

**Afirmação Internacional
da SPED**

**Quo Vadis, Colonografia por
Tomografia Computorizada?**

**Qualidade em
Endoscopia Digestiva
Da formação à Prática:
Que Futuro?**

**Curso de Metodologias de
Análise e Comunicação
Científica (MACC): o
Primeiro Round**

Sumário

- 4 EDITORIAL
Comissão das Relações Internacionais da SPED
- 6 Afirmação Internacional da SPED
- 6 NÓS LÁ FORA
Effect of portal hypertension in the small bowel: an endoscopic approach
- 6 AGENDA
- 7 O CANTO DO INVESTIGADOR
O Dr. José Pedro Moreira da Silva, cirurgião do IPO Porto, desenvolveu estudos iniciais de avaliação de viabilidade de um modelo de cirurgia "FAST-TRACK" para o tratamento de doentes com carcinoma colo-rectal; e do questionário de qualidade de vida a aplicar a estes doentes
- 8 MOMENTO PEDIÁTRICO
Esofagite eosinofílica em dois irmãos: Predisposição familiar?
- 13 ACTUALIZAÇÃO DOS REGULAMENTOS DAS BOLSAS DA SPED
- 14 CASO CLÍNICO
Carcinóide Gástrico – Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento
- 18 TEMA DE REVISÃO
Quo Vadis, Colonografia por Tomografia Computorizada?
- 22 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO
Varizes Idiopáticas do Cólon
- 24 REPORTAGEM
Qualidade em Endoscopia Digestiva Da formação à Prática: Que Futuro?
- 27 REPORTAGEM
Curso de Metodologias de Análise e Comunicação Científica (MACC): o Primeiro Round
- 29 REPORTAGEM
EndoClub Nord

Nota do Editor

Constitui este o quarto e último número do ano de 2008. A linha editorial da revista manteve-se, mas a inevitável renovação, se quisermos que a publicação

Digestiva, que decorreu no passado dia 28 de Novembro na Fundação Calouste Gulbenkian. Trata-se de um marco importante na história da nossa Sociedade, esperando-se que dê frutos a curto ou médio prazo.



Capa:
"Pólipo invaginado", da autoria de: Maldonado MR, Correia L, Serra D, Velosa J, Carneiro de Moura M Serviço Medicina II, Hospital de Santa Maria, Lisboa 1º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2001

se mantenha interessante e actual, impõe-se. Para tal, é fundamental o contributo dos leitores, relembrando-se a existência do espaço "Carta ao Editor". Merece referência neste número a reportagem sobre o simpósio subordinado ao tema "Qualidade em Endoscopia Digestiva, da formação à prática: que futuro?", organizado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia

A actividade da Comissão de Relações Internacionais, fundamental para a afirmação externa da endoscopia digestiva nacional, é o objecto do editorial publicado neste número. O tema de revisão, abordando um assunto da maior actualidade, deverá merecer atenção redobrada. Terminamos estas breves notas desejando a todos os leitores um excelente ano de 2009.

Pedro N. Figueiredo

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º24 • Outubro/Dezembro 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. **Colaboram neste número** Ângela Gaspar; Catarina Brandão; Elisabete Cardoso; Fernando Pereira; José Cabral; Luís Leça; Luís Moreira-Dias; Mário Dinis Ribeiro; Mário Oliveira; Marta Chambel; Nuno Mesquita; Pedro Pimentel-Nunes; Rui Silva; Susana Piedade; Teresina Amaro; Virgínia Loureiro. **Secretariado** Helena Granado. **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 andar 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 • Fax: 218 532 918 • E-mail: vfrias@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** Focom XXI • Rio Maior. **Tiragem** 10.000 exemplares

Editorial

Comissão das Relações Internacionais da SPED



Dr. Luis Abreu Novais
Coordenador da Comissão das Relações
Internacionais da SPED;
Vice-Presidente da Sociedade
Portuguesa de Endoscopia Digestiva

A Direcção da SPED, sob a presidência do Prof. Doutor José Manuel Romãozinho, para persecução dos seus objectivos, nomeadamente de promover contactos e o intercâmbio internacional entre os diversos profissionais ligados à endoscopia digestiva, decidiu criar a Comissão de Relações Internacionais, de apoio à Direcção. Esta comissão é composta por: Dr. Luís Novais (Coordenador) e pelos Prof. Doutores Guilherme Macedo, Pedro Figueiredo e Mário Dinis Ribeiro. Foram definidas as seguintes funções: apoiar a Direcção da SPED em assuntos referentes às relações exteriores institucionais; participar activamente e promover a organização de eventos nacionais e internacionais que visem a promoção da endoscopia digestiva nacional; cooperar e promover o intercâmbio com organizações congéneres internacionais; divulgar no estrangeiro, a experiência portuguesa no âmbito da endoscopia.

Assim, a Comissão de Relações Internacionais pretendeu que a SPED naturalmente pudesse assumir um papel de maior participação e protagonismo na cena internacional, quer na vertente europeia, quer atlântica, quer ainda com os países de expressão portuguesa. No âmbito da SPED, havia espaço para reforçar a participação e peso específico da Sociedade, através não só da influência que vários membros actualmente têm em estruturas internacionais, como do reforço da nossa presença nessas mesmas estruturas. O Prof. Doutor Guilherme Macedo, como *International Governor of American College of Gastroenterology* privilegiou a colaboração da SPED com o ACG e como *Team Member of Education & Training Committee da World Gastroenterology Organisation*, a cola-

aboração da SPED com a WGO, nomeadamente com o programa *Train the Trainers* (TTT). A importância das ligações específicas às grandes sociedades, com particular relevo naturalmente com a *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)*, foi da maior relevância a eleição no último Congresso Europeu em Viena de Áustria, do Prof. Doutor Mário Dinis-Ribeiro como *ESGE Governing Board*.

De referir, neste tempo já decorrido, a participação dos membros da Comissão das Relações Internacionais da SPED na organização e na concessão do patrocínio científico da SPED às seguintes reuniões ibéricas: VI Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica, realizada em Janeiro de 2008 em Lisboa, sob a coordenação do Dr. Luis Novais e a II Reunião Ibérica de Enteroscopia de Duplo Balão, realizada em Maio de 2008, sob a coordenação do Prof. Doutor Pedro Figueiredo.

Do maior interesse é envolver representantes das sociedades científicas estrangeiras nos congressos nacionais ou reuniões de carácter internacional, solicitando patrocínio científico, como aconteceu recentemente com o Simpósio Qualidade em Endoscopia Digestiva que teve o patrocínio científico do ACG e ESGE.

A Comissão de Relações Internacionais pretende estreitar a sua relação com outras instituições ou sociedades internacionais e fomentar a participação activa dos sócios da SPED, com apresentação de trabalhos científicos nas reuniões científicas ou como convidados. A todos os sócios da SPED e restantes colegas solicitamos a preciosa colaboração em todas as actividades que possam dignificar e projectar a nossa sociedade, disponibilizando-nos para todo e qualquer apoio que necessitem.

Afirmação Internacional da SPED

É com enorme prazer que se divulgam os recentes êxitos que a SPED conseguiu, graças ao esforço levado a cabo para quebrar o isolamento crónico dos portugueses nos areópagos internacionais e ao mérito individual dos colegas escolhidos. Assim, o Prof. Doutor Mário Dinis Ribeiro, que já fazia parte do Corpo Editorial (*Editorial Board*) do *Endoscopy*, revista que

é o órgão oficial da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva (ESGE) e Sociedades afiliadas, como é a SPED, foi eleito *Councillor* (Conselheiro) do *Governing Board* (Conselho Directivo) da ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*), na Assembleia Geral que ocorreu durante a reunião da UEGW (*United European Gastroenterology Week*), em Viena de Áustria a 21 de Outubro p.p., em que a SPED

esteve representada pelo Presidente, Prof. Doutor José Manuel Romãozinho e pelo Secretário-Geral, Dr. Mendonça Santos, além do candidato que, como os demais, fez uma apresentação da sua personalidade e projectos, de forma brilhante que lhe terá granjeado os votos necessários. Por sua vez, o Prof. Doutor Guilherme Macedo, Governador do *American College of Gastroenterology* para Portugal e que pertence



ce ao Comité de Educação da WGO (Organização Mundial de Gastroenterologia), foi eleito para a Comissão de Relações Internacionais do *American College of Gastroenterology*.

Nós Lá Fora

Effect of portal hypertension in the small bowel: an endoscopic approach

Figueiredo P, Almeida N, Lérias C, Lopes S, Gouveia H, Leitão MC, Freitas D. *Dig Dis Sci.* 2008;53(8):2144-50

Foi publicado em Agosto de 2008, na revista *Digestive Diseases and Sciences*, um estudo sobre a repercussão da hipertensão portal no intestino delgado. O trabalho, realizado no Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, incluiu trinta e seis pacientes com hipertensão portal, vinte e cinco cirróticos e onze não cirróticos, que

foram comparados com trinta controlos. A investigação, de natureza prospectiva, permitiu concluir que a presença de varizes, bem como de um padrão reticulado da mucosa do intestino delgado, se associa, de forma estatisticamente significativa, à existência de hipertensão portal. Estes achados endoscópicos estão presentes independentemente da etiologia da hipertensão portal ser cirrótica

ou não cirrótica. Os pacientes que evidenciavam estas lesões no intestino delgado apresentavam uma mais frequente história prévia de sangramento digestivo. Este estudo evidencia que também o intestino delgado, e não apenas o tracto digestivo alto e o cólon, constitui uma possível fonte de hemorragia nos doentes com hipertensão portal.

24 DE JANEIRO

Reunião Monotemática SPG
"Hepatite Vírica"

Local: Centro Cultural Vila Flor,
Guimarães

Organização: SPG

Website: www.spg.pt



30 A 31 DE JANEIRO

Neurogastroenterologia: Estudos e Doenças Funcionais – Curso Pós-Graduado

Local: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa

Organização: NMD / SPG

Website: www.spg.pt

13 de FEVEREIRO

Hepatites, droga e álcool

Local: VIP Grand Lisboa Hotel & SPPA

Organização: APEF

Website: www.apef.com.pt

14 de FEVEREIRO

Sessão de Homenagem Póstuma ao Prof. Doutor José Manuel Carrilho Ribeiro

Local: Sede da SPG/SPED

Organização: SPG/SPED

Website: www.spg.pt

4 A 7 DE MARÇO 2009

5º Curso de Endoscopia / 6ª

Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva / Comemoração dos 30

Agenda

anos da SPED

Local: Auditórios dos HUC,
Coimbra

Organização: SPED

Website: www.sped.pt



3 e 4 ABRIL

12.ª Reunião Anual da APEF

Local: Hotel Cascais Miragem

Organização: APEF

Website: www.apef.com.pt

24 e 25 de ABRIL

7as Jornadas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva
Clube Endoscópico do Eixo Atlântico

Local: Hotel Golf Balneário –

Augas Santas, Lugo

Coordenação Portuguesa:

Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Website: www.spg / www.sped.pt

17 a 20 de JUNHO

XXIX Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva

Local: Sheraton Porto Hotel & Spa, Porto

Organização: SPG / SPED

Website: www.spg / www.sped.pt



O Canto do Investigador

O Dr. José Pedro Moreira da Silva, cirurgião do IPO Porto, desenvolveu estudos iniciais de avaliação de viabilidade de um modelo de cirurgia “FAST-TRACK” para o tratamento de doentes com carcinoma colo-rectal; e do questionário de qualidade de vida a aplicar a estes doentes. Estes trabalhos enquadram-se no âmbito dos seus trabalhos de doutoramento na Faculdade de Medicina do Porto, sob orientação do Prof. Doutor Mário Dinis Ribeiro, do IPO e Faculdade de Medicina do Porto e Prof. Doutor Lúcio Lara Santos, do IPO Porto e ICBAS

A denominada cirurgia “Fast-Track” ou de recuperação acelerada pós-operatória, é um programa interdisciplinar e multimodal com o objectivo reduzir a morbilidade geral e promover a convalescência pós-operatória. Foi realizado um estudo-piloto no IPO-EPE Porto entre Novembro de 2007 e Junho de 2008, período no qual foram operados, por laparotomia, 30 doentes portadores de neoplasias do cólon. Os objectivos principais do estudo foram: estudar a viabilidade da aplicação do modelo da cirurgia “Fast-Track” em 30 doentes portadores de neoplasias do cólon e submetidos a cirurgia radical; e estudar a morbilidade peri-operatória até aos 30 dias

Dos 30 doentes estudados, 16 doentes eram do sexo masculi-

no, 70% tinha mais que 60 anos; 30% tinha um Índice Massa corporal (IMC) Maior ou igual a 30 (mediana: 28). 21 doentes apresentavam co-morbilidade associada. 90% dos doentes foram classificados como ASA II e segundo a avaliação pelo POSSUM uma morbilidade média prevista de 28% e uma mortalidade média prevista de 1,53%. Em 41% dos casos o tumor estava localizado no cólon sigmoide. A média de duração da cirurgia foi de 99,5 minutos (máximo de 150 minutos.). 67% (20 doentes) nunca apresentaram vômitos no pós-operatório e em 64% dos doentes a dor esteve sempre controlada. 50% dos doentes tiveram alta ao 3º dia pós-operatório e os restantes até ao 5º dia pós-operatório; 2 doentes foram reinternados e um deles foi reoperado por deiscência

de sutura (pT3N2M0). A maior parte dos doentes (12) foi *estadiado* como pT3N0M0. O mínimo de gânglios isolados foi de 4 e o máximo de 60 (mediana de 18). Este estudo-piloto revelou que o protocolo “Fast-Track” na cirurgia colo-rectal é viável, não aumenta a morbilidade e mortalidade e permite tempos de internamento de três a cinco dias, sendo uma opção a ter em conta no tratamento cirúrgico do cancro do cólon.

O módulo, mais recente, de qualidade de vida denominado QLQ-CR29 foi desenvolvido pela EORTC e é específico para os doentes portadores de cancro colo-rectal. O IPO-EPE do Porto propôs-se validar este módulo para português. Este processo decorreu entre Maio e Outubro de 2008 e consistiu nos seguintes passos: duas traduções anterógradas do questionário original para português por dois oncologistas cirúrgicos e fluentes na língua inglesa; estabelecimento de uma primeira versão intermediária em Português por um terceiro oncologista médico de outra unidade hospitalar, baseando-se nas duas primeiras traduções; três traduções retrógradas da primeira versão intermediária em Português para Inglês por três oncologistas médicos independentes; estabelecimento de uma



segunda versão em Português modificada de acordo com a comparação entre as traduções retrógradas e o questionário original; teste da segunda versão intermediária em Português em 23 doentes portadores de neoplasia colo-rectal que nunca tiveram acesso ao questionário previamente, para avaliar a sua clareza, percepção e o uso apropriado das palavras; em face das dúvidas ou sugestões dos doentes foi estabelecida uma versão final em Português. Todo este processo foi acompanhado regularmente pela pessoa responsável na EORTC. Após conclusão da versão final, esta foi-lhe enviada para validação oficial, o que se verificou em Novembro de 2008 com a emissão do certificado de validação da tradução.

Mário Dinis Ribeiro



Esofagite eosinofílica em dois irmãos: Predisposição

Susana Piedade¹, Marta Chambel¹, Ângela Gaspar¹, Virgínia Loureiro², Mário Oliveira³, José Cabral⁴

1. Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia; 2. Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Santa Marta; 3. Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Santa Marta; 4. Unidade de Gastrenterologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, Centro

Introdução

A esofagite eosinofílica (EE) constitui uma doença emergente do tracto gastrointestinal superior que atinge crianças e adultos, sendo caracterizada pela infiltração significativa e isolada da mucosa esofágica por eosinófilos, manifestando-se clinicamente como uma doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) com sintomas de epigastralgia, toracalgia, pirose, disfagia, impacto alimentar, recusa alimentar, má progressão ponderal, regurgitação alimentar ou vômitos (dependendo da faixa etária a que pertence o doente em causa) que não responde à terapêutica anti-refluxo⁽¹⁾.

Trata-se de uma doença apenas recentemente reconhecida, dando a quase totalidade das publicações acerca desta patologia da última década⁽²⁾. A sua prevalência também parece estar a aumentar, estimando-se que atinja na população pediátrica cerca de 43/100.000 crianças^(2,3).

A presença de eosinófilos no esófago é indicadora de inflamação e poderá ocorrer na presença de refluxo gastroesofágico (<10 eosinófilos por campo de grande ampliação – CGA) ou, em contagens bastante mais significativas (15 eosinófilos/CGA), em doentes que sofrem de EE. Macroscopicamente são alterações sugestivas, mas não patognomónicas de EE, a presença de estreitamentos proximais, exsudado pontiforme esbranquiçado, ausência da rede vascular, estrias

lineares ou anéis concêntricos⁽¹⁾.

A etiopatogenia desta entidade clínica permanece por esclarecer, embora pareça estar em causa uma resposta imune anormal e associação a doença alérgica. Com frequência, há história pessoal e/ou familiar de doença alérgica em doentes com EE. Estudos têm revelado que a maioria dos doentes, sobretudo crianças, são atópicos, sensibilizados a aeroalergénios e/ou alimentos, mesmo quando não existem antecedentes pessoais de doença alérgica⁽⁴⁾. São alimentos geralmente implicados o leite de vaca, o ovo, a soja, o amendoim, os frutos secos, o trigo, o milho, o peixe, os crustáceos e os moluscos^(4,5,6).

Tem sido descrita uma predisposição familiar desta patologia^(1,7,8). Em termos genéticos parece existir uma expressão aumentada (50 a 100 vezes) do gene da eotaxina-3 (proteína quimiotática de eosinófilos) nestes doentes, relativamente a indivíduos normais ou doentes com esofagite crónica⁽¹⁾.

A abordagem terapêutica desta entidade clínica baseia-se na eliminação dos alergénios alimentares implicados e/ou no tratamento farmacológico com corticoterapia, preferencialmente por via tópica (deglutida)^(1,9). A dieta alimentar deve ser dirigida pelos resultados dos testes cutâneos por picada e/ou doseamento sérico de IgE específicas; outras possíveis abordagens são a dieta de evicção dos principais

alergénios alimentares e a dieta elementar baseada numa fórmula cristalina de aminoácidos que para vários autores constitui a terapêutica alimentar mais eficaz na indução de remissão clínica e histológica desta doença⁽¹⁰⁾. São também fármacos utilizados no tratamento destes doentes os antagonistas dos receptores dos leucotrienos (montelucaste) (11) e os inibidores da bomba de protões (IBP) como terapêutica associada no sentido de garantir controlo clínico da doença mas, aparentemente, sem interferência a nível histológico. O mepolizumab (anticorpo monoclonal humanizado contra a interleucina 5) poderá constituir uma opção terapêutica futura, associando-se a resultados bastante promissores, com remissão clínica e histológica da EE⁽¹²⁾.

Casos clínicos

Os autores apresentam os casos clínicos de dois irmãos de 18 e 11 anos de idade, respectivamente do sexo feminino e masculino, com antecedentes familiares de alergia (pai com asma e mãe com rinite alérgica). A rapariga não tem história pessoal de doença alérgica; o rapaz tem diagnóstico médico de rinite alérgica.

Ambos iniciaram disfagia intermitente e impacto alimentar para alimentos sólidos desde os oito anos de idade, com queixas de intensidade crescente. Foram seguidos, desde essa altura, por diversas especialidades médicas,

entre as quais Pedopsiquiatria. Por agravamento das queixas, associado a perda ponderal, ambos tiveram internamento hospitalar, respectivamente aos 14 anos e aos 10 anos de idade.

Após o internamento do irmão mais novo, por manterem disfagia e impacto alimentar para alimentos sólidos, foram referenciados à Consulta de Gastrenterologia Pediátrica e em seguida à Consulta de Imunoalergologia do Hospital Dona Estefânia; tinham na altura respectivamente 17 e 10 anos de idade.

Na consulta de Gastrenterologia Pediátrica efectuaram endoscopia digestiva alta (EDA) com biopsias esofágicas, gástricas e duodenais e, pHmetria. A EDA da adolescente revelou “múltiplas pequenas placas de exsudado branco-nacarado ao longo de todo o esófago” (Figura 1). A EDA do irmão revelou “esófago com estrias longitudinais desde o estreito superior até ao cárdia, com pequenas placas de exsudado em toda a extensão e prega espessada na região supracárdica” (Figura 2). O exame histológico da biopsia esofágica em ambos os irmãos mostrou esofagite grave com abscessos eosinofílicos, com contagem > 20 eosinófilos/CGA, confirmando o diagnóstico de EE. As biopsias gástrica e duodenal foram normais, com pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. A pHmetria foi normal em ambos os doentes.

Na Consulta de Imunoalergologia efectuaram testes cutâneos

Momento Pediátrico

familiar?

Dona Estefânia; 3. Serviço de Anatomia Patológica do Hospitalar de Lisboa Central

por picada para aeroalergénios comuns e para alimentos (com extractos comerciais). Os testes foram negativos para alergénios alimentares em ambos os doentes e para aeroalergénios comuns na rapariga; no rapaz documentou-se a existência de sensibilização alérgica a ácaros do pó (*Dermatophagoides pteronyssinus* e *Dermatophagoides farinae*) e pólenes de gramíneas e oliveira.

Quanto à presença de eosinofilia periférica, apenas o rapaz demonstrou uma contagem aumentada de eosinófilos no sangue periférico (640). Os valores de IgE total sérica foram respectivamente de 26,7 e 98,2 kU/l. Os doseamentos séricos de IgE específica para alergénios alimentares foram negativos em ambos os doentes.

Ambos os doentes iniciaram terapêutica com corticoterapia deglutida (propionato de fluticasona 1.000 µg/dia) e antagonista dos receptores dos leucotrienos por via oral (montelucaste 10 mg/dia), que adicionaram à terapêutica oral com IBP (lansoprazol 30 mg/dia). Ocorreu resolução clínica um mês após início do corticóide deglutido, com resolução endoscópica e histológica na EDA que efectuaram após terem completado três meses de tratamento com o corticóide deglutido.

Contudo, três meses após interrupção da corticoterapia deglutida reiniciaram disfasia e impacto alimentar para alimentos sólidos,

com recidiva endoscópica e histológica da EE, pelo que a corticoterapia tópica foi reintroduzida. Ocorreu resolução clínica quinze dias após reinício

dos irmãos mantiveram a terapêutica com fluticasona deglutida por mais três meses, efectuando um total de seis meses de tratamento no segundo curso de corticóide.

de EE, doença caracterizada pela inflamação eosinofílica da mucosa esofágica (aliás, sempre sinónimo de patologia), com mucosas gástrica e duodenal



Figura 1 — EDA da adolescente com 18 anos: mucosa esofágica com múltiplas pequenas placas de exsudado branco-nacarado ao longo de toda a extensão

do corticóide deglutido, com resolução endoscópica e histológica na EDA que efectuaram após terem completado três meses de fluticasona deglutida.

Devido à ocorrência de recidiva clínica e histológica após o primeiro curso de três meses de corticoterapia deglutida, ambos

O montelucaste foi mantido ininterruptamente. Até à data ambos os doentes estão sem queixas.

Discussão

Sobretudo na última década assiste-se indubitavelmente a um crescendo de casos descritos e séries de doentes com diagnós-

normais e que afecta sobretudo indivíduos do sexo masculino em qualquer faixa etária. São critérios para diagnóstico desta doença a presença de sintomas de disfunção esofágica, biopsia esofágica com ≥ 15 eosinófilos/CGA, pHmetria normal do esôfago distal e ausência de resposta

a terapêutica com IBP em doses elevadas (até 2mg/kg/dia)⁽¹⁾.

Despertamos assim para o facto de a prevalência da EE parecer estar a aumentar, provavelmente também à custa de um maior reconhecimento e estado de alerta em relação a esta doença. Noel e colaboradores, num estudo efectuado nos Estados Unidos da América, identificaram um aumento de quatro vezes na prevalência desta doença em idade pediátrica, num período de três anos (9.9/100.000 para 43/100.000, de 2000 a 2003)⁽³⁾; Straumann e colaboradores, num estudo efectuado na Suíça, identificaram um aumento de 15 vezes na prevalência desta doença em idade adulta, durante um intervalo de 18 anos (2/100.000 para 30/100.000, de 1989 a 2007)^(2,13,14).

De uma série de 43 crianças com diagnóstico de EE tratadas de acordo com um protocolo terapêutico delineado numa abordagem conjunta destes doentes pelas Consultas de Gastrenterologia Pediátrica e Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia⁽⁶⁾, os autores seleccionaram estes dois casos não só pela curiosidade da incidência familiar que entretanto também acaba por ser interessante dado parecerem estar envolvidos diferentes mecanismos de doença, IgE e não-IgE mediada; mas também pela tipicidade e gravidade da apresentação clínica, pelo hiato temporal mediado entre o início da sintomatologia e o diagnóstico da doença e ainda pela resposta à abordagem terapêutica.

A existência de um hiato temporal significativo, que pode ser mais ou menos prolongado, entre o início dos sintomas e o diagnóstico da patologia é frequentemente referido pelos vários autores. Nos casos apresentados, destaca-se o facto de a rapariga apresentar uma sintomatologia com 9 anos de duração até ao diagnóstico da doença.

A sintomatologia de apresentação dos casos descritos é típica das idades em questão; geralmente nas crianças em idade pré-escolar a má progressão estatoponderal e a recusa alimentar são as manifestações mais frequentes; já na criança mais velha, os vômitos, a regurgitação alimentar, a epigastralgia e a pirose constituem o quadro clínico típico. Por sua vez, no adolescente e no adulto com EE são queixas

No que respeita à abordagem terapêutica destes dois irmãos, a corticoterapia tópica deglutida constituiu o tratamento primário dada a negatividade dos testes cutâneos e dos doseamentos de IgE específicas para alimentos, não justificando uma dieta de evicção orientada pelos mesmos. A dieta elementar nestes doentes poderia ser uma opção terapêutica, à semelhança do preconizado por alguns autores, mas

sua principal desvantagem. Trata-se de uma terapêutica eficaz e bem tolerada nos vários estudos publicados^(1,9), assim como nos nossos doentes, mas que se associa a uma elevada percentagem (até 50%) de recidivas após interrupção, obrigando à sua reinstauração. A técnica de execução da fluticasona em inalador pressurizado exige-se bem feita sob pena de não se conseguir deposição do fármaco sobre a mu-

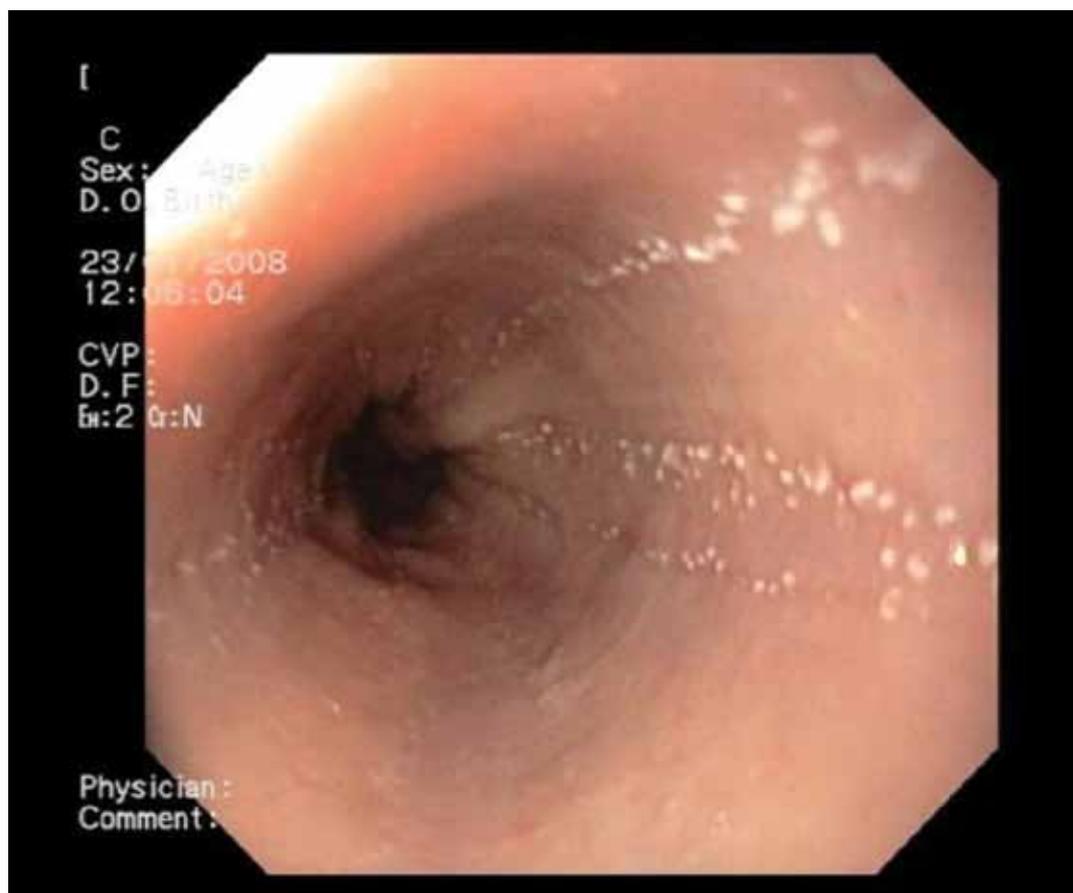


Figura 2 — EDA do adolescente com 11 anos: mucosa esofágica com estrias longitudinais desde o estreito superior até ao cárdia, com pequenas placas de exsudado em toda a extensão e prega espessada na região supracardíaca

habituais o impacto alimentar, a disfagia intermitente e a dor torácica⁽¹⁵⁾. O desconhecimento da EE como uma entidade clínica cada vez mais frequente e que parece mesmo, na criança, alcançar uma prevalência superior à doença inflamatória intestinal crónica⁽²⁾, pode inclusivamente permitir interpretar esta doença como do foro psiquiátrico tal é a sua possível repercussão no estado físico e psicológico do doente.

perfeitamente inaceitável para estes doentes e neste grupo etário quando existem alternativas. Nos dois cursos de fluticasona deglutida a melhoria clínica foi evidente e relativamente rápida assim como a resolução histológica da infiltração eosinofílica da mucosa esofágica, ficando os doentes com um esófago normal durante esse intervalo de tempo. A recidiva clínica e histológica deste tipo de terapêutica constitui a

cosa esofágica durante o tempo suficiente para a sua absorção e acção tópica. Ambos os doentes executavam a técnica na perfeição, procedendo-se no entanto à sua revisão a cada consulta. Em ambas as crianças foram testados os principais alimentos implicados, não havendo suspeita de envolvimento de um alimento específico. Todos os testes (*in vivo* e *in vitro*) foram negativos para os alimentos testados,

apresentando o rapaz história pessoal de atopia e de doença alérgica, à semelhança do que acontece com a maioria destes doentes⁽⁴⁾. Por outro lado, a irmã para além de apresentar testes negativos também não sofre de doença alérgica, então será a partilha apenas genética? E quais os condicionalismos ambientais que determinaram rumos diferentes/comuns? Estas são questões que os autores esperam ver respondidas à medida que mais se vai conhecendo acerca da história natural da doença a longo prazo. Um possível interesse da utilização do montelucaste na prevenção de recidivas permanece também por esclarecer. Consensual é a importância do diagnóstico precoce e *follow-up* destes doentes, pois apesar de escassearem estudos sobre a história natural e prognóstico a longo prazo, a EE caso não seja correctamente tratada poderá associar-se a complicações como fibrose e estenose esofágica⁽¹⁵⁾.

Bibliografia

1. Furuta GT, Liacouras CA, Collins MH, Gupta SK, Justinich C, Putnam PE, Bonis P, Hassall E, Straumann A, Rothenberg ME, and Members of the First International Gastrointestinal Eosinophil Research Symposium (FIGERS) Subcommittees. Eosinophilic esophagitis in children and adults: a systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2007; 133:1342-63.
2. Chehade M, Sampson HA. Epidemiology and etiology of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2008; 18:33-44.
3. Noel RJ, Putnam PE, Rothenberg ME. Eosinophilic esophagitis. *N Engl J Med* 2004; 351:940-1.
4. Assa'ad A. Eosinophilic esophagitis: association with allergic disorders. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2008; 18:119-32.
5. Assa'ad AH, Putnam PE, Collins MH, Akers RM, Jameson SC, Kirby CL, Buckmeier BK, Bullock JZ, Collier AR, Konikoff MR, Noel RJ, Guajardo JR, Rothenberg ME. Pediatric patients with eosinophilic esophagitis: An 8-year follow-up. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119:731-8.
6. Piedade S, Gaspar A, Paiva M, Santos F, Afonso I, Flores H, Pó I, Loureiro V, Oliveira M, Cabral J. Esofagite eosinofílica: do diagnóstico à abordagem terapêutica e follow-up. *Rev Port Imunoalergologia* 2008; 16(Supl. 1):37.
7. Patel SM, Falchuk KR. Three brothers with dysphagia caused by eosinophilic esophagitis. *Gastrointestinal endoscopy* 2005; 61:165-7.
8. Collins MH, Blanchard C, Abonia JP, Kirby C, Akers R, Wang N, Putnam PE, Jameson SC, Assa'ad AH, Konikoff MR, Stringer KF, Rothenberg ME. Clinical, pathologic, and molecular characterization of familial eosinophilic esophagitis compared with sporadic cases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6:621-9.
9. Liacouras CA. Pharmacologic treatment of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2008; 18:169-78.
10. Spergel JM, Shuker M. Nutritional management of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2008; 18:179-94.
11. Attwood SE, Lewis CJ, Bronder CS, Morris CD, Armstrong GR, Whittam J. Eosinophilic oesophagitis: a novel treatment using montelukast. *Gut* 2003; 52:181-5.
12. Stein ML, Collins MH, Villanueva JM, Kushner JP, Putnam PE, Buckmeier BK, Filipovich AH, Assa'ad AH, Rothenberg ME. Anti-IL 5 (mepolizumab) therapy for eosinophilic esophagitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118:1312-9.
13. Straumann A, Simon HU. Eosinophilic esophagitis: escalating epidemiology? *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115:418-9.
14. Portmann S, Heer R, Busmann C. Epidemiology of eosinophilic esophagitis: data from a community-based longitudinal study work carried out by the Swiss EE study group, Switzerland. *Gastroenterology* 2007; 132:609.
15. Straumann A. The natural history and complications of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2008; 18:99-118.

Actualização dos Regulamentos das Bolsas da SPED

Regulamento da Bolsa de Estágio na Área de Endoscopia Digestiva

1. A Bolsa de Estágio da SPED destina-se a subsidiar estágios na área de endoscopia digestiva, tendo como principal objectivo, a formação pós-graduada (internos e especialistas).
2. Apenas serão consideradas as candidaturas de sócios da SPED (membros associados e sócios titulares) com idade inferior a 45 anos.
3. O financiamento será feito pela SPED total ou parcialmente, sendo o quantitativo definido anualmente pela Direcção da Sociedade.
4. O Estágio poderá decorrer em Portugal ou no Estrangeiro.
5. O período de estágio não poderá ser inferior a 1 mês nem ultrapassar 6 meses, podendo ser realizado de forma contínua ou intercalar.
6. As candidaturas deverão ser dirigidas à Direcção da SPED até 31 de Dezembro (data de correio) do ano a que a Bolsa se refere.
7. O júri é constituído por cinco (5) membros indicados pela Direcção da SPED. Das decisões do júri será elaborada uma acta onde conste a ordenação das candidaturas apresentadas, desta decisão não haverá recurso possível. Os membros do júri não poderão concorrer à bolsa.
8. Considerando a verba disponível em cada ano, a ordenação das candidaturas e os respectivos projectos financeiros, a Direcção da SPED define o financiamento a atribuir. As eventuais verbas sobranter transitam para o ano seguinte.
9. O processo de candidatura deverá incluir:
 - Curriculum Vitae (anexo I);
 - Plano de Estágio, "objectivos";
 - Duração prevista (contínua/Intercalar);
 - Documentos comprovativos:
 - aceitação do Director de Serviço a que se candidata;
 - concordância do Serviço/Hospital a que pertence.
10. Da decisão do júri será dado conhecimento por escrito à Direcção da SPED até 31 de Março do ano seguinte. Desta decisão a Direcção dará conhecimento aos candidatos.
11. A decisão da SPED será divulgada no GE e a Bolsa será entregue no decurso da Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva ou no Congresso Nacional.
12. Compromete-se o candidato a enviar à Direcção da SPED, 60 dias após a conclusão do estágio um relatório especificando: actividades desenvolvidas; objectivos/grau de satisfação; aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos, "plano de acções"; conclusões/sugestões; relatório de contas.
13. Sempre que solicitado, o bolsista estagiário deve prestar à Direcção da SPED todos os esclarecimentos solicitados.
14. A Direcção da SPED reserva-se o direito de não atribuição da bolsa se as candidaturas em concurso não forem julgadas de interesse técnico-científico do júri.
15. Entre a Direcção da SPED e o estagiário é estabelecido um contrato (segundo o anexo II).
16. De todo o processo de candidatura, bem como dos relatórios de actividades e contas (a serem avaliados e aprovados em reunião da Direcção), será uma cópia arquivada na sede da SPED.
17. Situações não previstas neste regulamento, serão consideradas omissões, como tal avaliadas e decididas pela Direcção da SPED.

Regulamento da Bolsa de Investigação da SPED

A SPED pretende, com a criação desta bolsa de investigação, estimular a pesquisa científica nacional no campo da endoscopia digestiva. Serão factores de valorização a considerar, os projectos de carácter epidemiológico, multicêntrico e/ou pluridisciplinar.

Regulamento

1. O investigador principal do projecto científico concorrente à Bolsa tem de ser sócio (associado ou efectivo) da SPED.
2. O número de bolsas a atribuir pela SPED, e o seu quantitativo, são estabelecidos anualmente pela Direcção da SPED.
3. Cada projecto científico tem a duração máxima de um ano. Este prazo pode ser prolongado, mediante requerimento justificativo do interessado deferido pela Direcção da SPED.
4. A candidatura a financiamento é dirigida à Direcção da SPED até 31 de Dezembro (data de correio) do ano a que a Bolsa se refere.
5. O processo de candidatura deve incluir:
 - título do projecto e nomes do investigador principal e colaboradores;
 - *curriculum vitae* (Anexo I) do investigador principal e colaboradores;
 - plano circunstanciado do projecto com referência a:
 - objectivos;
 - material e métodos;
 - local ou locais onde se irá desenvolver o projecto;
 - declaração concordante dos participantes no estudo;
 - bibliografia;
 - previsão orçamental com discriminação dos custos;
 - declaração da reposição total da verba atribuída se o projecto não se concluir, podendo ser considerada pela Direcção da SPED apenas a devolução parcial, no caso das razões da não conclusão forem relevantes ou se a verba atribuída não tiver sido totalmente utilizada.
6. O júri é composto por cinco elementos nomeados pela Direcção da SPED, podendo ser pedido parecer à Comissão de Ética.
7. Da decisão do júri é dado conhecimento, até 31 de Março do ano seguinte, ao investigador principal de cada um dos projectos concorrentes.
8. O investigador principal do(s) projecto(s) financiado(s), tem que remeter à SPED, num máximo de sessenta dias após a conclusão do projecto, um relatório onde conste a especificação das actividades desenvolvidas e a discriminação das receitas e despesas.
9. O investigador principal deve prestar todos os esclarecimentos sobre o projecto que a Direcção da SPED entenda dever solicitar.
10. A Direcção da SPED reserva-se o direito de não atribuir a bolsa, se considerar que os projectos candidatos não revelam valor científico suficiente.
11. Entre a Direcção da SPED, e o investigador principal de cada um dos projectos a financiar, será firmado um contrato, em consonância com o disposto no Anexo II.
12. De todo o processo de candidatura, actas e relatórios, far-se-á uma cópia, a qual será guardada nos arquivos da SPED.
13. As comunicações científicas, orais ou escritas, resultantes do(s) projecto(s) financiado(s), têm obrigatoriedade e explicitamente de referir o patrocínio da SPED.
14. As situações omissas no presente Regulamento são avaliadas e decididas pela Direcção da SPED.
15. Da verba total desta Bolsa (9.000€), 7.500€ são repartidos pelo(s) autor(es) do(s) projecto(s) de investigação financiado(s), sendo o restante (1.500€) entregue ao(s) Serviço(s) a que pertence(m) o(s) investigador(es) principal(is).

Carcinóide Gástrico – Diagnóstico, Estadiamento e

Pedro Pimentel-Nunes¹, Mário Dinis-Ribeiro¹, Luís Leça², Teresina Amaro², Elisabete Cardoso¹, Catarina Brandão¹,

1. Serviços de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto). 2. Anatomia Patológica do

Descrevemos um caso clínico de um doente com tumor neuroendócrino gástrico observado no IPO-Porto. O doente de sexo masculino, 48 anos, sem antecedentes patológicos revelantes, realizou em

de ressecção. O índice mitótico era baixo (<2 mitoses/10 HPF) e o índice proliferativo, avaliado pela marcação com Ki67, era de 2-20%. Face a este resultado, o doente foi orientado para a nossa instituição em Fevereiro de 2008. O doente foi avaliado em con-

co completo (ionograma, níveis séricos de paratormona, insulina, gastrina, glicagina) para excluir a presença de neoplasia endócrina múltipla (MEN I), e uma nova endoscopia alta para avaliar a existência de tumor residual.

O hemograma e o estudo analítico realizado não revelaram alterações de relevo com a exceção de níveis aumentados de cromogranina A (202 ng/mL; n < 134 ng/mL) e aumento marcado dos níveis séricos de gastrina (1231 pg/mL; n < 108 pg/mL). A cintigrafia foi negativa para focos de fixação anómala que pudessem sugerir doença activa. A endoscopia que realizou no nosso serviço em Março de 2008 evidenciou duas pápulas de 1-2 mm na transição corpo/antro e uma lesão superficial elevada de centro deprimido com cerca de 7 mm a nível da parte média da grande curvatura do corpo gástrico (figura 1). Efectuaram-se biopsias de todas as lesões. O resultado histológico das duas pápulas milimétricas do corpo gástrico distal apenas evidenciou gastrite crónica moderada com hiperplasia foveolar e atrofia glandular, *Helicobacter pylori* negativo. Contudo, a lesão superficial do corpo médio para além dessas alterações evidenciou áreas com hiperplasia de células neuroendócrinas e um pequeno foco de carcinóide com crescimento superficial limitado à mucosa.

Face a este resultado, o doente foi orientado de novo para



Figura 1 – Carcinóide gástrico: em cima, lesão superficial corpo gástrico com muco aderente; em baixo, mesma lesão após lavagem e com ampliação 2x

Dezembro de 2007 endoscopia digestiva alta no contexto de dispepsia com alguns meses de evolução, sem outros sintomas. A endoscopia realizada eviden-

teu um pólipo sésil da grande curvatura do corpo gástrico com cerca de 8 mm de dimensão, procedendo-se de imediato a polipectomia com ansa diatérmica com corrente. Restante mucosa gástrica sem outras alterações endoscópicas de re-

levo. O exame histológico do pólipo removido evidenciou um tumor neuroendócrino maligno com invasão da muscularis mucosa e com invasão da margem

sulta de grupo multidisciplinar de tumores endócrinos tendo sido decidido que o doente iria realizar uma cintigrafia com análogos da somatostatina, estudo analíti-

Caso Clínico

Tratamento

Nuno Mesquita¹, Rui Silva¹, Luís Moreira-Dias¹
 Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto)

consulta de grupo em Abril de 2008. Efectuou uma TC toraco-abdomino-pélvica sem evidência de metástases locais ou à distância ou outras lesões. Decidiu-se pela realização de mucosectomia da recidiva/recorrência de tumor carcinóide.

para consulta de grupo.

Após explicação da situação ao doente e face a algumas reticências do mesmo em ser submetido a a cirurgia, foi decisão do grupo manter o doente em vigilância clínica, analítica e endoscópica. O doente encontra-se actualmente

síndrome carcinóide é muito rara e geralmente são diagnosticados por endoscopia alta realizada no contexto de dispepsia ou estudo de anemia. Endoscopicamente estes tumores são geralmente ≤ 1 cm, frequente-

- Tipo 3, conhecidos como carcinóides esporádicos já que ocorrem na ausência de gastrite atrófica, síndrome de Zollinger-Ellison ou MEN1. Representam cerca de 20% dos carcinóides gástricos e são os mais agres-



Figura 2 — Mucosectomia: à esquerda, lesão antes do procedimento; no centro, lesão após coloração com índigo carmim e injeção da submucosa; à direita, escara após mucosectomia com dois clips hemostáticos

Após precisa caracterização da lesão previamente descrita, realizou-se mucosectomia com *cap* (figura 2) em um único fragmento em Junho de 2008. Devido a hemorragia em toalha durante o procedimento houve necessidade de colocação de dois endoclips com hemóstase eficaz. O exame histológico (figura 3) da peça de mucosectomia mostrou uma neoplasia endócrina bem diferenciada com invasão da muscularis mucosa e da submucosa, com positividade para sinaptofisina e cromogranina e com baixo índice proliferativo (mitoses $<1/10$ HPF; Ki 67: $<2\%$). As margens estavam livres de tumor. Face a este resultado do doente foi, de novo, orientado

sem evidência de recidiva.

Os carcinóides gástricos são divididos em três categorias com diferentes comportamentos biológicos e prognóstico:⁽¹⁾

- Tipo 1, representam a grande maioria dos carcinóides gástricos (70-80%), e estão associados com gastrite crónica atrófica, frequentemente com anemia perniciosa (cerca de 65% destes). Estes tumores derivam das células *enterochromaffin-like* (ECL) e a hipótese prevalente é que os carcinóides resultam de estimulação crónica por níveis elevados de gastrina que surgem num contexto de atrofia glandular marcada.⁽²⁾ A apresentação como

mente múltiplos, com aspecto polipóide e com erosão/depressão central.⁽³⁾ O seu comportamento é, na maioria da vezes, benigno com metástases em menos de 10% dos tumores com < 1 cm mas até 20% em tumores de maior tamanho;

- Tipo 2, ocorrem em associação com gastrinomas (síndrome de Zollinger-Ellison) ou neoplasia endócrina múltipla de tipo 1 (MEN1). A patogénese destes tumores é semelhante aos do tipo 1 surgindo por estimulação crónica das células ECL por níveis elevados de gastrina, com comportamento também relativamente indolente;⁽⁴⁾

sivos com metástases locais ou hepáticas em cerca de 65% dos casos. Geralmente contêm uma grande variedade de células endócrinas e podem estar associados a síndrome carcinóide.^(1,5)

Apesar desta subdivisão em três tipos verifica-se alguma sobreposição entre os mesmos. São considerados como melhores indicadores do comportamento tumoral o tamanho da lesão, a diferenciação histológica, o grau de proliferação (índice mitótico e Ki67), a invasão em profundidade e vascular.⁽¹⁾

O estadiamento dos carcinóides gástricos, independentemente do tipo, deve incluir sempre que possível uma TC abdominal

e uma cintigrafia com análogos da somatostatina para localização de lesão residual e possíveis metástases locais ou à distância. Alguns centros utilizam também a ecoendoscopia para estadiamento local.^(6, 7) Em relação à terapêutica apenas a ressecção endoscópica e a cirurgia têm papel estabelecido sendo que a terapêutica médica (e.g. análogos da somatostatina) tem um papel questionável, excepto para o controlo sintomático quando se verifica síndrome carcinóide.^(6, 7) O caso específico deste doente foi interpretado como um carcinóide gástrico do tipo I que surgiu num contexto de gastrite crónica atrofica e hipergastrinemia. Neste tipo de casos, quando a lesão tem tamanho inferior a 1 cm, o tratamento de primeira escolha é a ressecção endoscópica, semelhante aos do tipo 2, mas ao contrário dos de tipo 3 onde, devido a uma maior agressividade tumoral, está recomendada a gastrectomia total ou parcial. A antrectomia nos carcinóides de tipo I, particularmente quando mais de cinco tumores, também pode estar recomendada como forma de reduzir os níveis de gastrina.^(6, 7) No caso específico deste doente, a questão que se colocou era se, verificando-se invasão da submucosa na peça de mucosectomia, se se devia proceder ou não à gastrectomia. Atendendo à boa diferenciação histológica, ao baixo grau de proliferação, à ausência de invasão vascular e à relutância do doente ser submetido a cirurgia, optou-se por uma vigilância clínica, analítica e endoscópica. Nestes casos, a vigilância endoscópica recomendada é de 6-12 meses, não tanto pelo risco de recidiva local mas pelo aparecimento de novas lesões já que a hiperestimulação crónica e hiperplasia das células ECL devido à hipergastrinemia continua a ocorrer. Numa fase

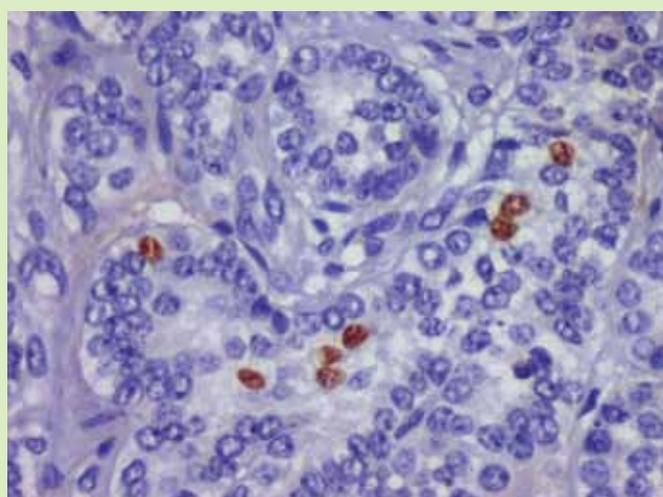
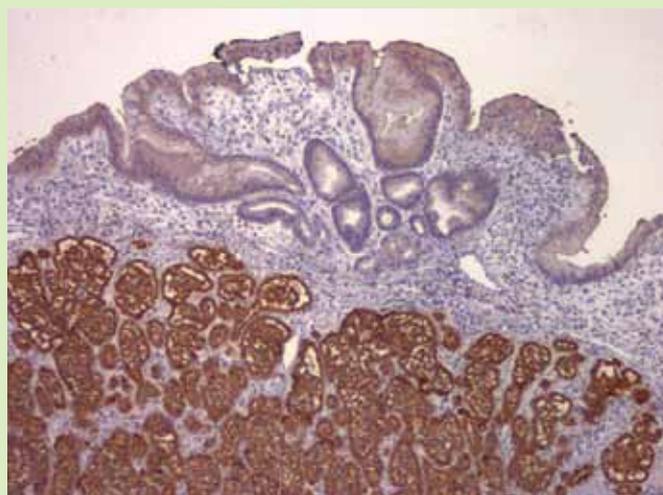
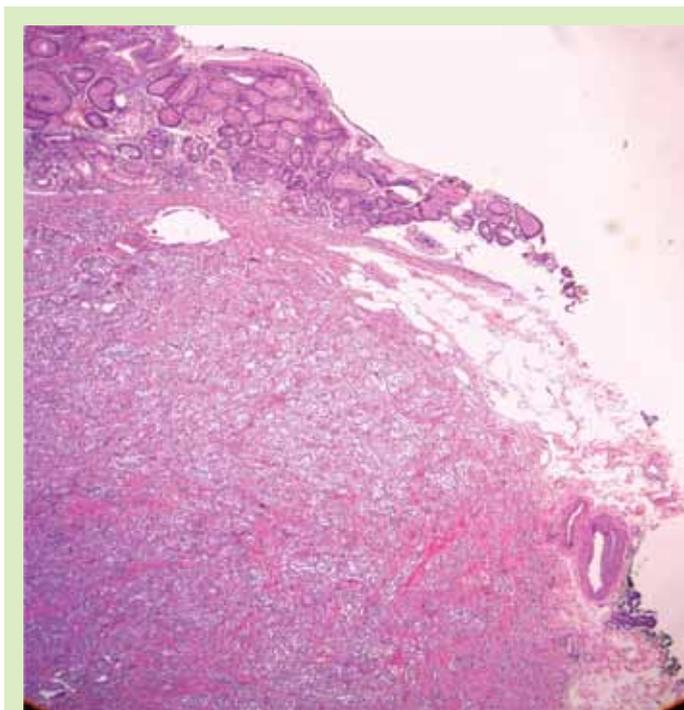


Figura 3 – Histologia da peça de mucosectomia: em cima, coloração com H-E em baixa ampliação evidenciando invasão da submucosa mas margens livres de lesão; no centro, células com padrão de crescimento em ninho, imunorreactivas para cromogranina; em baixo, fraca marcação de Ki-67 traduzindo baixo índice proliferativo

inicial de vigilância também está relativamente recomendado o controlo sérico dos níveis de cromogranina e a repetição da cintigrafia com análogos da somatostatina, apesar do intervalo de tempo adequado não estar estabelecido.^(6, 7)

Referências

1. Borch K, Ahren B, Ahlman H, Falkmer S, Granerus G, Grimelius L. Gastric carcinoids: biologic behavior and prognosis after differentiated treatment in relation to type. *Ann Surg* 2005;242:64-73.
2. Higham AD, Bishop LA, Dimaline R, Blackmore CG, Dobbins AC, Varro A, Thompson DG, Dockray GJ. Mutations of RegIalpha are associated with enterochromaffin-like cell tumor development in patients with hypergastrinemia. *Gastroenterology* 1999;116:1310-8.
3. Nakamura S, Iida M, Yao T, Fujishima M. Endoscopic features of gastric carcinoids. *Gastrointest Endosc* 1991;37:535-8.
4. Debelenko LV, Emmert-Buck MR, Zhuang Z, Epshteyn E, Moskaluk CA, Jensen RT, Liotta LA, Lubensky IA. The multiple endocrine neoplasia type I gene locus is involved in the pathogenesis of type II gastric carcinoids. *Gastroenterology* 1997;113:773-81.
5. Gilligan CJ, Lawton GP, Tang LH, West AB, Modlin IM. Gastric carcinoid tumors: the biology and therapy of an enigmatic and controversial lesion. *Am J Gastroenterol* 1995;90:338-52.
6. Akerstrom G. Management of carcinoid tumors of the stomach, duodenum, and pancreas. *World J Surg* 1996;20:173-82.
7. Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoid tumors. *N Engl J Med* 1999;340:858-68.

Quo Vadis, Colonografia por Tomografia

Introdução

Durante a última década, a colonografia por tomografia computadorizada (CTC) – também conhecida por colonoscopia virtual – tem sido avaliada como método de estudo do cólon para a detecção de neoplasia colo-rectal. Múltiplos avanços tecnológicos e clínicos têm permitido a sua evolução gradual desde uma técnica de investigação até se tornar uma opção viável para o rastreio do cancro colo-rectal. Uma das vantagens apontadas para a CTC é a de permitir uma avaliação diagnóstica minimamente invasiva, com provável aumento das taxas de adesão aos programas de rastreio populacional. Além disso, a CTC poderia igualmente permitir desenvolver uma estratégia de vigilância por subgrupos de pólipos com a consequente alocação dos recursos da colonoscopia óptica à vertente terapêutica, nomeadamente à remoção de adenomas de maiores dimensões. Contudo, persiste alguma polémica entre radiologistas, gastroenterologistas e outros clínicos quanto ao papel que a CTC deverá ocupar na prática clínica. Na realidade, se por um lado existe uma enorme expectativa em relação a uma técnica de imagem não invasiva que poderá detectar lesões colo-rectais clinicamente significativas, vários estudos têm demonstrado uma acuidade diagnóstica diminuída quando a CTC é realizada por especialistas sem treino e experiência ou quando a tecnologia e metodologias utilizadas não são as mais adequadas.

Este artigo irá rever os principais aspectos técnicos da CTC

e sua aplicação clínica, nomeadamente no rastreio do cancro do colo-rectal.

Preparação do doente

Existe alguma controvérsia em relação à melhor forma de otimizar a preparação do doente para realizar CTC. O objectivo é ter um cólon bem preparado e distendido de modo a facilitar a detecção de pólipos e minimizar os falsos positivos. No entanto, apesar da importância da preparação intestinal, esta continua a ser a parte mais difícil do exame para a maioria dos doentes.

São duas as formulações para preparação intestinal disponíveis comercialmente. O polietilenglicol tem a desvantagem de deixar uma grande quantidade de líquido no lume cólico. Apesar de ser adequado para a colonoscopia, em que esse líquido pode ser aspirado, a presença de um excesso de líquido residual vai limitar a interpretação da CTC. A preparação com fosfato de sódio (fosfo-soda) – a chamada preparação seca – é geralmente mais eficaz, podendo ser administrada em duas doses de 45 ml ou então numa única dose mas associada a outros agentes laxantes, nomeadamente o bisacodilo 10 a 20 mg por via oral. Esta limpeza catártica deve ser efectuada no dia anterior ao exame e precedida de uma dieta pobre em resíduos.

No entanto, dadas as limitações da preparação intestinal e a dificuldade que a matéria fecal residual pode constituir para a interpretação da CTC, é geralmente aconselhado o contraste

dos resíduos fecais. Esse contraste é efectuado através da ingestão de uma pequena quantidade de bário diluído e de contraste iodado na véspera do exame. Com esta abordagem torna-se mais fácil diferenciar entre fezes sólidas e pólipos e evitar que o líquido presente no cólon possa encobrir lesões.

Uma boa distensão do cólon é outro ponto fundamental para evitar erros de interpretação da CTC. Os três elementos necessários para a conseguir são: utilização de relaxantes musculares, geralmente a butilescopolamina por via endovenosa; obtenção de imagens em duas posições, decúbito dorsal e ventral; insuflação adequada do cólon. É aceitável a utilização selectiva da butilescopolamina apenas nos casos de distensão subótima ou desconforto do doente. A administração automatizada de dióxido de carbono é preferível à insuflação manual do ar ambiente para distensão do cólon. Um cateter de pequeno diâmetro e com um balão na extremidade é introduzido no ânus. Com a insuflação automática, aproximadamente 1,5 a 2 l de dióxido de carbono são lentamente introduzidos no recto. Apesar do desconforto inicial ser idêntico ao da insuflação com ar ambiente, parece haver uma menor incidência de distensão e cólicas abdominais após o procedimento devido à rápida absorção do dióxido de carbono através das paredes do cólon.

Aquisição dos dados

A CTC é uma técnica de visualização do cólon que envolve a

obtenção de imagens bidimensionais (2D) de alta resolução através de aparelhos de tomografia computadorizada helicoidal multi-corte. Estes aparelhos permitem reduzir os tempos de aquisição, possibilitando a cobertura do abdómen e pelve numa única apneia, o que se traduz numa diminuição dos artefactos da respiração e do peristaltismo. Permite, ainda, a interpretação dos dados não apenas pela avaliação das imagens axiais mas também nos planos coronal e sagital, ou seja, por reconstruções multiplanares. Posteriormente é efectuado o pós-processamento por *software* específico que possibilita uma reconstrução tridimensional (3D) e a obtenção de uma imagem endoluminal do cólon semelhante à que se obtém com a colonoscopia óptica convencional.

Os protocolos de aquisição de imagem vão depender do equipamento disponível. A maioria dos aparelhos usa 120 Kv como parâmetro pré-definido, o que representa um compromisso razoável entre dose de radiação, ruído e contraste da imagem. É aconselhada a utilização de uma dose baixa de radiação, igual ou inferior a 100 mAs na posição de decúbito dorsal e inferior a 50 mAs quando o doente é posicionado em decúbito ventral. O perfil ideal do corte não foi ainda determinado mas é provável que os dados adquiridos com secções finas, de aproximadamente 1 mm, aumentem a especificidade e a sensibilidade para pequenos pólipos. Um aparelho com quatro detectores vai permitir uma espessura de reconstrução do

Tema de Revisão

Computorizada?

corte entre 1 a 2,5 mm. O valor mais elevado tem a vantagem de permitir uma diminuição da miliamperagem e consequentemente uma redução da exposição a radiação, mas à custa de uma menor acuidade. Os aparelhos mais recentes de 64 detectores vieram atenuar este problema, conseguindo obter cortes finos com apenas um ligeiro aumento da radiação. O uso de contraste endovenoso pode ser considerado em doentes sintomáticos mas não quando a finalidade do exame é o rastreio de cancro colo-rectal.

Interpretação das imagens

Uma interpretação adequada dos dados adquiridos implica acesso a imagens 2D axiais, reconstruções multiplanares e a imagens 3D. Existem duas técnicas para se efectuar a leitura dos dados: uma abordagem 2D axial inicial, deixando as reconstruções multiplanares e as imagens endoluminais 3D para esclarecer dúvidas, ou uma abordagem 3D inicial através de visualização “flythrough”, ficando as imagens 2D para ajudar a diferenciar entre pregas normais, resíduos fecais e lesões elevadas sugestivas de pólipos. São duas as principais vantagens de se fazer uma leitura 2D inicial. A primeira é que, em teoria, a totalidade da mucosa do cólon pode ser visualizada com apenas uma passagem, ao contrário do que acontece com a visualização 3D ou com a colonoscopia convencional em que os pólipos se podem esconder por detrás de pregas. A segunda vantagem con-

siste no tempo que é necessário para a interpretação das imagens, em regra inferior à da leitura 3D. A visualização 3D tem o apelo de simular a imagem da colonoscopia óptica convencional. Os programas actualmente utilizados nas estações de trabalho são capazes de gerar uma linha central virtual, permitindo uma navegação através do lume cólico e a avaliação de possíveis lesões.

No entanto, para se evitar pontos cegos e se observar a totalidade do cólon é necessário efectuar quatro passagens – anterógrada e retrógrada nas duas posições de decúbito dorsal e ventral – aumentando o tempo de interpretação. Para ultrapassar essa desvantagem, algum do *software* já permite a chamada visão panorâmica, com despregueamento e dissecação do cólon, permitindo a visualização da mucosa entre pregas e diminuindo o tempo de leitura. Uma segunda limitação sucede quando o cólon não se encontra bem distendido e não se consegue gerar a linha central. Nestas situações não é possível a navegação endoluminal, sendo necessário a observação das imagens 2D para excluir outras causas de colapso, nomeadamente a presença de líquido residual ou de uma massa tumoral. Apesar destas diferenças, os re-

sultados obtidos pelos dois métodos de interpretação de imagens parecem ser semelhantes, dependendo a abordagem da experiência e preferência do especialista e do *software* disponível.

Indicações actuais

Actualmente, existem várias situações clínicas em que a CTC pode desempenhar um papel importante. A colonoscopia óptica

de realizar, devido à presença de ar dificultar a progressão proximal do contraste. Dois estudos demonstraram a utilidade da CTC após uma colonoscopia óptica convencional incompleta. A CTC efectuada no mesmo dia tem a vantagem de uma única preparação intestinal e do facto do cólon se encontrar bem distendido devido à colonoscopia prévia, necessitando apenas de

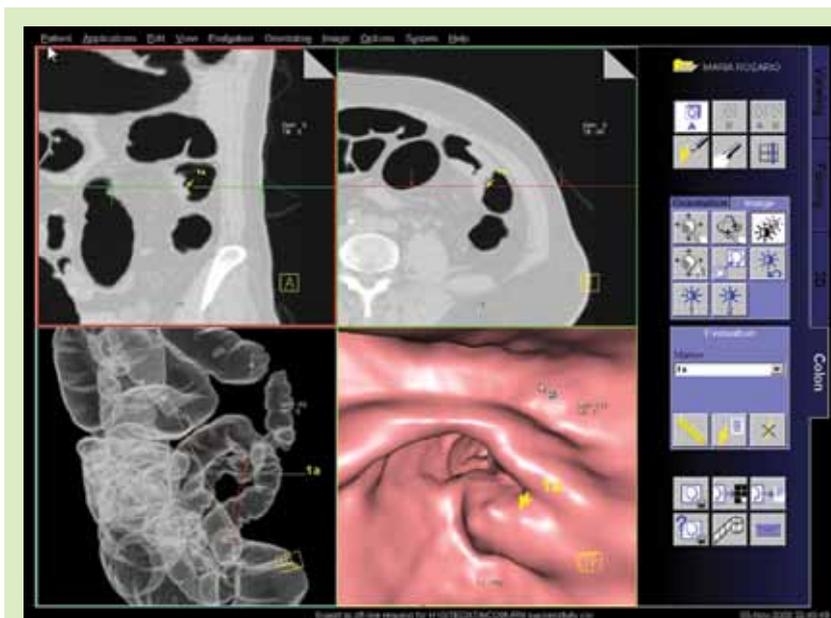


Fig. 1 - Imagem de neoplasia maligna do cólon em CTC. Exemplo de *software* utilizado para reconstrução tridimensional

incompleta por falta de colaboração ou intolerância do doente, tortuosidade do cólon, aderências pós-cirúrgicas e hérnias ocorrem em aproximadamente 2 a 5% dos casos. Tradicionalmente, nestas situações, o cólon restante tem sido avaliado através do clister opaco com duplo contraste (CODC). Contudo, após colonoscopia incompleta, o CODC pode ser problemáti-

ca uma pequena quantidade de insuflação adicional. Num desses estudos, a CTC foi melhor tolerada que o CODC, tendo revelado de forma adequada 96% dos segmentos cólicos, comparado com 91% do CODC. A avaliação do cólon proximal a um carcinoma colo-rectal obstrutivo é recomendada devido ao facto de 5 a 8% dos doentes apresentarem uma lesão neoplásica

síncrona. Nestas situações, bem como noutros casos de estenose, nomeadamente devido a radioterapia ou colite isquémica, a CTC tem demonstrado permitir uma visualização adequada e ser superior ao CODC na detecção de pólipos e carcinomas no cólon restante. Uma limitação potencial consiste na dificuldade em obter um cólon suficientemente limpo proximal à neoplasia ou estenose. É necessária uma avaliação clínica cuidadosa de forma a se excluir obstrução completa, o que contra-indicaria a preparação intestinal.

Uma área em que a CTC poderá também ser útil é no rastreio do cancro colo-rectal em pessoas com contra-indicação relativa

para a colonoscopia convencional (diátese hemorrágica, alto risco anestésico) ou que recusam outros métodos de rastreio. Na realidade, por várias razões (medo, ansiedade, embaraço) muitas pessoas apresentam alguma relutância em efectuar o rastreio por colonoscopia. O conceito de um exame relativamente indolor que permita visualizar o cólon e detectar lesões significativas é apelativo para uma parte significativa da população. A maioria dos estudos que avaliou as preferências dos doentes entre a colonoscopia convencional e a CTC revelou ser a CTC o procedimento preferido. No entanto, nesses estudos nem sempre os doentes foram informados sobre a vertente

terapêutica da colonoscopia. Um doente pode preferir a CTC em relação à colonoscopia, mas se souber que se algum pólipo for detectado este pode ser removido durante o procedimento, isso pode aumentar a sua aceitação em relação ao exame.

Rastreio do cancro colo-rectal

Múltiplos estudos têm avaliado a acuidade da CTC na identificação de pólipos e cancro colo-rectal. As descrições iniciais envolviam sobretudo pequenos grupos de doentes sintomáticos e com risco aumentado de cancro colo-rectal e a utilização de aparelhos com um único detector. Nos últimos anos, vários estudos multicêntricos prospectivos com um elevado número de doentes e utilizando tecnologia mais avançada, têm sido publicados. Um dos problemas apontados à CTC como método alternativo de rastreio do cancro colo-rectal tem sido a ampla variação de sensibilidades que têm sido descritas nestes estudos multicêntricos. Enquanto em 2003 Pickhardt *et al* demonstraram uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 96% para pólipos adenomatosos com ≥ 10 mm de diâmetro, estudos subsequentes por Cotton *et al* e Rockey *et al* revelaram sensibilidades inferiores de 55 e 53%, respectivamente, para pólipos clinicamente significativos. Algumas das diferenças podem ser explicadas pela selecção do perfil de corte, estação de trabalho e técnica de interpretação. O treino e a experiência do especialista é outro dos factores que pode influenciar a acuidade diagnóstica. Em dois estudos com um intervalo de 4 anos, Hara *et al* descreveu um aumento da sensibilidade de 75 para 80-89% para pólipos com ≥ 10 mm, sugerindo a existência de uma curva de aprendizagem para a CTC.

Os resultados mais recentes

apontam, no entanto, para uma sensibilidade idêntica à da colonoscopia óptica convencional para pólipos com diâmetro superior ou igual a 6 mm. O estudo do *American College of Radiology Imaging Network (ACRIN)*, englobando mais de 15 centros e 2.500 indivíduos assintomáticos e cujos resultados preliminares foram divulgados em 2007, demonstrou uma sensibilidade por pólipo e por doente de 84 e 90%, respectivamente, e uma especificidade por doente de 86%, para pólipos com ≥ 10 mm de diâmetro. Para pólipos com diâmetro ≥ 6 mm, a sensibilidade por pólipo e por doente foi de 70 e 78%, respectivamente, e a especificidade por doente de 88%. A nível europeu iniciaram-se os estudos IMPACT (*Italian Multicenter Polyp Accuracy Trial*) e o SIGGAR-I (*Special Interest Group in Gastrointestinal Radiology*). Os resultados já disponíveis do IMPACT revelaram uma sensibilidade por pólipo e por doente de 80% e 91%, respectivamente, e uma especificidade por doente de 85%, para lesões com ≥ 10 mm. Para pólipos com diâmetro ≥ 6 mm, a sensibilidade por pólipo e por doente foi de 54 e 84%, respectivamente, e a especificidade por doente de 90%. Um outro estudo que comparou o rastreio por CTC e colonoscopia óptica englobando mais de 3.000 indivíduos, a maioria assintomática e de risco médio para cancro colo-rectal, demonstrou uma taxa semelhante de detecção de adenomas avançados e adenocarcinomas.

O diâmetro dos pólipos é um factor crítico para a CTC poder ser considerada um procedimento custo-eficaz e ser usada com exame de rastreio do cancro colo-rectal. O facto de não identificar por rotina pólipos diminutos (de diâmetro igual ou inferior a 5 mm) é minimizado pela reduzida probabilidade destes conterem lesões neoplá-

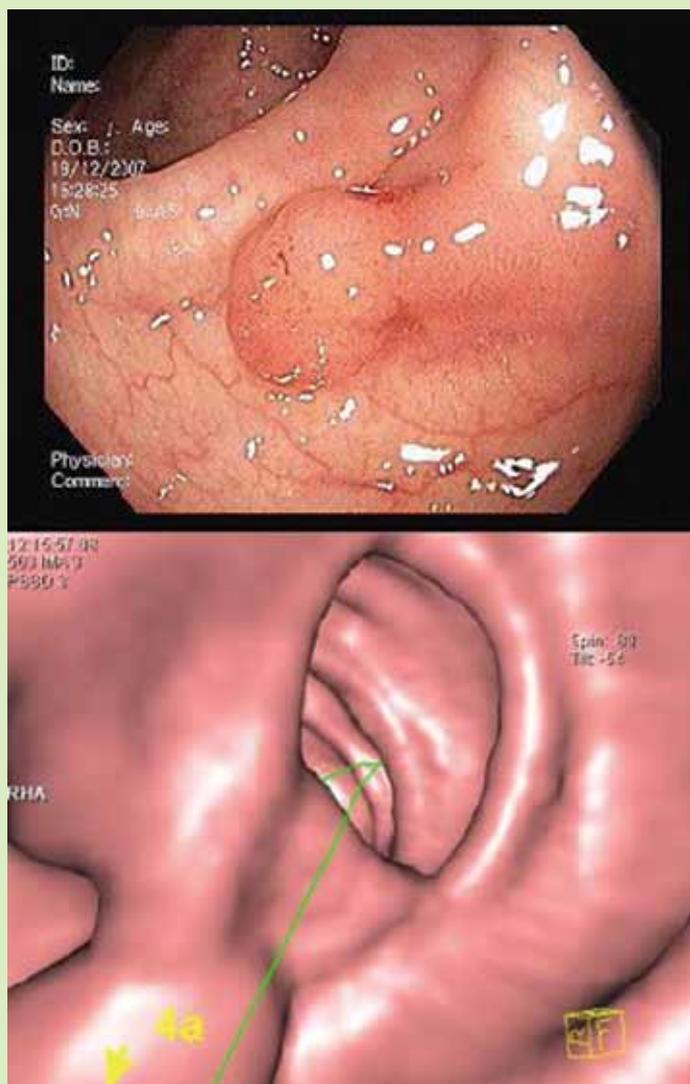


Fig. 2 - Correspondência entre a imagem endoscópica e a visualização 3D da CTC de pólipo pediculado do cólon

sicas avançadas. A CTC poderia então funcionar como um filtro selectivo e evitar a realização de colonoscopias que seriam desnecessárias. Na realidade, para a CTC poder ser considerada como um método de rastreio custo-eficaz, as lesões diminutas teriam que ser ignoradas ou, se detectadas, seguidas com um intervalo de vigilância apropriado. Contudo, não existem estudos controlados adequados a longo prazo que confirmem ser seguro não remover pequenos pólipos do cólon e as recomendações actuais são de referenciar para colonoscopia óptica convencional todos os doentes em que são diagnosticados pólipos, independentemente do seu tamanho. De igual modo, não existem ainda estudos que avaliem a eficácia dessa estratégia na redução da morbidade e da mortalidade por cancro colo-rectal, devendo por isso a sua utilização como método de rastreio ser considerada investigacional. Apesar disso, em Março de 2008, a *American Cancer Society*, juntamente com a *US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer* e o *American College of Radiology*, consideraram haver evidência suficiente para incluir a CTC como teste de rastreio em indivíduos de risco médio a partir dos 50 anos de idade, com uma periodicidade de cinco anos e a indicação de referenciar para colonoscopia todos os doentes com um ou mais pólipos com ≥ 6 mm de diâmetro.

Dose de Radiação

Existe alguma preocupação sobre os potenciais efeitos a longo prazo da radiação ionizante emitida durante a CTC, nomeadamente se esta for utilizada como exame de rastreio. Na realidade, o benefício de um determinado exame de imagem na detecção precoce deve ser avaliado em termos de eventuais riscos. Os modelos lineares existentes de

estimativa de risco são baseados nos sobreviventes de doses agudas de radiação libertadas por armas atómicas. Existe alguma controvérsia sobre se esses modelos podem ser aplicados à exposição simples ou repetida que ocorre durante a realização de exames imagiológicos. No entanto, usando essa estimativa, um indivíduo de 50 anos que se submete a uma CTC tem um acréscimo do risco absoluto de vir a desenvolver um cancro colo-rectal de 0,044% e de uma neoplasia em qualquer órgão de 0,14%. Para um indivíduo de 70 anos, o acréscimo do risco é cerca de metade desses valores, devido à diminuição da radiosensibilidade dos órgãos com a idade. Estes riscos, apesar de baixos, não podem ser considerados insignificantes, nomeadamente se ocorrerem em indivíduos saudáveis no âmbito de um programa de rastreio. Além disso, cada vez mais pessoas recebem múltiplas avaliações diagnósticas com radiação ionizante ao longo da vida e a acumulação da dose poderá atingir valores preocupantes. Deste modo, para a realização da CTC deverá ser preconizado o uso de protocolos mais eficientes com parâmetros de baixa dose. Avanços recentes nos sistemas automáticos de exposição e modulação da dose durante a realização da CTC permitiram reduzir a dose efectiva para o doente, aproximando-a dos valores da radiação ambiente anual.

Conclusão

A CTC constitui actualmente o melhor método de imagem alternativo à colonoscopia óptica convencional para a detecção de pólipos colo-rectais, fazendo já parte em alguns países dos testes recomendados para a detecção precoce de adenomas e cancro colo-rectal em indivíduos de risco médio. Permite uma avaliação diagnóstica pouco invasiva e

segura, bem aceite pelo doente e sem necessidade de sedação. Continua, no entanto, a ser essencial uma preparação intestinal adequada, sendo aconselhável a ingestão de contrastes orais de modo a se facilitar a discriminação entre pólipos e matéria fecal residual. A distensão automatizada do cólon com dióxido de carbono é preferível à insuflação manual do ar ambiente, estando indicada a administração de espasmolíticos em casos seleccionados. A eficácia do procedimento está também muito dependente da utilização do estado da arte em termos de equipamento técnico de aquisição e pós-processamento de imagem. Finalmente, é fundamental que a leitura e interpretação dos dados seja feita por radiologistas e gastroenterologistas treinados e com experiência. Caberá às sociedades e colégios da especialidade definir os parâmetros de treino e o curriculum mínimos necessários bem como patrocinar e desenvolver acções de formação específicas para que os especialistas actuais e os que ainda se encontram em formação possam vir a interpretar CTC.

Bibliografia

Taylor S, Laghi A, Lefere P, et al. European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR): consensus statement on CT colonography. *Eur Radiol* 2007; 17(2): 575-579

Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. *N Engl J Med*; 349: 2192-2200

Cotton PB, Durkalski VL, Pineau BC, et al. Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy): a multicenter comparison with standard colonoscopy for detection of colorectal neoplasia. *JAMA* 2004; 291: 1713-1719

Rockey DC, Paulson E, Niedz-

wiecki D, et al. Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. *Lancet* 2005; 365: 305-311

Hara AK, Johnson CD, McCarty RL, et al. CT colonography: single versus multi-detector row imaging. *Radiology* 2001; 219: 461-465

Johnson CD, Chen MH, Tolodano AY et al. Accuracy of CT Colonography for Detection of Large Adenomas and Cancers. *N Engl J Med* 2008; 359 (12): 1207-1217

Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society task force on colorectal cancer and the American College of Radiology. *Ca Cancer J Clin* 2008; 58: 130-160

Regge D. Accuracy of CT-colonography in subjects at increased risk of colorectal carcinoma: a multi-center study on 1,000 patients. Presented at annual meeting of the Radiological Society of North America, Chicago, IL; November 2007: 337.

Halligan S, Lilford RJ, Wardle J, et al. Design of a multi-center randomized trial to evaluate CT colonography versus colonoscopy or barium enema for diagnosis of colonic cancer in older symptomatic patients: The SIGGAR study. *Trials* 2008; 8: 32.

Kim DH, Pickhardt PJ, Taylor AJ, et al. CT colonography versus colonoscopy for the detection of advanced neoplasia. *NEJM* 2007; 357(14): 1403-1412

Brenner DJ, Georgsson MA. Mass screening with CT colonography: should the radiation exposure be of concern? *Gastroenterology* 2005; 129: 328-337

Rui A. Silva
Assistente Hospitalar
Graduado de Gastroenterologia
Instituto Português de Oncologia do Porto

Varizes Idiopáticas do Cólon

Pedro Pimentel-Nunes, Mário Dinis-Ribeiro, Elisabete Cardoso, Catarina Brandão, Nuno Mesquita, Rui Silva,
Serviço de Gastrenterologia do IPO-Porto

Mulher, 77 anos, referenciada para o IPO-Porto pela presença de uma massa retroperitoneal extensa no quadrante inferior esquerdo do abdómen, evidenciada numa tomografia computadorizada. Como antecedentes patológicos relevantes apresentava história de carcinoma do endométrio, tratada com histerectomia e quimioterapia há cerca de 26 anos atrás, tendo ficado, aparentemente, curada. A histologia dessa massa, apesar de não conclusiva, sugeria como hipótese diagnóstica mais provável metastização de carcinoma do endométrio. A doente referia, também, desde há mais de 40 anos episódios autolimitados e esporádicos de rectorragias. Efectuámos uma colonoscopia que mostrou em toda a mucosa cólica, desde o recto até ao cego, diversos vasos dilatados e tortuosos de grandes dimensões (imagens). A doente não apresentava qualquer evidência clínica de hipertensão portal, a endoscopia digestiva alta era normal e a angiografia, para além das varizes do cólon, não evidenciava qualquer outra alteração, nomeadamente sinais de obstrução das veias mesentéricas ou esplénica. Segundo a doente, já tinha realizado colonoscopia há mais de 10 anos atrás que evidenciava achados semelhan-

tes. Desta forma consideramos este caso como varizes idiopáticas do cólon. As varizes do cólon fora do contexto de hipertensão portal são raras com menos de 100 casos descritos na literatura^(1, 2), menos de 30 a serem considerados idiopáticos⁽¹⁻²²⁾. Mais de 75% das varizes cólicas aparecem num contexto de hipertensão portal, mas mesmo com hipertensão portal severa elas não são um achado frequente, particularmente com uma distribuição ao longo de todo o cólon e recto^(13, 23). As varizes idiopáticas do cólon são consideradas congénitas, apresentando alguma tendência familiar, e em mais de 50% dos casos apresentam uma distribuição pancólica, ao contrário das outras causas^(2, 13). As varizes do cólon são uma causa muito rara de hemorragia digestiva baixa. Quando presentes, deve-se sempre excluir doença hepática, insuficiência cardíaca e obstrução venosa mesentérica¹³.

Referências

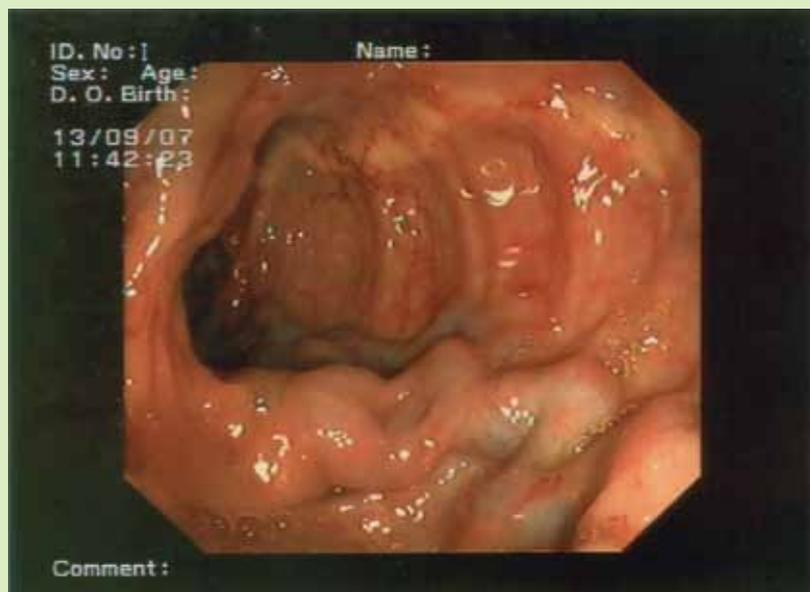
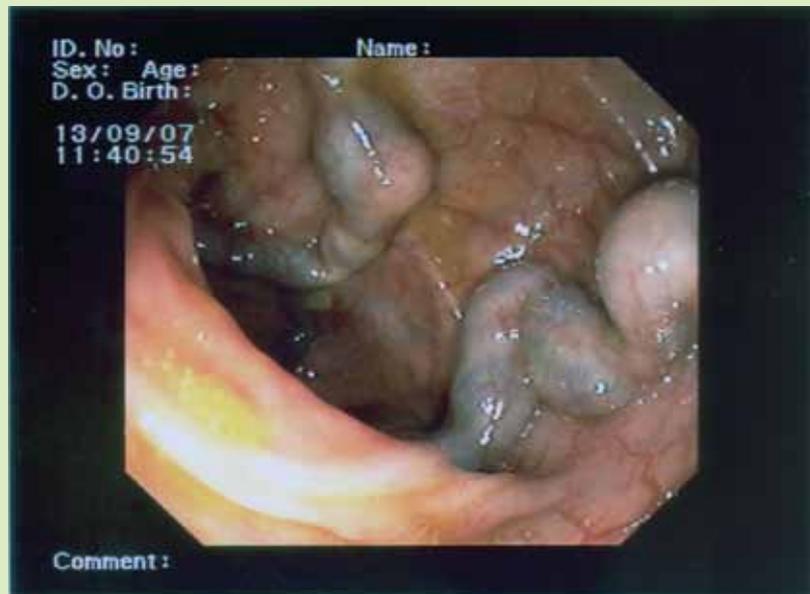
1. Francois F, Tadros C, Diehl D. Pan-colonic varices and idiopathic portal hypertension. *J Gastrointest Liver Dis* 2007;16:325-8.
2. Han JH, Jeon WJ, Chae HB, Park SM, Youn SJ, Kim SH, Bae IH, Lee SJ. A case of idiopathic colonic varices: a rare cause of hematoche-

3. Atin V, Sabas JA, Cotano JR, Madariaga M, Galan D. Familial varices of the colon and small bowel. *Int J Colorectal Dis* 1993;8:4-8.
4. Beermann EM, Lagaay MB, van Nouhuys JM, Overbosch D. Familial varices of the colon. *Endoscopy* 1988;20:270-1.
5. Detry RJ, Kartheuser A, Moisse R, Ramdani B, Wery D, Lagneau G, Hoang P. Idiopathic non-familial rectal and colonic varices requiring sigmoidorectal resection and coloanal anastomosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996;8:1023-6.
6. el-Dosoky MM, Reeders JW, Dol JA, Tytgat GN. Familial intestinal varices without portal hypertension: a case report. *Eur J Radiol* 1994;18:140-1.
7. Gudjonsson H, Zeiler D, Gamelli RL, Kaye MD. Colonic varices. Report of an unusual case diagnosed by radionuclide scanning, with review of the literature. *Gastroenterology* 1986;91:1543-7.
8. Hawkey CJ, Amar SS, Daintith HA, Toghil PJ. Familial varices of the colon occurring without evidence of portal hypertension. *Br J Radiol* 1985;58:677-9.
9. Iredale JP, Ridings P, McGinn FP, Arthur MJ. Familial and idiopathic colonic varices: an unusual cause of lower gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1992;33:1285-8.
10. Isbister WH, Pease CW, Delahunt B. Colonic varices. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1989;32:524-7.
11. Nikolopoulos N, Xynos E, Datsakis K, Kasapidis P, Vassilakis JS. Varicosis coli totalis: report of a case of idiopathic aetiology. *Digestion* 1990;47:232-5.
12. Pickens CA, Tedesco FJ. Colonic varices. Unusual cause of rectal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1980;73:73-4.
13. Place RJ. Idiopathic colonic varices as a cause of lower gastrointestinal bleeding. *South Med J* 2000;93:1112-4.
14. Planas R, Boix J, deLeon R, Pedro-Botet ML, Encabo B, Humbert P, Villagrana M. Bleeding colonic varices in a patient with idiopathic portal hypertension. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:235.
15. Shrestha R, Dunkelberg JC, Schaefer JW. Idiopathic colonic varices: an unusual cause of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1995;90:496-7.
16. Solis-Herruzo JA. Familial varices of the colon diagnosed by colonosco-

Instantâneo Endoscópico

Luis Moreira-Dias

- py. *Gastrointest Endosc* 1977;24:85-6.
17. Sugiyama S, Yashiro K, Nagasako K, Sato S, Watanabe K, Igarashi T, Hanyu F, Obata H. Extensive varices of ileocecum. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1992;35:1089-91.
 18. Vella-Camilleri FC, Friedrich R, Vento AO. Diffuse colonic varices: an uncommon cause of intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1986;81:492-4.
 19. Vescia FG, Babb RR. Colonic varices: a rare, but important cause of gastrointestinal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 1985;7:63-5.
 20. Villarreal HA, Marts BC, Longo WE, Ure T, Vernava AM, Joshi S. Congenital colonic varices in the adult. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1995;38:990-2.
 21. Wagner M, Kiselow MC, Keats WL, Jan ML. Varices of the colon. *Arch Surg* 1970;100:718-20.
 22. Weingart J, Hochter W, Ottenjann R. Varices of the entire colon-an unusual cause of recurrent intestinal bleeding. *Endoscopy* 1982;14:69-70.
 23. Cheung RC, Cooper S, Keeffe EB. Endoscopic gastrointestinal manifestations of liver disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2001;11:15-44.



Qualidade em Endoscopia Digestiva

Da formação à Prática: Que Futuro?

Decorreu no passado dia 28 de Novembro, na Fundação Calouste Gulbenkian, um simpósio subordinado ao tema “Qualidade em Endoscopia Digestiva, da formação à prática: que futuro”, organizado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED).

Esta iniciativa resultou da necessidade sentida pela SPED de

O primeiro tema abordado foi o do custo / benefício da qualidade em endoscopia, com intervenções da Prof.^a Amy Fox-Orenstein, que se debruçou essencialmente sobre a qualidade da colonoscopia, analisando os indicadores de qualidade para esta técnica nos Estados Unidos da América. Parâmetros relativos a indicações do exame, consentimento informado, pre-

fazemos e de descobirmos aspectos que estão menos bem e que necessitam de medidas de correcção; em sua opinião, avaliar a qualidade deve ser um processo dinâmico permanente que terá, necessariamente, como consequência a melhoria progressiva dessa mesma qualidade. Referiu os elementos que envolvem qualquer procedimento endoscópico (o doente – consentimento informado; a estrutura – unidade de endoscopia, equipamento e pessoal; o processo – acto endoscópico; o resultado – ganhos em saúde resultantes do procedimento). Expôs a situação actual da implementação de programas de qualidade em endoscopia nos diversos países do centro da Europa, dando ênfase a determinados aspectos como a terminologia e o registo de documentação fotográfica. Apresentou o programa informático em desenvolvimento na Europa para a aplicação do controlo de qualidade em endoscopia digestiva. Terminou dizendo que esta é uma área em desenvolvimento, que se irá impor num futuro próximo e fundamental para melhorar a prática da endoscopia, pelo que é necessário começar a implementar programas de qualidade em todos os países.

O Prof. Miguel Gouveia tentou quantificar a evolução da qualidade da endoscopia digestiva em Portugal através da análise num período de tempo (200-2006), de um parâmetro, a mortalidade por colangite, dependente da endoscopia, com a evolução no mesmo período da mortalidade por pancreatite aguda, não dependente de actos endoscópicos.

A Qualidade em Medicina, foi abordada pelo Prof. João Lobo Antunes que se debruçou sobre os aspectos éticos, referindo que eles estão presentes em toda a actividade médica desde o tempo de Hipócrates, uma vez que o seu código pressupõe a realização dos actos médicos segundo as melhores práticas e portanto com qualidade. Hoje, a complexidade da actividade médica, com toda a sua diferenciação técnica e científica, deve obedecer aos mesmos princípios, necessitando para isso de uma regulamentação mais exigente. A rapidez da evolução dos conhecimentos científicos e dos meios tecnológicos obriga o médico, durante a sua vida profissional, a uma actualização constante para continuar a trabalhar segundo as melhores práticas, em benefício do doente. Isto tem como consequência a necessidade da certificação periódica como garante da qualidade. Afirmou a necessidade urgente das organizações médicas portuguesas, nomeadamente da Ordem dos Médicos, reconhecerem esta inevitabilidade, sob pena de serem ultrapassadas pelos acontecimentos.

O Prof. Marcelo Rebelo de Sousa expôs depois alguns aspectos legais da qualidade em Medicina que poderemos sintetizar dizendo que a lei é, no nosso país, em relação à prática médica, como em relação à ciência em geral, muito conservadora, lenta na sua adaptação à inovação e pouco exigente.

O painel seguinte abordou a “avaliação da qualidade”, a primeira intervenção abordou de



elaborar normas práticas para regulamentar a nível nacional a endoscopia digestiva nas suas diferentes áreas de intervenção, tendo em conta os avanços técnicos que se têm verificado nos últimos anos. O presidente da SPED, Prof.º José Manuel Romãozinho, na sua intervenção na sessão de abertura, salientou a importância do tema, o empenhamento da sociedade na sua implementação e o esforço feito na organização do simpósio e na selecção dos prelectores e prometeu para muito breve a publicação de normas de qualidade em endoscopia digestiva.

paração, execução técnica (percentagem de entubação cecal, taxa de detecção de adenomas, número de biopsias recolhidas e de pólipos retirados, tempo de retirada do endoscópio), complicações (perfuração e hemorragia) e recomendações para vigilância. Fez depois uma breve análise comparativa da colonoscopia com outras técnicas para rastreio do cancro colo-rectal. O Prof. Jean François Rey salientou a importância de avaliar e medir, permanentemente, os actos endoscópicos que praticamos como forma de termos consciência da qualidade do que

novo a metodologia de avaliação da qualidade da colonoscopia nos Estados Unidos da América e a segunda, a cargo do Prof. Lars Aabakken, que começou por salientar a atenção que o desenvolvimento, manutenção e garantia de elevada qualidade em endoscopia vêm merecendo em todo o mundo, por exigência dos doentes e dos financiadores dos cuidados de saúde. Deu depois alguns exemplos dos programas em implementação em vários países da Europa, Reino Unido, Noruega e Alemanha. Salientou a importância da adesão voluntária dos centros de endoscopia a estes programas e das campanhas que é necessário desenvolver para a sua generalização.

No painel que se seguiu, o representante da Ordem dos médicos, Dr.º António Banhudo, reconheceu que a qualidade depende da formação pré-graduada e da posterior formação contínua ao longo da vida profissional. A primeira tem a ver com os programas para o internato de especialidade devidamente



preparados e implementados, salientando ainda a importância dos simuladores na fase inicial da aprendizagem endoscópica; a segunda depende do trabalho desenvolvido em serviços devidamente organizados e estruturados, integrados em carreiras, permitindo a constante diferenciação e submetidos a certificação. Nem todos os serviços deverão efectuar todas as técnicas endoscópicas e sim apenas aquelas que são capazes ou estão habilitados a realizar com qualidade. Fazer apenas o necessário aos seus doentes desde

que qualitativamente bem é uma virtude que deve ser premiada.

A Ordem dos Médicos, nomeadamente através dos Colégios de Especialidade, tem um papel fundamental a desempenhar na formação e certificação dos Gastroenterologistas. O seu poder deve ser reforçado para que possa cumprir cabalmente estes objectivos.

O Prof. Pedro Figueiredo identificou estatutariamente as obrigações da SPED quanto à necessidade de intervenção na qualidade, apontou as recomendações já publicadas como um contributo no sentido da boa prática endoscópica. Salientou as dificuldades que as novas tecnologias introduzidas na prática endoscópica podem trazer em termos de metodologias a utilizar nos programas de qualidade, por exemplo no que se refere à relação custo / benefício. Chamou a atenção para empenhamento da actual Direcção na qualidade e a sua disposição para colaborar com todas as organizações públicas ou privadas na prossecução deste objectivo

As entidades públicas e privadas

prestadoras de cuidados de saúde também chamadas a participar, através dos seus gestores, Dr. Sollari Allegro e Dr. Lopes Martins afirmaram estar cada vez mais empenhadas na prestação de cuidados de saúde de qualidade, como forma de atrair clientes, pois disso depende o seu futuro ou êxito no negócio da saúde. Estão interessados na formação dos médicos, em carreiras estáveis e na criação de mecanismos de controlo da qualidade, nomeadamente dos exames endoscópicos.

Finalmente os moderadores dos diversos painéis resumiram as intervenções, salientando-se a magnífica síntese feita pelo Prof. Dinis de Freitas, que enumerou já de forma muito concreta, as principais regras que deverão reger a qualidade da endoscopia no nosso país nos seus mais variados aspectos: princípios éticos e jurídicos, estruturas e equipamentos, formação profissional e organização trabalho, avaliação e certificação dos médicos. Terminou elogiando a SPED por esta importante iniciativa.

Fernando Pereira



Curso de Metodologias de Análise e Comunicação Científica (MACC): o Primeiro Round

Curso de 'Metodologias de Análise e Comunicação Científica (MACC)'

Coordenação: Guilherme Macedo, Mário Dinis Ribeiro

Datas: 5 a 7 de Setembro de 2008, Porto

Organização e Secretariado: SPED

Objectivos do Curso:

compreender os vários formatos de apresentação de resultados científicos; conhecer as técnicas básicas de apresentação oral; conhecer as diversas partes de um artigo científico; conhecer as partes integrantes de um abstract; utilizar grelhas qualitativas na leitura de artigos científicos.

Metodologia de Ensino:

Sessões teóricas e exercícios individuais e em grupo



Organizado sob a égide da Comissão de Educação Pós-graduada/Contínua e Comissão de Investigação Científica da SPED, e coordenado por Guilherme Macedo e Mário Dinis Ribeiro, decorreu entre 5 e 7 de Setembro de 2008, na Ordem dos Médicos, o 1º Curso MACC. Este ambicioso projecto formativo e de grande aplicabilidade prática, dirigido aos Internos de Gastrenterologia (no formato actualmente em vigor), consiste em permitir fazer compreender os vários formatos de apresentação de resul-

tados científicos, assim como conhecer a estrutura de um artigo científico e utilizar grelhas qualitativas na sua análise crítica, bem como conhecer e explicitar as técnicas básicas de apresentação oral dum trabalho. Em sessões teóricas e em exercícios individuais e em grupo, os formandos participaram activamente, com muita informalidade mas com muita intensidade e entusiasmo, o que garantiu um fim-de-semana altamente produtivo e desafiador para estes jovens Internos. Foram muito sensíveis ao apelo de exigência e qualificação nos seus

procedimentos críticos e interpretaram com muita facilidade as regras de um bom desempenho de comunicação. Aliás, as suas opiniões, expressas no questionário pós-operativo, foram sem dúvida a maior recompensa para quem estruturou este Projecto e o colocará de novo na rota dos Internos durante 2009. Se à juventude da ideia se for mesclando as ideias da juventude teremos seguramente uma proximidade garantida entre as novas gerações de gastrenterologistas e os designios das nossas sociedades científicas.

Guilherme Macedo

A Visão dos Formandos sobre o MACC

Curso de "Metodologias de Análise e Comunicação Científica" (MACC) decorreu entre 5 e 7 de Setembro de 2008 no tranquilo e aprazível ambiente da casa do Médico do Porto. Incluiu a abordagem teórica e correspondente aplicação prática de três elementos fundamentais da actividade médica e científica: 1 - Apresentação de grelhas qualitativas de leitura de artigos científicos e respectiva utilização para avaliação crítica de um artigo; 2 - Descrição das normas de construção duma comunicação e das técnicas básicas de apresentação oral, complementadas pela preparação individual e respectiva apresentação duma comunicação; 3 - Exposi-

ção das partes integrantes de um "abstract" e das regras subjacentes à sua elaboração, noções que foram aplicadas e sedimentadas com a construção e discussão, em grupo, de um resumo. Os distintos formadores (Professores Doutores Guilherme Macedo e Mário Dinis-Ribeiro), a irrepreensível organização do Curso e a extrema utilidade das temáticas abordadas, ministradas num programa intensivo, permitiram colher benefícios, que terão, decerto, reflexos muito positivos na nossa actividade profissional futura.

*Patrícia Duarte; Paulo Freire;
Rui Gradiz; Rui Ramos
Internos de Gastrenterologia,
Formandos do 1º Curso de Metodologias de
Análise e Comunicação Científica da SPED*



EndoClub Nord 2008

Nos dias 7 e 8 de Novembro decorreu em Lisboa o Endo-Club Nord 2008. A estrutura da reunião, patrocinada pela Nycomed, foi idêntica à de 2007. 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 métodos de cromoscopia electrónica, bem como à mucosectomia, ressecção submucosa e enteroscopia. O diagnóstico e tratamento das vias biliares e do pâncreas, quer por via endoscópica quer per-cutânea, e o diagnóstico e tratamento de lesões guiados por eco-endoscopia, foram igualmente apresentados. Do primeiro dia constou ainda uma conferência proferida pelo Prof. Gurkirpal Singh subordinada ao tema: "NSAIDs, COX-2 and PPIs: is what you see what you get". A segunda conferência foi dita pelo Prof. Palle Bekker Jeppesen, tendo sido abordado o tema: "Short bowel syndrome: is GLP2 the short answer? "

No segundo dia decorreram as apresentações dos participantes nacionais, divididas em duas sessões e uma conferência. A primeira sessão, sobre o tema "Avanços na Doença de Refluxo" e moderada pelos Drs. Hermano



Gouveia e Luís Novais, incluiu conferências sobre diagnóstico e terapêutica desta afecção. O primeiro palestrante, o Prof. Miguel Mascarenhas Saraiva, abordou a questão do diagnóstico. A terapêutica, designadamente

a realizada por via endoscópica, foi apresentada pelo Prof. Bicha Castelo e pelo Dr. António Marques. A segunda sessão, denominada "Avanços no diagnóstico e terapêutica das doenças do intestino delgado" e moderada pelo Prof. Nobre Leitão e pelo Dr. Luís Novais, incluiu duas apresentações, a primeira, pelo Prof. Filipe Caseiro Alves, versou sobre Imagiologia, e a segunda, da autoria do Prof. Pedro Figueiredo, sobre Endoscopia. A reunião encerrou com uma conferência proferida pelo Prof. José Manuel Romãozinho sobre "Qualidade em endoscopia digestiva".

Pedro N. Figueiredo

