

Com o recurso a um tratamento conservador e medidas simples (dieta com fibras, hidratação adequada, banhos de assento e laxantes) é possível tratar cerca de 50% das fissuras anais, entre as quais a maioria (cerca de 90%) das fissuras agudas. Con-

tudo, alguns autores entendem que o tratamento inicial deverá contemplar *ab initio* a reversão farmacológica da hipertonia esfinteriana mesmo nas fissuras agudas; esta abordagem está especialmente indicada nas fissuras com critérios de cronicidade, que apresentam menor resposta às medidas conservadoras previamente enunciadas que, não obstante, devem ser usadas em complementaridade.

A reversão farmacológica da hipertonia esfinteriana baseia-se na aquisição recente de uma melhor compreensão da neurofisiologia do aparelho esfinteriano

anal. A abordagem inicialmente proposta e actualmente mais difundida consiste na aplicação tópica de pomada de nitroglicerina (gliceril trinitrato), um

dador de óxido nítrico, o principal neurotransmissor inibitório do esfíncter anal interno e indutor de vasodilatação. Apesar da evidência de redução da

pressão basal do esfíncter anal interno e dos promissores estudos clínicos iniciais, a evidência de eficácia na fissura anal crónica é ainda algo inconclusiva. Uma revisão sistemática recente da Cochrane Collaboration, cuja análise foi prejudicada pela metodologia de alguns estudos, parece apresentar um benefício significativo, embora discreto, face ao placebo e à lidocaína, não apresentando diferenças face à injeção intra-esfinteriana de toxina botulínica e sendo significativamente menos eficaz que a esfínterotomia. Trata-se, ainda assim, de uma terapêutica segura e de efeito reversível, sem efeitos adversos a longo prazo, embora com incidência elevada de cefaleias (cerca de 1/3

dos doentes), dependentes da dose, autolimitadas e passíveis de tratamento com analgésicos. A dose recomendada de nitroglicerina em pomada doseada a 0,2% consta de uma aplicação de cerca de 0,5 g (o tamanho de uma ervilha) na margem anal, duas a três vezes ao dia (manhã, deitar e após defecação) e continuada até à confirmação da cicatrização. Existe uma formulação doseada a 0,4% comercializada em alguns países da Europa e brevemente em Portugal, com eficácia possivelmente acrescida, mas apresentando maior incidência de cefaleias. No que concerne ao uso em crianças, a evidência existente é ainda inconclusiva, sendo necessários mais estudos. As considerações sobre segurança, dose e modo de administração no que concerne aos adultos são igualmente válidas na criança.

Outros fármacos que comprovadamente reduzem a hipertonia do esfíncter anal interno podem eventualmente ser eficazes no tratamento da fissura anal. Contudo, o seu uso é mais recente e objecto de menos estudos e, como tal, a evidência disponível é mais limitada. O melhor estudado é o diltiazem, em aplicação tópica (gel de diltiazem a 2%), que actua por inibição dos canais de cálcio do esfíncter anal interno e apresenta resultados comparáveis aos da pomada de nitroglicerina, com a vantagem da menor incidência de cefaleias. É aplicada na margem anal duas vezes ao dia na dose de 6 mg. Em Portugal, não existe qualquer formulação licenciada, estando apenas disponível pontualmente sob a forma de manipulado.

Em resumo, a conjugação das três vertentes do tratamento acima discriminadas, isto é, a diminuição do traumatismo defecatório, o alívio da sintomatologia dolorosa e a reversão farmacológica da hipertonia es-

fincteriana, resultam na remissão da maioria das fissuras agudas e de um número substancial (cerca de 2/3) de fissuras anais crónicas. Contudo, a recorrência da fissura é frequente (entre 12 a 67%) sendo possível alcançar novas remissões com a repetição dos tratamentos acima referidos. A prevenção da recorrência deve ser sistemática e passa por manter uma dieta rica em fibras. Desde a introdução dos nitratos tópicos, o número de cirurgias por fissura anal reduziu 72% em Inglaterra e 61% na Escócia.

Os casos refractários *ab initio*, com remissão parcial ou cronicamente recidivantes podem ser objecto de terapêutica invasiva não cirúrgica de segunda linha ou eventualmente propostos para cirurgia. Neste contexto, insere-se a terapêutica com injeção intra-esfincteriana de toxina botulínica de tipo A. Esta é uma neurotoxina que impede a libertação da acetilcolina na junção neuro-muscular e reverte transitoriamente a hipertonia esfincteriana quando injectada no esfíncter anal interno (alguns estudos referem a injeção no esfíncter anal externo). A evidência de eficácia da toxina botulínica é também algo inconclusiva face à escassez de estudos que a avaliam e à disparidade de resultados que estes apresentam. Alguns estudos reportam taxas de cicatrização que podem atingir os 89 e 96% após uma ou duas aplicações de 20 U de toxina, respectivamente. Por oposição, outros estudos não conseguiram demonstrar a eficácia desta abordagem. A revisão sistemática da Cochrane não encontrou benefícios face ao placebo, nem face à pomada de nitroglicerina. Para além do custo elevado, a dose e a técnica de administração não se encontram padronizadas. Os efeitos adversos consistem na possibilidade



Uma dieta rica em fibras (frutas, vegetais, cereais) e pobre em alimentos gordos e processados, acompanhada de um aumento da ingestão de água, pode ajudar a combater a obstipação, uma das possíveis causas da fissura anal

de incontinência (para gases em 14% e fezes em 7%) de natureza transitória (duas ou três semanas). Existem riscos de infecção ou hematoma local bem como de trombose hemorroidária. A revisão da Cochrane não evidenciou efeitos adversos acrescidos. A taxa de recorrência é variável entre 0 a 52%.

Até à emergência das novas abordagens farmacológicas, a terapêutica cirúrgica da fissura anal era considerada o tratamento de eleição das situações com critérios de cronicidade. Associa uma elevada eficácia, com taxas de remissão superior a 95% na maioria das séries, a uma boa tolerância e rapidez da resposta clínica. Na sua abordagem mais consensual, a esfíncterotomia lateral interna é um procedimento

simples, passível de efectuar em regime de ambulatório, inclusive sob anestesia loco-regional. Contudo, a percepção generalizada de resultados muito favoráveis tem vindo a ser temperada pela tomada de consciência de que, a longo prazo, existe um risco ligeiro, mas concreto, de efeitos adversos de natureza irreversível sobre a continência do aparelho esfincteriano. A intensidade desta perturbação pode variar significativamente desde a inconveniência social de uma incontinência esporádica para gases, passando por situações de escorrência de secreções ou fezes líquidas que sujam a roupa interior até, muito raramente, incontinência franca de fezes sólidas ou semi-sólidas. A sua prevalência é objecto de acesa

disputa, alguns defendendo ser mínima e quase negligenciável, enquanto outros sustentam poder atingir valores muito significativos. De facto, em diferentes estudos constatam-se amplas variações entre 0 e 36%, 0 e 21% e 0 e 5% de incontinência para gases, líquidos ou sólidos, respectivamente. Independentemente da ausência de unanimidade nesta questão, é hoje recomendado que a esfíncterotomia deve ser efectuada de forma poupadora tanto quanto possível, existindo subgrupos de risco a considerar como, por exemplo, as mulheres múltiparas ou com história de acidentes obstétricos, os idosos ou os diabéticos.

Pedro Amaro

Serviço de Gastrenterologia

Hospitais da Universidade de Coimbra

VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica

A VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica realizou-se no dia 12 de Janeiro de 2008, na Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, com o patrocínio científico das Sociedades Portuguesas de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Coloproctologia, Faculdade



de Ciências Médicas e o Centro de Estudos Manuel Machado Macedo.

As Reuniões Ibéricas são anuais e congregam todos os centros que se dedicam à realização desta técnica recente. Têm como objectivo a divulgação científica e a partilha do conhecimento no âmbito da Endoscopia por Cápsula e fortalecer o intercâmbio e a discussão entre todos os Especialistas Portugueses e Espanhóis.

O programa científico englobou todos os aspectos referentes à prática clínica e investigação da endoscopia por cápsula, actual e futura. A cápsula do cólon, que permite a observação do cólon e do recto, tem grande capacidade diagnóstica, excelente comodidade, aderência e preferência do doente, de acordo com estudos comparativos com a colonoscopia, realizados nos EUA e na Europa. Esta cápsula, de dimensões iguais à cápsula do intestino delgado, tem duas câmaras, regista quatro imagens por segundo e tem maior autonomia, permitindo obter 140.000 imagens. Esta técnica não invasiva realiza-se em regime ambulatorio, permitindo uma vida normal, não necessitando de sedação ou anestesia. Devido ao facto de esta técnica ser muito recente e necessitar de formação específica, a Comissão Organizadora do evento decidiu organizar um curso prático para vinte Mé-

dicos Gastrenterologistas, provenientes de Centros de Gastrenterologia de todo o País, convidando prelectores de duas instituições de reconhecida experiência, como a Universidade de Navarra de Espanha e o Rambam Health Care Campus de Israel.

A Reunião incluiu duas mesas-redondas, duas conferências e sessões de comunicações científicas, sob a forma de comunicações orais, posters ou instantâneos endoscópicos, um fórum clínico e apresentação dos consensos actuais sobre cápsula endoscópica. A primeira mesa-redonda teve como tema a hemorragia digestiva média e foi presidida pelos Drs. Hermano Gouveia e A. M. Sánchez Cantos, tendo sido moderada pelo Prof. Pedro Figueiredo e pelo Dr. Joaquín Balanzó Tintoré; os oradores foram o Dr. Nuno Almeida e a Dra. Sara Galter.

Os oradores definiram o conceito de hemorragia digestiva média, como a hemorragia com origem entre a ampola de Vater e o ileon terminal. Realçaram o papel fundamental da cápsula no diagnóstico das hemorragias digestivas provenientes do intestino delgado e do seu impacto, condicionando mudanças de estratégia diagnóstica e terapêutica. A segunda mesa-redonda abordou a DII e os Tumores do ID, foi presidida pelos Drs. José Soares e D. Martínez Alcalá e moderada pelos Drs. Teresa Costa Macedo e A. Mata Bilbao, tendo como oradores os Drs. José Soares e E. Pérez Cuadrado. Apresentaram a incidência e classificação dos tumores benignos e malignos e correspondente iconografia pessoal, bem como as síndromes familiares. Realçaram ainda o papel da cápsula endoscópica como exame de diagnóstico de primeira linha, completado pela enteroscopia de duplo balão.

A primeira das conferências, presidida pelos Professores J. M. Romãozinho e J. M. Herreiras, com o título *State of Art* da Endoscopia por cápsula, foi proferida pelo Dr. Marco Pennazio da Universidade de Turin. A segunda conferência, presidida pelo Dr. J. M. Bordas Alsina e pelo Prof. José Velosa, referente à inovação técnica da Cápsula do cólon, teve como conferencistas o Prof. Rami Eliakim, do Rambam Health Care Campus de Israel,

pioneiro da técnica da cápsula do esófago e do cólon, e o Prof. Marco Pennazio. Os oradores apresentaram a nova cápsula específica para avaliação do cólon, a sua experiência e referência aos protocolos e estudos científicos realizados na Europa, Israel e Estados Unidos da América.

Quanto aos trabalhos científicos, foram apresentadas 14 comunicações orais, cinco instantâneos endoscópicos e três posters que reflectem a grande experiência ibérica nesta técnica, tendo sido muito participativa a assistência. O fórum clínico, referente à retenção da cápsula, foi presidido pelos Drs. António Bahudo e J. Huelin Benítez e moderada pelas Dras. Clotilde Lérias e Begoña González Suárez. O primeiro orador, Dr. A. Caunedo Alvarez, abordou o tema “Prevenção da retenção e Cápsula patência (agile patency)”. Esta cápsula de dimensões iguais à cápsula com videocâmara é destinada a verificar a patência do tubo digestivo. É composta por um corpo que engloba um pequeno sinalizador interno de identificação por radiofrequência. A cápsula ingerida é descartável e é naturalmente eliminada pela evacuação. Se houver obstrução, inicia-se um processo de desintegração do invólucro da cápsula, não havendo assim o risco de obstrução. Nas recomendações técnicas sugeridas, o intestino é considerado permeável à cápsula se a cápsula patência é eliminada intacta ou não é detectada pelo scanner 30 horas após a ingestão, permitindo assim a realização da videoenteroscopia por cápsula. É recomendada nos doentes com estenoses da doença de Crohn ou doentes submetidos a radioterapia abdominal ou pélvica. O tratamento da retenção da cápsula foi abordado pelo Prof. M. Mascarenhas Saraiva que referiu os vários protocolos que podem ser utilizados e o papel fundamental da videoenteroscopia de duplo balão na remoção da cápsula, sendo nalguns casos necessário o recurso à cirurgia, que já estaria indicada pela situação clínica que originou a retenção. Na última apresentação do fórum, o Dr. Iñaki Fernández Urién abordou a esofagoscopia por cápsula na doença de refluxo gastro-esofágico e na hipertensão portal, utilizando um outro modelo de cápsula, a cáp-

sula esofágica. Apoiado pelos encorajadores resultados publicados, considerou ser uma técnica alternativa aos doentes que recusam a realização de endoscopia convencional, argumentando ser útil a continuação dos trabalhos científicos em curso e clarificação dos protocolos de ingestão da cápsula.

A última sessão, referente aos Consensos, foi presidida pelo Prof. M. Mascarenhas Saraiya e pelo Dr. F. Pellicer Bautista, tendo sido moderada pela Dra. Irene Martins e pelo Dr. E. Pérez Cuadrado. O Dr. Servando Fernández Díez apresentou os consensos referentes à hemorragia digestiva de origem desconhecida ou obscura que se define como a hemorragia gastrointestinal que persiste ou recorre sem uma etiologia definida pela endoscopia alta e colonoscopia com ileoscopia. Classifica-se como obscura/oculta ou obscura/manifesta segundo a presença ou ausência de hemorragia clinicamente evidente. Real-

çou a importância da cápsula no algoritmo diagnóstico, baseado nas meta-análises dos trabalhos prospectivos e do interesse da precocidade da realização do exame. Referiu-se ao papel da cápsula nos tumores do intestino delgado, nomeadamente nas síndromas polipoides familiares. O Dr. J. Valle apresentou os consensos actuais referentes à Doença de Crohn e à doença celíaca, referindo-se às vantagens da cápsula endoscópica em relação a outras técnicas de imagem do intestino delgado na doença de Crohn, o seu papel na colite indeterminada e a sua utilidade na criança com suspeita de doença de Crohn. Esta técnica pode ainda ser útil nos doentes com suspeita de doença celíaca quando os resultados histológicos são normais ou equívocos, nos doentes com suspeita de doença celíaca que não querem realizar endoscopia digestiva alta e nos doentes com doença celíaca sintomáticos apesar da dieta sem glúten,



especialmente com perda de peso, febre ou dor abdominal.

Enaltecemos o grande contributo científico de todos os participantes que permitiu o êxito da Reunião, agradecendo às Comissões Científica e Organizadora, Faculdade de Ciências Médicas, Instituições que concederam o patrocínio científico e Patrocinadores.

Dr. Luís Abreu Novais

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Coordenador da VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica

Protocolo SPED / AstraZeneca

No âmbito das acções de divulgação de temas de relevância para os profissionais de saúde, *media* e população em geral, de que é exemplo a campanha de prevenção do cancro colo-rectal, foi decidido dar um novo impulso às profícuas relações com a AstraZeneca, procurando otimizar, tornar mais transparente e eficaz esta relação, para o que se procedeu à assinatura de um protocolo entre as duas entidades.

Traduzindo a importância deste protocolo, foi o mesmo assinado na sede da SPED, pelo seu Presidente, Professor Doutor José Manuel Romãozinho e pelo Sr. Alberto Aguiar, Director-Geral da AstraZeneca e Presidente da Fundação AstraZeneca. Assistiram à cerimónia o Secretário-Geral, a Tesoureira e a Presidente do Conselho Fiscal da SPED, respectivamente Drs. Mendonça Santos, Anabela Pinto e Beatriz Costa Neves e a Dr.ª Antónia Lisboa, *Manager* de Relações Públicas da AstraZeneca e Célia Machado, Relações Públicas da AstraZeneca.

Para tornar mais profissionalizadas as acções a empreender, a centralização funcional das actividades de divulgação será exercida por uma empresa que colocará à disposição da SPED os recursos humanos e materiais de comunicação e assessoria mediática, por forma a responder às necessidades concretas decorrentes do plano estratégico definido.

Será realizada uma monitorização noticiosa, com especial ênfase na área gastroenterológica e nos reflexos das actividades desenvol-

vidas com base neste protocolo.

Também estão previstas acções de *media training*, a primeira das quais já se realizou. Trata-se de acções de formação da maior importância, sabendo-se que, de qualquer entrevista, apenas escassos segundos serão transmitidos, o que obriga a ter mensagens curtas e incisivas, capazes de atingir o alvo definido, nomeadamente, a população não médica.

Mendonça Santos

Secretário-Geral da SPED



Ecoss da XXII Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

Em 16 e 17 de Novembro de 2007 realizou-se, em Viseu, a XXII Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD), tendo como tema principal “A Prevenção e Palição em Gastrenterologia”. A organização coube ao Serviço de Gastrenterologia do Hospital de São Teotónio de Viseu, presidida pelo Dr. António Caldas.

A Reunião teve como cenário o agradável Hotel Montebelo e contou com o patrocínio imprescindível da indústria farmacêutica e o concurso não só de gastrenterologistas continentais e insulares, mas também de colegas franceses, como adiante se explicitará.

Sendo o tema tão abrangente, outras vertentes que não a especificamente gastrenterológica tinham de ser abordadas. Assim, foram também intervenientes especialistas de áreas conexas, designadamente Nutrição, Cirurgia, Radiologia, Oncologia, Genética, Terapêutica da Dor e Apoio Espiritual.

A assistência foi numerosa, atenta e participativa.

O programa repartiu-se, como habitualmente, por comunicações livres, conferências, mesas redondas, apresentação de casos clínicos, vídeos e casos *flash*.

Em termos de comunicações livres, colegas dos vários centros apresentaram a sua experiência em itens diversos, destacando-se a prevenção do CCR com seis apresentações. Também a patologia biliar, a palição do CEC com próteses auto-expansíveis e a Gastrostomia Percutânea Endoscópica mereceram realce.

Do programa constaram três conferências, de relevância manifesta:

1. Obesidade e patologia digestiva – Dr.^a Cristina Fonseca (Almada);
2. A genética nos tumores do tubo digestivo – Dr. Manuel Teixeira (Porto);
3. Segurança dos novos fármacos na DII – Dr. Francisco Portela (Coimbra).

As mesas-redondas abordaram subtemas de prevenção e palição:

- a) Prevenção na cirrose hepática – da hemorragia, da ascite e PBE, da síndrome hepatorenal;
- b) Palição na patologia tumoral obstrutiva do tubo digestivo e biliar – papel da endoscopia, da cirurgia e da radioterapia / radiologia de intervenção;
- c) Prevenção dos tumores malignos do tubo digestivo – factores e grupos de risco / con-

dições e lesões pré-malignas / grupos de risco e sua estratificação, respectivamente para o esófago, estômago, cólon e recto; e estratégias de prevenção e vigilância nestes órgãos.

Os temas foram apresentados de forma objectiva, fomentando uma discussão participada e esclarecedora.

Finalmente, abordou-se um item de eleição em termos de terapêutica paliativa: “Nutrição, controlo da dor e interacção com o doente terminal”.

Foi uma sessão ímpar e transcendente, sobretudo pelas intervenções do Dr. Eduardo Pereira com a “Relação médico-doente” e do Sr. Padre Vaz Pinto com o “Apoio espiritual”.

Os casos clínicos, vídeos e casos *flash* foram apelativos pela demonstração da actividade assistencial dos serviços, dentro das normas de orientação clínica mais actuais, associando documentação iconográfica semiológica e terapêutica de grande valia. Alguns dos trabalhos foram premiados, a saber:

Prémio “A. Menarini Portugal” - Melhor Comunicação Livre.

Atribuído a dois trabalhos:

- *Avaliação prospectiva da segurança da CPRE em doentes ambulatórios*, Santos H, Peixe B, Sousa D, Ornelas R, Ramos A, Guerreiro H, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Faro.
- *Colonoscopia virtual e colonoscopia óptica no diagnóstico de lesões do cólon: Resultados preliminares de estudo prospectivo*, Leite S, Barroso S, Moreira MJ, Lima CL, Ribeiro JM, Macedo F, Pinho JA, Dias AS, Cotter J, do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do



Alto Ave, Guimarães.
Prémio “Olympus Portugal” -
Melhor Caso Clínico:

- *Contribuição da ecografia no diagnóstico da trombose mesentérica*, Caldeira A, Martin F, Gonçalves R, Pereira E, Sousa R, Tristan J, Banhudo A, do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco.

Prémio “Olympus Portugal” - **Melhor Documento Audiovisual:**

- *Variz cólica idiopática*, Peixoto P, Sadio A, Araújo R, Cancela E, Castanheira A, Ministro P, Silva A, Caldas A, do Serviço de Gastreenterologia do Hospital S. Teotónio, Viseu.

Foi ainda atribuída a **Bolsa de Investigação do NGHD** para 2007, patrocínio Altana Nycomed, a dois projectos:

- *Valor do estudo citométrico do conteúdo de ADN em Fase S nos pólipos cólicos e na se-*



Alguns números da Reunião:

- 23 Laboratórios patrocinadores;
- 179 Inscritos - 143 Sócios, 36 Não sócios;
- 76 Participantes no Programa Científico;
- 14 Comunicações Livres;
- 16 Casos Clínicos;
- 12 Casos Flash;
- 2 Comunicações Vídeo.

quência adenoma-cancro do cólon. Investigador principal: Rui Ramos (Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã - Director: Dr. C. Casteleiro Alves).

- *Estudo da acuidade da Ecografia Hidrocólica na detecção de lesões cólicas*. Investigador principal: Ana Caldeira (Serviço de Gastreenterologia do Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco - Director: Dr. António Banhudo).

Ainda no âmbito do programa científico merece destaque a participação de colegas franceses de associação congénere do NGHD (Association des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux - ANGH), apresentando o resultado de um estudo prospectivo sobre hemorragia digestiva alta, incluindo mais de 3.000 doentes.

Realce ainda para o lançamento da sexta publicação do NGHD, sob o patrocínio da AstraZeneca, intitulada “Prevenção em Gastreenterologia”, tendo como editor convidado a Dr.ª Ana Paula Oliveira (Hospital de S. Bernardo-Setúbal); e ainda a já habitual prestimosa colaboração literária do Dr. Ireneu Cruz com o livro “O ano de 1942 o da verdadeira primeira viagem” na continuação da saga dos descobrimentos portugueses, patrocínio dos Laboratórios Delta.

O jantar de encerramento, abrihantado por um agrupamento de música popular, e a visita ao museu Grão Vasco na antiga urbe medieval de Viseu, na manhã de Domingo, coroaram a Reunião com momentos de descontração e cultura.

Supomos que a comunidade gastreenterológica não se sentiu defraudada nesta curta estadia na “cidade de Viriato”.

António Castanheira

Serviço de Gastreenterologia do Hospital de S.

Teotónio, Viseu

Agenda

18 A 19 DE ABRIL

6^{as} Jornas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva
21ª Reunião de Endoscopia Digestiva – “Clube Endoscópico do Eixo Atlântico”

Local: Centro Cultural – Deputación de Ourense, Ourense
Organização: Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Ourense

Secretariado:

Serviço de Gastreenterologia 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

23 A 27 DE ABRIL

43rd Meeting of the European Association for the Study of the Liver
Local: Milão, Itália

Organização: EASL -

The European Association for the Study of the Liver

Secretariado: Kenes International

E-mail: easl2008@easl.ch

Website: www.easl.ch/liver-meeting

3 DE MAIO

II Reunião Ibérica de Enteroscopia de Duplo Balão

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Secretariado: Sr. Alberto Matias
Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Tel: +351 239 400 483

E-mail: gastro@huc.min-saude.pt



17 A 22 DE MAIO

DDW 2008 – Digestive Disease Week

Local: San Diego Convention Center, California, EUA

E-mail: www.ddw.org

3 A 6 DE OUTUBRO

ACG 2008 - American College of Gastroenterology – Annual Scientific Meeting and Postgraduate Course

Local: Orlando, Florida, EUA

Organização: ACG - American College of Gastroenterology

Website: www.acg.gi.org

31 DE OUTUBRO A 4 DE SETEMBRO

59ª Reunião da American Association for the Study of Liver Diseases

Local: São Francisco, EUA

Website: www.aasld.org



28 DE NOVEMBRO

Simpósio “Qualidade em Endoscopia Digestiva: Da Formação à Prática - Que Futuro?”

Local: Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

Organização: SPED

Website: www.sped.pt

4 A 7 DE MARÇO 2009

5º Curso de Endoscopia / 6ª

Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva / Comemoração dos 30 anos da SPED

Local: Auditórios dos HUC, Coimbra

Organização: SPED

Website: www.sped.pt