

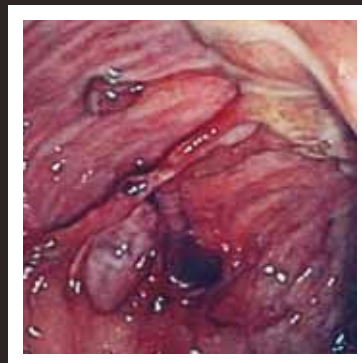


**Marcadores Tumorais  
em Gastreenterologia**

**Duplicação Intestinal:  
Causa Rara de Hemorragia Digestiva**

**Avanços em Endoscopia Digestiva:  
Aplicação à Patologia Pediátrica**

**Até Junho de 2010 Portugal perderá  
2.500 adeptos devido ao CCR**



# Sumário

- 4 EDITORIAL  
Dinamismo e Sustentabilidade
- 6 O CANTO DO INVESTIGADOR  
Endoscopia Confocal na Doença Inflamatória Intestinal: Pesquisa e Validação de Áreas de Aplicação
- 8 NÓS LÁ FORA  
Cyclooxygenase polymorphisms in gastric and colorectal carcinogenesis: are conclusive results available?
- 8 OUTRAS FOTOS
- 10 MOMENTO PEDIÁTRICO  
Duplicação Intestinal: Causa Rara de Hemorragia Digestiva
- 12 CASO CLÍNICO  
Perfuração Gástrica Devido à Ingestão de um Palito: Relato de um Caso
- 14 TEMA DE REVISÃO  
Marcadores Tumorais em Gastreenterologia
- 18 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO  
Heterotopia Gástrica no Recto
- 20 REPORTAGEM  
Avanços em Endoscopia Digestiva: Aplicação à Patologia Pediátrica
- 22 REPORTAGEM  
EndoClubNord 2009: Inovação e Tecnologia em Directo
- 24 REPORTAGEM  
Até Junho de 2010 Portugal perderá 2.500 adeptos por causa do CCRC
- 25 AGENDA
- 26 ACTUALIDADE SPED  
Prevenção do Cancro do Cólon e Recto Estratégia e linhas de Acção da SPED

**Capa:**  
"Colite em Doente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida", da autoria de: Santos S, Cruz E, Figueiredo A, Pires E., Xavier R, Deus J. Serviço de Gastreenterologia do Hospital Fernando Fonseca – Amadora  
3º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2006

## Nota do Editor

Entendeu a nova direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, eleita para o biênio 2009-2011, que o editor do ENDOnews dever-se-ia manter no cargo. Esta

atenção não deixarão de reparar que este número, o primeiro da responsabilidade da nova direcção, surge com um atraso de três meses. Tal deve-se ao facto de a periodicidade da publicação passar de trimestral a quadrimestral, em relação com



manifestação de confiança foi acolhida com um misto de satisfação e de apreensão. Satisfação pelo reconhecimento do trabalho realizado, apreensão pelas dificuldades, previsíveis, que esta incumbência acarreta. De facto, a procura de novos conteúdos, com vista à renovação da revista, bem como limitações relacionadas com o financiamento, são condicionantes permanentes da nossa actividade como editor. Os mais

constrangimentos de ordem financeira. Quanto aos conteúdos, manter-se-á a linha editorial seguida pela direcção anterior. Chama-se a atenção para o concurso "Nós lá fora" e para o espaço "Carta ao Editor" onde os leitores poderão expressar as suas opiniões sobre os mais variados assuntos, incluindo os conteúdos da revista. Termine com votos de Boas Festas para todos os leitores.

Pedro N. Figueiredo

## Ficha Técnica

**ENDOnews** Publicação periódica quadrimestral de informação geral e médica • N.º27 • Julho/Dezembro 2009. **Director** Isabelle Cremers. **Editor** Pedro Figueiredo. **Editores adjuntos** Cristina Chagas, Fernando Pereira. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro. **Colaboram neste número** A. Dias Pereira; Alcides Catré; Ana Cadime; Carina Pereira; Daniel Brito; Henrique Ferrão; José Manuel Pontes; M. Isabelle Cremers; Manuela Lacerda; Mário J. Dinis-Ribeiro; Miguel Areia; Noémia Castelo Branco; Paulo Figueiredo; Ricardo Ferreira; Rui M. Medeiros; Sandra Saraiva. **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 sala 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

## Dinamismo e Sustentabilidade



M. Isabelle Cremers  
Presidente da Sociedade Portuguesa de  
Endoscopia Digestiva

Fala-se muito de crise na actualidade. Não podemos dizer que a endoscopia digestiva em Portugal esteja em crise. Prova disso são os trabalhos científicos que têm vindo a ser desenvolvidos nos nossos Hospitais (quer Hospitais Centrais Universitários, quer Hospitais especializados no tratamento das doenças oncológicas, quer, ainda, nos Hospitais Distritais). Destes, saliento:

- Envolvimento perianal na doença inflamatória intestinal – achados ecoendoscópicos;
- Importância da enteroscopia por cápsula na suspeita de doença de Crohn;
- Enteroscopia por duplo balão (EDB) no diagnóstico da patologia do intestino delgado: experiência de um Serviço;
- Cromoscopia com Lugol no rastreio do carcinoma espino-celular do esófago em doentes com antecedentes de neoplasia da cabeça e pescoço;

- Tratamento endoscópico de fístula gástrica em cirurgia bariátrica;
- Palição endoscópica de estenoses malignas piloro-duodenais com próteses metálicas auto-expansíveis;
- Acuidade da ecoendoscopia no estadiamento das neoplasias do esófago – experiência de um Centro;
- Validação prospectiva de um algoritmo de diagnóstico de coledocolitíase.

Esta situação, se por um lado enaltece o meu orgulho em presidir a este grupo profissional – a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva – por outro lado, traz-me uma responsabilidade acrescida. Cabe-nos, como direcção eleita da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva para o biénio 2009-2011, sustentar este dinamismo, procurar difundir as ideias e os resultados dos nossos Centros e facilitar a troca de experiências, assim como preservar o legado que as anteriores direcções nos deixaram.

No primeiro trimestre do nosso mandato realizámos algumas acções que destaco:

- Uma acção mediática no âmbito da campanha de rastreio do cancro colo-rectal, no jogo da Selecção Nacional Portugal-Hungria, no dia 10 de Outubro, presenciada pelos cerca de 50.000 espectadores que aí se encontravam e divulgada no seio da comunicação social;
- A organização da transmissão do Endoclub Nord, curso de endoscopia que tem merecido

uma elevada adesão nos últimos anos e que, numa época em que as viagens se tornam mais difíceis, tem a vantagem de trazer à nossa sede imagens de procedimentos endoscópicos e actualização em técnicas e acessórios de endoscopia;

- Assegurámos, para 2010, a distribuição do *Endoscopy* aos sócios que têm a sua situação regularizada em termos de quotas.

Pontos importantes no programa desta direcção para 2009-2011 incluem:





## Editorial

- A defesa do conceito da formação em endoscopia digestiva e realização das técnicas de endoscopia digestiva no contexto da formação geral em gastroenterologia;
- Manter programas de formação para internos do Internato Complementar de Gastroenterologia, quer através de bolsas de estágio, quer através de acordos com Serviços de Referência, nacionais ou internacionais;
- Estimular a formação pós-graduada dos “seniors”;
- Apoiar a investigação em endoscopia digestiva, quer através de bolsas de investigação, quer procurando dar apoio logístico, quer organizando cursos de metodologia em investigação, etc.;
- Utilizar o ENDOnews como meio de comunicação entre gastroenterologistas e médicos de medicina geral e familiar, como foi o objectivo no qual assenta a sua criação;
- Dinamizar e renovar o site da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, de forma a veicular informações úteis a sócios e a outros profissionais de saúde, assim como ao público em geral;
- Procurar, dentro dos meios possíveis, continuar a assegurar a distribuição do *Endoscopy* aos sócios da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva;
- Manter a publicação de *Newsletters* no *Endoscopy*, divulgando a prática da endoscopia digestiva em Portugal;
- Ampliar a campanha de rastreio do cancro do cólon e recto. Definir uma estratégia clara para a prevenção do cancro do cólon e recto que passe pela adopção de uma definição clara da metodologia de rastreio – a sigmoidoscopia de cinco em cinco anos – e pelo objectivo da sua inclusão no Plano Oncológico Nacional;
- Desenvolver inquéritos sobre a prática da endoscopia em Portugal e recomendações/estratégias baseadas nos seus resultados;
- Estimular a formação especializada das enfermeiras de endoscopia – bolsas de estudo, estágios, cursos pós-graduados, etc., procurando uma diferenciação e especialização por “níveis”, a fim de promover o funcionamento de unidades de Endoscopia verdadeiramente funcionais e adequadas, particularmente, à realização de técnicas de endoscopia terapêutica avançada;
- Rever periodicamente as recomendações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e redigir novas recomendações, de acordo com a evolução do estado da arte em endoscopia digestiva;
- Divulgar as Normas da Qualidade em Endoscopia Digestiva, elaboradas em 2009 e procurar avaliar o seu impacto nas Unidades de Endoscopia Digestiva;
- Rever os Estatutos e elaborar o Regulamento da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, de acordo com o decidido em Assembleia-Geral Extraordinária em Junho de 2009. Aproveitar esta oportunidade para propor uma limitação do número de mandatos nos órgãos executivos da Sociedade, de forma a permitir uma maior rotatividade dos seus membros;
- Definir uma estratégia para o desenvolvimento da afirmação dos gastroenterologistas portugueses e da endoscopia digestiva nacional a nível internacional.



## O Canto do Investigador

# Endomicroscopia Confocal na Doença Inflamatória Intestinal Pesquisa e Validação de Áreas de Aplicação

**E**m Gastreenterologia, o diagnóstico e/ou “follow up” das doenças do tubo digestivo implica, habitualmente, a observação endoscópica com realização de biopsias, complementadas pela respectiva avaliação histológica. No caso de algumas doenças, tais como a colite ulcerosa e o esfôgado de Barret, desenvolveram-se protocolos de biopsias seriadas, estratégia dotada de efectividade clínica questionável, cuja implementação derivou da incapacidade técnica de identificar áreas suspeitas e, consequentemente, de realizar biopsias dirigidas. As biopsias aleatórias não excluem existência de lesão nas áreas não sujeitas a biopsia, facto minimizado, mas não eliminado, através dos protocolos com múltiplas biopsias, embora a expensas do prolongamento do procedimento e da longanimidade do anátomo-patologista.

A endomicroscopia confocal é um novo método de imagem que alia observação endoscópica e microscópica, ou seja, permite durante o mesmo procedimento complementar a avaliação endoscópica com a caracterização microscópica dos tecidos. É, de certa forma, uma endoscopia com biopsia virtual e histologia em tempo real. A Doença Inflamatória Intestinal, dado o carácter crónico recidivante, o risco de degeneração associado à doença de longa evolução e a crescente importância prognóstica atribuída à cicatrização da mucosa, assoma como uma das mais auspiciosas áreas de aplicação e

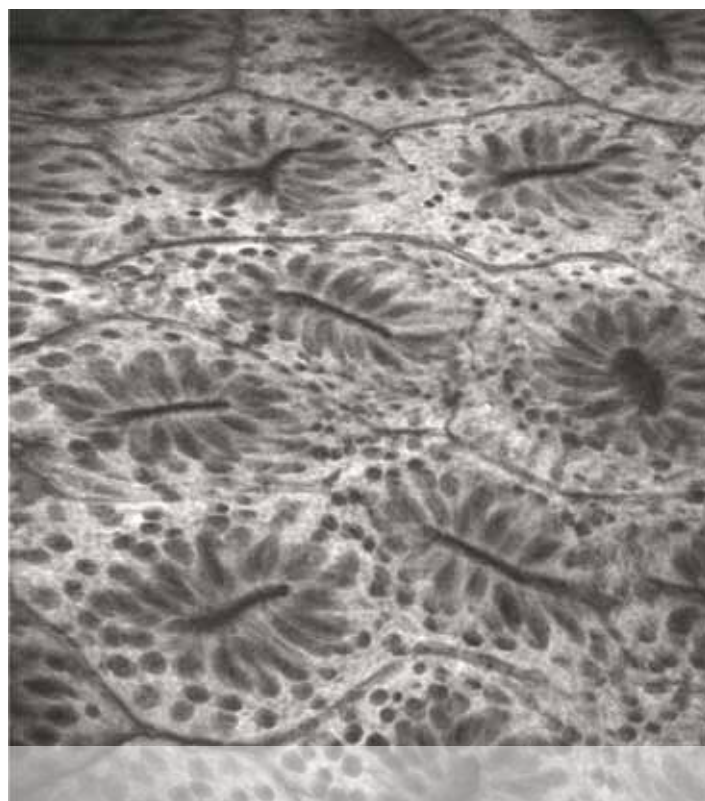
desenvolvimento desta técnica. Este projecto de investigação, coordenado pelo Professor Doutor Pedro Figueiredo, integra a Tese de Doutoramento do Dr. Paulo Freire, conduzida no âmbito da bolsa “Internos Doutorandos”, concurso promovido pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e resultante da colaboração entre o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e o Ministério da Saúde. Este trabalho visa, como objectivo principal, pesquisar e validar áreas de aplicação da endomicroscopia confocal na doença inflamatória intestinal activa e inactiva. Na doença inactiva avaliar-se-á o desempenho da cromoescopia com endomicroscopia confocal na detecção de neoplasia (neoplasia intra-epetial e carcinoma), comparando esta estratégia com o modelo de vigilância endoscópica actualmente recomendado, nomeadamente colonoscopia com protocolo de biopsias seriadas. Concomitantemente averiguar-se-á a acuidade da endomicroscopia confocal na detecção de neoplasia e na distinção entre DALM (dysplasia associated lesion mass) e ALM (adenoma like mass). Na doença activa verificar-se-á a acuidade da endomicroscopia confocal na identificação e graduação da inflamação.

O tempo necessário para efectuar uma avaliação criteriosa das imagens obtidas por endomicroscopia confocal afigura-se como o principal óbice à generalização desta técnica. Este efeito restritivo seria minimiza-

do com o desenvolvimento de um sistema computacional de reconhecimento e classificação automática das imagens, aplicando técnicas de reconhecimento de padrões. Neste sentido, um dos objectivos secundários

de Coimbra e o Departamento de Engenharia Electrotécnica e Computadores – Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Além da bolsa atribuída pela Fundação para a Ciência e Tecnolo-



deste trabalho de investigação consiste no desenvolvimento de uma aplicação informática de análise das imagens obtidas por endomicroscopia confocal.

O indispensável carácter multidisciplinar do projecto implica a participação de várias instituições, nomeadamente o Centro de Gastreenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, os Serviços de Gastreenterologia e Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade

de Coimbra e o Departamento de Engenharia Electrotécnica e Computadores – Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Além da bolsa atribuída pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, o presente trabalho também foi agraciado com duas bolsas de investigação atribuídas pelo Centro de Estudos Ibéricos e pela Fundação GlaxoSmithKline das Ciências da Saúde, e com uma bolsa de estágio da Fundação Calouste Gulbenkian concedida para a realização de um estágio na Endoscopy Unit - Johannes Gutenberg University Mainz, actualmente o centro com maior experiência e publicações na área da endomicroscopia confocal.

## Nós Lá Fora

## Cyclooxygenase polymorphisms in gastric and colorectal carcinogenesis: are conclusive results available?

Carina Pereira, Rui M. Medeiros and Mário J. Dinis-Ribeiro.

European Journal of Gastroenterology &amp; Hepatology 2009, 21:76–91

O cancro colo-rectal (CCR) assume-se como um sério problema de saúde pública, representando a segunda neoplasia com maior incidência em Portugal em ambos os géneros. Apesar de ser um modelo susceptível de diagnóstico precoce, a definição de subgrupos com maior risco para cancro ou para um maior benefício com estratégias complementares de quimioprevenção deverá igualmente ser um foco importante de atenção.

Uns dos alvos moleculares mais estudados são as ciclooxigenases (COX). Apesar da inibição destas enzimas pelos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), como a aspirina, conduzem a uma redução de ~50% no risco para CCR, particularmente em indivíduos que sobre-expressam COX-2, a verdade é

que o uso destes fármacos na prevenção de CCR encontra-se comprometido pelos sérios efeitos adversos, principalmente a nível gástrico e renal, que resultam da inibição da isoenzima constitutiva, COX-1. Actualmente, tem sido sugerido que o benefício do uso de AINE poderá superar os riscos associados em grupos de maior risco para o desenvolvimento de CCR. Desta forma, a incorporação de biomarcadores genéticos em modelos de risco para CCR poderá permitir um racional clínico para o uso de AINE.

Recentemente, e sob o financiamento da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, conduzimos uma revisão sistemática da literatura avaliando o papel de polimorfismos das enzimas COX-1 e COX-2 no sentido

da condução de estudos clínicos ulteriores em populações portuguesas. Essa revisão foi publicada no *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* e identificou alguns polimorfismos como potencialmente relevantes para o risco de lesões colo-rectais. Subsequentemente, foi desenvolvido um estudo caso-controlo de base hospitalar que revelou uma interacção entre o polimorfismo -1329A>G e o consumo de tabaco em homens, que se traduziu num aumento de nove vezes na predisposição para CCR e em idades mais jovens. Estes resultados mereceram a apresentação no Congresso Nacional de Gastreenterologia em Junho e no Congresso Europeu e Mundial que decorreu em Londres.

## 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 durante o ano de 2007.
  - 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 1.000 euros.

## Outras Fotos



Centro Histórico de Salvador, Bahia, Brasil  
por J. E. Pina Cabral



# Duplicação Intestinal: Causa Rara de Hemorragia

Ricardo Ferreira

Gastrenterologista Pediátrico. Departamento Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

## Introdução

As causas de hemorragia digestiva em idade pediátrica estão intimamente ligadas à idade da criança e englobam situações mais simples e benignas (por exemplo: sangue deglutido no recém-nascido alimentado ao peito cuja mãe apresenta fissuras mamárias, fissuras anais associadas à obstipação, etc.) assim como situações graves e/ou de difícil resolução (por exemplo: ruptura de varizes esofágicas, Sínd. Bean ou Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome). A duplicação intestinal é uma causa rara de hemorragia digestiva, resultante da ulceração da mucosa gástrica que reveste o segmento duplicado. Apresentamos o caso clínico de uma criança portadora de uma duplicação duodeno-jejunal que se apresentou sob a forma de hemorragia digestiva baixa maciça, no qual o aspecto endoscópico foi determinante para a orientação diagnóstica.

## Caso Clínico

Menina de 20 meses de idade, previamente saudável, com bom crescimento e sem sintomatologia digestiva prévia, foi enviada ao Hospital Pediátrico de Coimbra por hemorragia digestiva baixa maciça. Tinha apresentado um quadro de hemorragia digestiva baixa abundante, de sangue parcialmente digerido, sem outros sintomas. Observada inicialmente no hospital local, onde chegou com sinais de hemorragia aguda, apresentando acentuada palidez cutâneo-mucosa, prostração e instabilidade hemodinâmica. Hemoglobina: 5,4 g/dl. Plaquetas: 411 T/L. O Tempo de Protrombina e Tempo de Tromboplastina Parcial eram normais. Sem hemorragia digestiva alta (sem vômitos e a SNG drenou apenas secreções gástricas). Após estabilização hemodinâmica e transfusão de glóbulos vermelhos foi transferida para o Hospital Pediátrico

de Coimbra. Neste, apresentava-se hemodinamicamente estável, mas mantinha palidez cutâneo-mucosa e anemia (Hemoglobina após transfusão era de 6,5 g/dl). Abdómen não distendido, sem hepato nem esplenomegália e sem sinais de hipertensão portal nem de hepatopatia crónica. Palpação abdominal indolor, sem defesa. Região peri-anal sem alterações. Sem sinais de discrasia sanguínea, sem hemangiomas cutâneos.

Foi colocada a hipótese de Divertículo de Meckel e feito Cintigrama para pesquisa do mesmo com Pertecnato de sódio marcado com Tecnécio 99<sup>M</sup> que foi positivo. (figura 1). No entanto, a laparotomia exploradora foi negativa para Divertículo de Meckel e não identificou a etiologia da hemorragia digestiva. Foi então pedida a colaboração da Gastrenterologia Pediátrica, que realizou Endoscopia Digestiva Alta. Esta mostrou normalidade da mucosa do esófago, do estômago e do duodeno, mas evidenciou claramente uma compressão extrínseca tubular ao longo da 3<sup>a</sup> porção do duodeno, sem compromisso

da permeabilidade do mesmo (figuras 2 e 3). O aspecto endoscópico, associado às características da hemorragia e à positividade do Cintigrama para pesquisa de Divertículo de Meckel, facilmente permitiram evocar o diagnóstico de duplicação intestinal revestida de mucosa gástrica complicada de hemorragia. Feita nova laparotomia exploradora, tendo sido finalmente identificada uma duplicação duodeno-jejunal, a partir da 3<sup>a</sup> porção do duodeno. Apresentava forma tubular, com comunicação com o lúmen intestinal normal, e mostrava sinais de hemorragia recente (figura 4). O exame anatomo-patológico confirmou a presença de mucosa do tipo gástrico. Feita a excisão completa, a doente teve uma evolução pós-operatória sem incidentes.

## Discussão

As duplicações de segmentos do tubo digestivo são malformações congénitas de etiopatogenia desconhecida e de incidência rara. Apesar de poderem ser toda a vida assintomáticas (referência a cerca de 1 em cada 4.500 autópsias), por vezes apresentam quadros clínicos graves e/ou de abordagem complexa. Podem ser quísticas ou tubulares e estão intimamente ligadas a um segmento do tubo digestivo, podendo localizar-se em qualquer parte do tubo digestivo, desde a boca ao ânus. Para serem consideradas verdadeiras duplicações, têm que apresentar parede bem desenvolvida, incluir uma camada de tecido muscular liso e o seu epitélio ser do tipo digestivo.

A duplicação de segmentos do tubo digestivo, embora possa atingir qualquer segmento do tubo digestivo, é muito mais frequente no intestino delgado (quase metade dos casos). Podem apresentar-se em qualquer idade, até na idade adulta e com os mais variados



Figura 1. Cintigrama para pesquisa de Divertículo de Meckel, mostrando claramente mucosa gástrica ectópica que se verificou ser do segmento intestinal duplicado

## Momento Pediátrico

## Digestiva

quadros clínicos, mas a maioria apresenta-se nos primeiros anos de vida. Uma revisão do Children's Hospital Los Angeles <sup>(1)</sup>, englobando 27 casos, refere que 67% dos casos se apresentaram no primeiro ano de vida. As duplicações do tubo digestivo variam não apenas na localização, mas também no tamanho, nas complicações e consequentemente na apresentação clínica. Assim, as duplicações esofágicas apresentam-se habitualmente com sintomatologia respiratória e/ou cardíaca e as do intestino delgado habitualmente sob a forma de quadros oclusivos por compressão do tubo digestivo adjacente e/ou por hemorragia digestiva resultante da ulceração da mucosa de revestimento, quando esta é do tipo gástrico. Habitualmente, a hemorragia é endo-luminal, mas o segmento duplicado pode igualmente perfurar e originar hemoperitoneu <sup>(2)</sup>, embora seja raro. Podem também apresentar-se como massa abdominal, dor abdominal recorrente <sup>(3)</sup> ou até originar pancreatite recorrente <sup>(4,5)</sup>. Além da sintomatologia ligada à duplicação, por vezes estas acompanham-se de outras malformações loco-regionais (cardíacas, vertebrais, urinárias, etc.), que também elas podem criar problemas diagnósticos ou terapêuticos complexos.

O quadro hemorrágico é facilmente confundido com o Divertículo de Meckel, não apenas pelas características da hemorragia (tipicamente indolor e maciça) mas também pela positividade do cintigrama com tecnécio, dado que este detecta a mucosa gástrica ectópica, presente em ambos os casos. Tipicamente, o Divertículo de Meckel apresenta mucosa gástrica ectópica com captação simultânea com o estômago. As duplicações apresentam habitualmente padrões cintigráficos mais variados, com diferenças no tempo aparecimento e na distribuição do radiofármaco <sup>(6)</sup>, mas as de localização muito próximo da localização habitual do Divertículo de Meckel são facil-

mente confundidas, como foi o presente caso. O tratamento é cirúrgico, mas por vezes as duplicações de localização duodenal colocam problemas cirúrgicos complexos resultantes da proximidade da confluência bílio-pancreática. Quando não é possível a excisão cirúrgica, deve ser feita a exérese da mucosa de modo a prevenir recorrência da hemorragia. Neste caso, a localização da duplicação a partir da 3ª porção duodenal facilitou a abordagem cirúrgica e permitiu a sua excisão completa sem complicações.

No presente caso o aspecto endoscópico foi determinante para o diagnóstico, não apenas na exclusão de patologia da mucosa digestiva proximal, mas principalmente no reforço da hipótese de duplicação intestinal, contribuindo assim para um correcto e rápido encaminhamento terapêutico.

*Nota:* Agradecimento à Prof.ª Francelina Lopes (Cirurgiã Pediátrica), pela disponibilização das imagens da peça cirúrgica.

## Bibliografia

1. Chandramouli P, Hossein Mahour: Duplications of the alimentary tract in infants and children. *J Pediatr Surg* 1995; 30:1267-1270.
2. Estevão-Costa, José; Soares-Oliveira, Miguel; Carvalho, José Luis: Intestinal Duplication Presenting as Spontaneous Hemoperitoneum - *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31:181 - 182.
3. Joseph M. Plummer, Michael E. McFarlane, Dianne E. Torrence, Newton Duncan, Sundeep Shah, Patrick Roberts: Intestinal duplication presenting with recurrent abdominal pain - *Can J Surg* 2009; 52: E103-E104.
4. Materne, Roland; Clapuyt, Philippe; Saint-Martin, Christine; Jespers, Sabine; Barrea, Cathy; de Goyet, Jean de Ville; Gosseye, Serge; Sokal, Etienne: Gastric



Figuras 2 e 3. Aspecto endoscópico mostrando claramente a compressão extrínseca duodenal abaixo da ampola de Vater



Figura 4. Segmento intestinal excisado, com claros sinais de hemorragia recente

Cystic Duplication Communicating with a Bifid Pancreas: A Rare Cause of Recurrent Pancreatitis - *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:102-105.

5. Hisayoshi Kawahara, Tsuyoshi Takahashi, and Akira Okada: Characteristics of Duodenal Duplications Causing Pancreatitis in Children and Adolescents: A Case Report and Review of the Literature. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35: 372-376.
6. Pinar O. Kiratli · Tamer Aksoy · Murat F. Bozkurt - Diclehan Orhan: Detection of ectopic gastric mucosa using <sup>99m</sup>Tc pertechnetate: review of the literature - *Ann Nucl Med* 2009; 23:97-105.



# Perfuração Gástrica Devido à Ingestão de um Palito:

Daniel Brito<sup>1</sup>, Miguel Areia<sup>1</sup>, Sandra Saraiva<sup>1</sup>, José Manuel Pontes<sup>1</sup>, Alcides Catré<sup>1</sup>, Henrique Ferrão<sup>2</sup>, Paulo

1. Serviços de Gastreenterologia; 2. Cirurgia; 3. Anatomia Patológica

IPO Coimbra FG, EPE

## Introdução

A ingestão acidental de corpos estranhos é frequente nas crian-

to e perfuração, nomeadamente no arco duodenal e na válvula ileocecal <sup>(1,2,3)</sup>.

de epigastralgias com irradiação dorsal, pirose e anorexia com alguns meses de evolução. Ne-

objectivo apresentava um óptimo estado geral, mucosas coradas e hidratadas, anictérica. O abdómen era mole, depressível, indolor, sem visceromegalias ou massas detectáveis à palpação. O hemograma e a bioquímica eram normais. Os marcadores tumorais (CEA e CA 19.9) eram também normais. A endoscopia digestiva alta (EDA), realizada no ambulatório, mostrou deformação do antro gástrico, provavelmente relacionada com compressão extrínseca.

A ultrassonografia abdominal revelou, para além do aumento da espessura da parede gástrica, uma estrutura nodular hipocogénica, um pouco heterogénea, com 24 x 15 mm de diâmetro, entre a vertente posterior do estômago e a face anterior do pâncreas. A TC abdominal mostrou um espessamento da parede da face posterior do antro (14 mm) e uma área linear hiperdensa, com cerca de 30 mm de extensão, em parte na dependência da parede gástrica, sendo uma pequena porção extraparietal, onde se observou discreta área de densificação do tecido adiposo, que poderia estar relacionado com a presença de um corpo estranho, ou um trajecto fistuloso com contraste positivo no seu interior (figura 1).

Perante os achados dos exames supracitados, optou-se por repetir a EDA, que revelou a presença de dois focos de ulceração da mucosa ao nível da

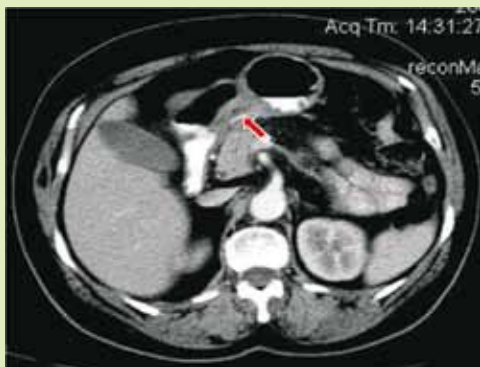


Figura 1. Espessamento parietal da face posterior do antro e linha hiperdensa travessando toda a parede

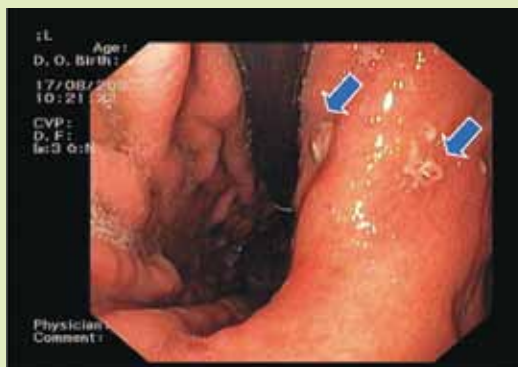


Figura 2. Focos de ulceração ao nível da incisura

ças e nos idosos, sendo também comum a ingestão voluntária nos doentes de foro psiquiátrico e nos presidiários. Os corpos estranhos alongados, maiores do que 6 cm de comprimento,

## Caso clínico

Apresenta-se o caso de uma mulher de 67 anos, raça caucasiana, que foi enviada à consulta de gastreenterologia do IPOCFG em Fevereiro de 2007 por sus-

gava náuseas, vômitos, perda de peso, alteração dos hábitos intestinais e perdas hemáticas visíveis. Dos antecedentes pessoais salientava-se carcinoma papilar da tiróide operado em 2002, hi-



Figura 3. Marcado espessamento parietal gástrico e linha hiperecogénica atravessando toda a parede

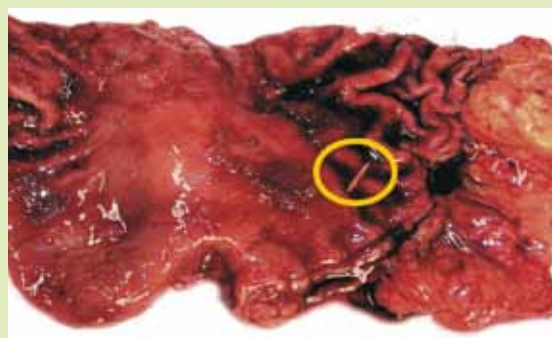


Figura 4. Corpo estranho solto na cavidade gástrica

devem ser retirados enquanto permanecem no lume gástrico, devido ao risco de encravamen-

peita de compressão do antro gástrico por formação extramural. A doente referia queixas

potiroidismo e hipertensão arterial. Os antecedentes familiares eram irrelevantes. Ao exame

## Caso Clínico

## Relato de um Caso

Figueiredo<sup>3</sup>, Ana Cadime<sup>1</sup>

incisura, recobertos por fibrina, sendo um deles do lado do corpo e o outro na vertente antral (figura 2). As biopsias das referidas ulcerações apenas revelaram alterações inflamatórias. A esse nível, a ecoendoscopia pôs em evidência um espessamento marcado da parede gástrica (15 mm), com desorganização arquitetural, identificando-se imagem linear hiperecogénica, com cerca de 20 mm de comprimento, que atravessava toda a espessura da parede até à gordura perigástrica, provavelmente relacionado com um corpo estranho (figura 3).

Decidiu-se então propor intervenção cirúrgica à doente, que consistiu numa gastrectomia parcial. Depois da abertura da peça, constatou-se a presença de um corpo estranho (palito) solto no lume gástrico (figura 4). O estudo anátomo-patológico revelou a presença de uma interrupção abrupta da mucosa, por um trajecto fistuloso que atravessava toda a espessura da parede, preenchido por tecido de granulação, com reacção inflamatória na gordura e na serosa (figuras 5, 6, 7 e 8).

**Comentário**

A perfuração gástrica devido à ingestão de palito é uma condição rara, havendo apenas alguns casos descritos na literatura<sup>(5)</sup>. O quadro clínico pode variar desde a total ausência de sintomas, sendo o corpo estranho



Figura 5. Trajecto fistuloso atravessando toda a espessura da parede



Figura 6. Escara (HE 100 x) Trajecto fistuloso com tecido de granulação e reacção inflamatória na gordura e na serosa



Figura 7. (HE 400x). Pormenor da superfície — mucosa

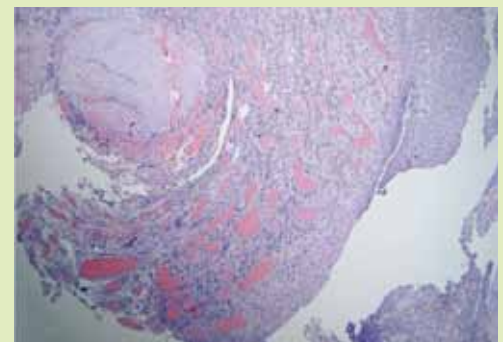


Figura 8. (HE 400x). Pormenor da serosa

encontrado acidentalmente na sequência de uma cirurgia, até uma situação mais grave de peritonite generalizada<sup>(4,5)</sup>.

No presente caso, a doente não tinha memória de ingestão acidental de nenhum corpo estranho. Apesar do quadro clínico não reflectir a gravidade dos achados imagiológicos, entendeu-se propor à doente intervenção cirúrgica, dada a forte suspeita da presença de um corpo estranho.

Sendo comum o uso de palitos no nosso quotidiano, a perfuração pelo referido objecto deverá ser sempre considerada, em qualquer paciente com sintomas de perfuração de víscera oca, mesmo que não exista nenhuma

história prévia de ingestão<sup>(5)</sup>.

Os palitos são potencialmente perigosos, tal como os outros objectos pontiagudos, devendo por isso ser removidos imediatamente<sup>(4,6)</sup>.

**Bibliografia**

1. Guideline for the management of ingested foreign bodies. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1995;42(6):622-5.
2. Greene FL. Endoscopic management of gastrointestinal tract foreign bodies. In: Green FL, Ponsky JL, eds. *Endoscopic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders, 1994.
3. Webb W. Management of

foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 1988;94:204-16.

4. Porcu A, Dessauti A, Feo CF, Dettori G. Asymptomatic gastric perforation by a toothpick. *Dig Surg* 1999;16(5):437-8.
5. Steenvoorde P, Moues CM, Viersma JH. Gastric perforation due to the ingestion of a hollow toothpick. A case report. *Surg Today* 2002;32(8):731-3.
6. Matsubara M, Hirasaki S, Suzuki S. Gastric perforation by an ingested toothpick successfully managed with computed tomography and endoscopy. *Intern Med* 2007;46(13):971-4.



# Marcadores Tumorais em

Miguel Areia, Daniel Brito, Sandra Saraiva, Alcides  
Serviço de Gastrenterologia, IPO Coimbra FG, EPE

Os marcadores tumorais são moléculas que podem existir em concentrações aumentadas em vários tecidos ou fluidos corporais em pacientes com cancro. Deste modo, o seu doseamento pode ser benéfico em situações de rastreio, diag-

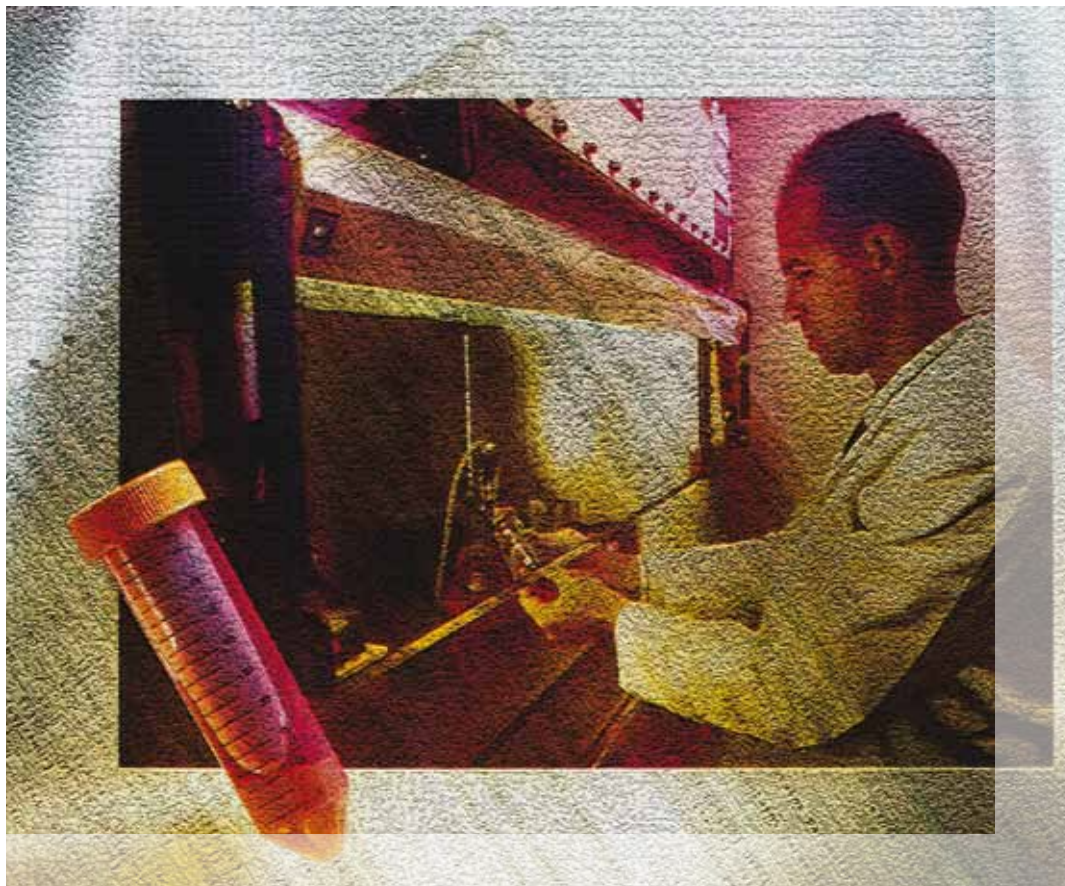
de forma correcta podem ser, de facto, um auxílio precioso às decisões clínicas mas, se requeridos indevidamente, podem conduzir a situações perniciosas. Se falsamente positivos por desencadarem investigações desnecessárias, possivelmente invasivas e com riscos associa-

Neste artigo pretende-se apontar algumas normas de orientação para uma correcta utilização deste meio complementar de diagnóstico, focando em particular os marcadores tumorais mais frequentemente associados à área da Gastrenterologia, nomeadamente a alfa-fetoproteína

embrionária (CEA) para o carcinoma colo-rectal.

## Qual tem sido o uso dos marcadores tumorais?

Estudos recentes têm revelado dados alarmantes quanto à utilização indevida dos marcadores tumorais como ferramenta de apoio à clínica. Um estudo retrospectivo efectuado num grande hospital da Grécia estimou que menos de 10% dos pedidos de marcadores tumorais eram adequados, acarretando um custo mensal próximo de 24.000 euros só nestes doseamentos, sem contar os gastos decorrentes de outros exames complementares solicitados inapropriadamente após um falso positivo dos marcadores <sup>(1)</sup>. Num outro estudo, na Irlanda do Norte, 54% dos pedidos foram efectuados em casos de rastreio apesar de haver um baixo índice de suspeita clínica para doença maligna <sup>(2)</sup>. Num outro estudo retrospectivo, num hospital universitário em Inglaterra, cerca de 20% dos pedidos de CA 15-3 e CA 125 eram em homens (marcadores usados habitualmente em casos de carcinoma da mama e ovário, respectivamente) e um terço dos doseamentos eram em casos de rastreio antes de qualquer exame diagnóstico de neoplasia maligna. Ainda neste estudo refere-se que os doseamentos dos marcadores tumorais aumentaram em 125% entre os anos de 1997 e 2002 <sup>(3)</sup>.



nóstico, prognóstico, decisão terapêutica, monitorização de tratamentos e seguimento clínico. Se solicitados e interpretados

dos ou, de modo oposto, se falsamente negativos por condicionarem atrasos num diagnóstico clínico atempado.

(AFP) para o hepatocarcinoma, o antígeno cancerígeno 19-9 (CA 19-9) para o carcinoma do pâncreas e o antígeno carcino-



## Tema de Revisão

## Gastrenterologia

Catré, Ana Teresa Cadime

**Marcadores tumorais no rastreio em****Gastrenterologia** (tabela 1)

Quando se fala em rastreio, convém relembrar que todos

res de carcinoma hepatocelular, portadores de hepatite C, doentes com cirrose alcoólica, vírica, biliar primária ou por hemocromatose ou ainda doentes em lista

**Marcadores tumorais no diagnóstico em Gastrenterologia**

Quando existem dados clínicos (sinais ou sintomas) que levem à suspeita da existência de uma neoplasia maligna do tubo digestivo ou seus órgãos associados, os marcadores tumorais podem ser um dos métodos no auxílio ao diagnóstico final. No entanto convém desde já salientar que qualquer um destes marcadores não permite fazer o diagnóstico só por si. Como métodos complementares de diagnóstico que são, têm de ser devidamente enquadrados num contexto clínico, exame objectivo e outros meios

complementares como os métodos endoscópicos e os métodos de imagem.

Para os doentes com queixas inespecíficas não existe qualquer justificação para o uso dos marcadores tumorais como auxílio ao diagnóstico, dado que podem estar elevados em várias doenças neoplásicas diferentes (Tabela 2), assim como em múltiplas doenças benignas (Tabela 3), não podendo deste modo o seu valor ser interpretado nem na identificação de uma neoplasia nem na sua exclusão pelos reduzidos valores de sensibilidade e especificidade a eles associados <sup>(4)</sup>.

Deste modo, foram já emitidas

Um valor elevado de um marcador tumoral isoladamente pode não implicar uma neoplasia específica assim como um valor normal não a pode excluir na totalidade

os exames complementares a solicitar serão num contexto de um doente completamente assintomático, onde um marcador tumoral positivo pode ter particulares implicações no seguimento, nomeadamente podendo ser causa de angústia infundada e conducente a investigações clínicas desnecessárias ou, por outro lado, em caso de negatividade dar uma falsa segurança quanto à ausência de doença neoplásica <sup>(4)</sup>. No caso específico da Gastrenterologia não existe qualquer indicação ou recomendação para o uso do CA 19-9 para rastreio do cancro do pâncreas <sup>(5,6,7)</sup> ou do CEA para rastreio do cancro colo-rectal dadas as suas inadequadas sensibilidades em vários estudos <sup>(6,8,9,10,11)</sup>. No contexto de rastreio apenas tem cabimento o doseamento da AFP e apenas em grupos de risco muito específicos para o carcinoma hepatocelular (doentes portadores de hepatite B com actividade inflamatória persistente, antecedentes familia-

de espera para transplante hepático). Neste grupo seleccionado de pacientes o rastreio deve ser efectuado com ecografia hepática associada ao doseamento da AFP sérica a cada seis a 12 meses. <sup>(12)</sup>.

Tabela 1: Recomendações actuais dos marcadores tumorais em Gastrenterologia (Adaptado de BMJ 2009;339:b3527)

Marcador tumoral	Neoplasia	Recomendação actual				
		Rastreio	Diagnóstico	Prognóstico	Despiste de recidiva	Monitorização do tratamento
AFP	Carcinoma hepatocelular	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CA 19-9	Carcinoma pancreático	Não	Não	Sim	Sim	Sim
CEA	Carcinoma colo-rectal	Não	Não	Sim	Sim	Sim

Tabela 2: Marcadores tumorais e respectivas neoplasias onde podem estar alterados (Adaptado de BMJ 2009;339:b3527)

Marcador tumoral	Neoplasia mais relevante	Outras neoplasias onde pode estar elevado
AFP	Carcinoma hepatocelular	Colo-rectal, gástrico, germinativo, testicular, pulmonar
CA 19-9	Carcinoma pancreático	Colo-rectal, gástrico, hepatocelular, esofágico, ovárico
CEA	Carcinoma colo-rectal	Gástrico, mamário, pulmonar, esofágico, pancreático

recomendações a desencorajar a solicitação de “painéis” de marcadores tumorais para diagnóstico, devendo o seu doseamento

ter implicações fundamentais na definição do prognóstico da doença, na escolha entre diferentes terapêuticas e na avalia-

secutivos do CEA obtiveram melhor sobrevida quando comparados com doentes sem esse seguimento intensivo <sup>(13,16,17,18,19)</sup>.

ser causa de ansiedade desnecessária e não trazer qualquer benefício clínico <sup>(4)</sup>.

Quanto ao CA 19-9 para o carcinoma do pâncreas, o seu doseamento pode ser benéfico em doentes em tratamento com doença localmente avançada ou metastática como meio de detecção de progressão da doença, mas a qual deve depois ser sempre confirmada por métodos de imagem <sup>(6,21,22)</sup>.

#### Em conclusão:

Os marcadores tumorais são meios complementares de diagnóstico frequentemente mal empregues. O seu uso indevido pode condicionar estudos desnecessários em doentes sem patologia maligna ou atrasar um diagnóstico atempado de cancro se falsamente negativos. Na área da Gastreenterologia apenas o doseamento da AFP tem validade para uso em rastreio e apenas em casos seleccionados (normalmente seguidos em consulta de especialidade) enquanto que o CA 19-9 e o CEA só devem ser solicitados em casos de diagnóstico comprovado de neoplasia,



ser pedido apenas na suspeita clínica de patologia específica de um órgão e com o respectivo marcador tumoral a ele associado (CA 19-9 para o carcinoma do pâncreas e CEA para o carcinoma colo-rectal) <sup>(6,7,11,13)</sup>.

#### Marcadores tumorais na decisão terapêutica, prognóstico e seguimento

Este é o campo primordial da uti-

lização da resposta aos tratamentos instituídos (principalmente por Quimioterapia e/ou Radioterapia) ou ainda na suspeita clínica ou imagiológica de recidiva. Este uso dos marcadores tumorais como auxílio às decisões terapêuticas já obteve resultados favoráveis quando aplicado ao cancro colo-rectal. Quando determinado pré-operatoriamente, o valor do CEA revelou ter im-

Nestes doentes, uma elevação do CEA pode levantar a suspeita de recidiva da doença ainda antes de ocorrer uma evidência clínica ou imagiológica da mesma <sup>(4)</sup>. O doseamento do CEA revelou ainda ser o método com melhor custo-efectividade no seguimento destes pacientes <sup>(20)</sup>. As recomendações actuais apontam assim para o doseamento do CEA a cada três meses pelo menos durante três anos, para pacientes nos estádios II e III, se candidatos a terapêutica posterior para doença metastática <sup>(6,11,16,17)</sup>.

O doseamento seriado dos marcadores tumorais pode, no entanto, ser contraproducente em casos onde não exista tratamento alternativo a efectuar. Nestas situações, uma evidência de recidiva ainda assintomática sem a consequente possibilidade de atitude terapêutica pode

O uso de marcadores tumorais em doentes com queixas inespecíficas e o uso indiscriminado de “painéis” de marcadores tumorais é desencorajado

Os marcadores tumorais mais habitualmente usados na Gastreenterologia (AFP, CA 19-9 e CEA) não são específicos de um único tipo de neoplasia assim como podem estar elevados em doenças benignas (digestivas ou outras)

lização dos marcadores tumorais como auxílio às decisões médicas. De facto, na área das neoplasias gastreenterológicas confirmadas, estes doseamentos podem

ter implicações prognósticas <sup>(14,15)</sup>. Por outro lado, foi demonstrado que os doentes com seguimento clínico intensivo acompanhado de doseamentos séricos con-

pois podem ser benéficos para as decisões terapêuticas futuras e seguimento clínico.

#### Bibliografia

1. Ntaios G, Hatzitolios A, Chatzinikolaou A, et al. An audit of tumour marker utilization in Greece. *Eur J Intern Med* 2009;20(3):e66-9.

2. McDonnell M; Northern Ireland Regional Audit Group. An audit of tumour marker requests in Northern Ireland. *Ann Clin Biochem* 2004;41(Pt 5):378-84.
3. McGinley PJ, Kilpatrick ES. Tumour markers: their use and misuse by clinicians. *Ann Clin Biochem* 2003;40(Pt 6):643-7.
4. Sturgeon CM, Lai LC, Duffy MJ. Serum tumour markers: how to order and interpret them. *BMJ* 2009;339:b3527. doi: 10.1136/bmj.b3527.
5. DiMugno EP, Reber HA, Tempero MA. AGA technical review on the epidemiology, diagnosis, and treatment of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Gastroenterology* 1999;117(6):1464-84.
6. Locker GY, Hamilton S, Harris J, et al. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. *J Clin Oncol* 2006;24(33):5313-27.
7. Duffy MJ, Sturgeon C, Lamerz R, et al. Tumor markers in pancreatic cancer: a European Group on Tumor Markers (EGTM) status report. *Ann Oncol* 2009 Sep 8. [Epub ahead of print].
8. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003;124(2):544-60.
9. Macdonald JS. Carcinoembryonic antigen screening: pros and cons. *Semin Oncol* 1999;26(5):556-60.
10. Palmqvist R, Engarås B, Lindmark G, et al. Prediagnostic levels of carcinoembryonic antigen and CA 242 in colorectal cancer: a matched case-control study. *Dis Colon Rectum* 2003;46(11):1538-44.
11. Duffy MJ, van Dalen A, Haglund C, et al. Tumour markers in colorectal cancer: European Group on Tumour Markers (EGTM) guidelines for clinical use. *Eur J Cancer* 2007;43(9):1348-60.
12. Bruix J, Sherman M; Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005;42(5):1208-36.
13. Sturgeon CM, Duffy MJ, Stenman UH, et al. National Academy of Clinical Biochemistry laboratory medicine practice guidelines for use of tumor markers in testicular, prostate, colorectal, breast, and ovarian cancers. *Clin Chem* 2008;54(12):e111-79.
14. Park YJ, Park KJ, Park JG, et al. Prognostic factors in 2230 Korean colorectal cancer patients: analysis of consecutively operated cases. *World J Surg* 1999;23(7):721-6.
15. Park YJ, Youk EG, Choi HS, et al. Experience of 1446 rectal cancer patients in Korea and analysis of prognostic factors. *Int J Colorectal Dis* 1999;14(2):101-6.
16. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, et al. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2002;324(7341):813.
17. Simmonds PC. Palliative

- chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2000;321(7260):531-5.
18. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, et al. Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. *BMC Cancer* 2003;3:26.
19. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer.

O único marcador tumoral com aplicação no rastreio em Gastreterologia é a AFP e para um grupo seleccionado de doentes de alto risco

20. Renehan AG, O'Dwyer ST, Whynes DK. Cost effectiveness analysis of intensive versus conventional follow up after curative resection for colorectal cancer. *BMJ* 2004;328(7431):81.
21. Stemmler J, Stieber P, Szymala AM, et al. Are serial CA 19-9 kinetics helpful in predicting survival in patients with advanced or metastatic pancreatic cancer treated with gemcitabine and cisplatin? *Onkologie* 2003;26(5):462-7.
22. Ziske C, Schlie C, Gorschlüter M, et al. Prognostic value of CA 19-9 levels in patients with inoperable adenocarcinoma of the pancreas treated with gemcitabine. *Br J Cancer* 2003;89(8):1413-7.

Tabela 3: Patologias benignas que podem estar associadas a elevação dos marcadores tumorais (Adaptado de *BMJ* 2009;339:b3527)

Patologia benigna	Marcadores potencialmente alterados
Colangite aguda	CA 19-9, CEA
Colestase	CA 19-9
Colite	CEA
Diabetes	CA 19-9, CEA
Diverticulite	CEA
Doença hepática crónica	CA 19-9, CEA
Icterícia	CA 19-9, CEA
Insuficiência renal crónica	CEA
Gravidez	AFP
Pancreatite aguda ou crónica	CA 19-9
Pneumonia	CEA
Regeneração hepática	AFP
Síndrome do cólon irritable	CA 19-9, CEA



## Instantâneo Endoscópico

# Heterotopia Gástrica no Recto

Sandra Saraiva<sup>1</sup>, Miguel Areia<sup>1</sup>, Daniel Brito<sup>1</sup>, Alcides Catré<sup>1</sup>, Noémia Castelo Branco<sup>2</sup>,  
Manuela Lacerda<sup>2</sup>, Ana Teresa Cadime<sup>1</sup>

1. Serviços de Gastrenterologia; 2. Anatomia Patologia  
IPO Coimbra FG, EPE

**D**oente de 62 anos, sexo masculino e raça caucasiana, referenciado à consulta externa de Gastrenterologia do IPO de Coimbra para terapêutica endoscópica, após realização de colonoscopia em ambulatório por dores abdominais sem perdas hemáticas.

O doente tinha antecedentes de etilismo e apresentava alterações clínicas, analíticas e imagiológicas sugestivas de doença hepática crónica.

A colonoscopia mostrou formação pseudopolipóide atípica, congestiva, avermelhada e irregular, do 1/3 inferior do recto com cerca de 10 mm que parecia “rasgar” uma base de mucosa endoscopicamente normal, tendo-se efectuado biopsias (Figura 1). O estudo histológico mostrou tratar-se de um fragmento superficial de mucosa gástrica com epitélio foveolar e glândulas do tipo fúndico, que se dispõem numa lâmina própria edemaciada (confirmado com técnica de histoquímica PAS/azul alcian) com a base da formação a apresentar mucosa intestinal de tipo cólico – heterotopia gástrica rectal.

Realizou uma ultrassonografia endoscópica que demonstrou que a formação era hiperecogénica com 10,6x16,3mm, na dependência da mucosa e sem adenopatias peri-rectais (Figura 2). Realizada polipectomia com ansa após injeção prévia de 3 cc de soro com adrenalina 1/100.000, com boa elevação da lesão. Foi possível a ressecção total num único fragmento e sem complicações (Figura 3). O estudo histopatológico confirmou tratar-se de pólipo com mucosa gástrica, constituída por epitélio foveolar com glândulas de tipo fúndico e antral, com transição abrupta para mucosa cólica.

A heterotopia gástrica foi descrita ao longo de todo o aparelho digestivo, sendo a localização mais comum no divertículo de Meckel. Revisões da literatura revelam que são raros os casos de envolvimento único do recto, diagnosticados estes em idades jovens, que têm como sintoma de apresentação a hemorragia rectal, sendo o achado endoscópico dominante o de uma formação polipóide.

A etiopatogenia continua desconhecida sendo a ressecção endoscópica a terapêutica de eleição.



Figura 1. Pólipo da ampola rectal



Figura 2. Formação hiperecogénica na dependência da mucosa



Figura 3. Escara após polipectomia sem lesão residual

## Avanços em Endoscopia Digestiva Aplicação à Patologia Pediátrica



A Secção Especializada de Endoscopia Pediátrica da SPED e a Secção de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica da SPP, organizaram um curso subordinado ao tema: “Avanços em endoscopia digestiva – aplicação à patologia pediátrica”.

O curso decorreu no auditório da sede da SPG/SPED, gentilmente cedido para o efeito pelas respectivas direcções, no passado dia 7 de Novembro.

Este encontro tinha como objectivos a divulgação, junto dos Gastroenterologistas Pediátricos e Pediatras interessados na patologia digestiva, das técnicas de diagnóstico e tratamento endoscópico mais recentemente introduzidas na prática clínica e também permitir uma troca de experiências e estreitar de rela-

ções entre Gastroenterologistas e os seus colegas da Pediatria. O programa incluía a endoscopia do intestino delgado com cápsula endoscópica e com enteroscópio

de duplo balão, a ultrasonografia endoscópica, a cromoscopia, NBI e FICE, dilatação pneumática, uso de próteses endoscópicas e abordagem do tratamento da obesi-



dade com balão intragástrico e gastrobandoplastia.

Cada uma das técnicas foi apresentada por um Gastroenterologista experiente, seguindo-se apresentação de casos ou comentários sobre a respectiva experiência pediátrica. Apresentamos alguns breves aspectos de cada um dos temas que gostaríamos de salientar.

A enteroscopia com cápsula é realizável em crianças com mais de 10 kg, já é praticada em diversos centros nacionais e é especialmente útil na criança na hemorragia digestiva de causa obscura. Não está reconhecido o seu interesse actual no diagnóstico da doença celíaca. É uma técnica com futuro promissor especialmente quando permitir a recolha de material de biopsia e uma melhor localização topográfica das lesões identificadas. A enteroscopia assistida com balão é realizável em crianças com mais de dois anos de idade, especialmente usando os aparelhos mais finos. Mas, devido à sua complexidade, curva de aprendizagem e reduzidas indicações na criança, deve presentemente ser efectuada em serviços de adultos com a colaboração dos Gastroenterologistas pediátricos. A cromoscopia, na sua vertente clássica com corantes ou na virtual, NBI e FICE, desenvolvida para o diagnóstico das lesões displásicas ou malignas precoces, está ainda numa fase claramente experimental. No futuro poderá contribuir, na criança, para o diagnóstico de lesões displásicas, especialmente nos doentes com DII diagnosticada antes dos 10 anos de idade. A ultrasonografia

endoscópica é hoje um meio de diagnóstico e tratamento endoscópico fundamental na patologia digestiva, com uma longa aprendizagem, equipamento dispendioso, quase uma subespecialização. A sua utilidade na patologia pediátrica é uma realidade, embora não haja centros pediátricos a efectuar-la entre nós, pelo que é indispensável a colaboração dos Gastroenterologistas com experiência nesta técnica, no estudo das crianças. A patologia malformativa, (duplicação digestiva, malformações anorectais, pâncreas divisum), a microlitíase da via biliar, os quistos e tumores pancreáticos e as lesões anais e perianais da DII são algumas das situações em que a sua utilidade é indiscutível. Abordou-se seguidamente a dilatação pneumática na acalásia, concluindo-se que é uma técnica de tratamento de execução simples, só aplicável a partir de certa idade, já que os balões mais pequenos têm 30 mm de diâmetro e de efeito transitório pelo que não substitui a miotomia laparoscópica, opção preferencial na idade pediátrica. As próteses endoscópicas ainda não têm entre nós uma grande aplicação no tratamento das



estenoses benignas da criança, em especial nas do esófago e secundárias à ingestão acidental de cáusticos, mas a recente introdução no mercado das próteses biodegradáveis irá contribuir seguramente para uma maior utilização e para a solução dos quadros mais complexos de estenoses refractárias à dilatação. Finalmente, foi apresentada a experiência do tratamento da obesidade com balões intragástricos em adultos e crianças e uma experiência de tratamento da obesidade mórbida em adolescentes com gastrobandoplastia. Assim, o balão intragástrico, sendo de fácil colocação e bem tolerado, pode ser usado por períodos de

seis meses, essencialmente para conseguir alguma perda ponderal e assim criar melhores condições para um tratamento definitivo, e mais eficaz nos adolescentes,

como parece ser a gastrobandoplastia, pela sua facilidade de execução laparoscópica, bons resultados, reversibilidade e por manter a integridade digestiva, possibilitando na idade adulta outras soluções cirúrgicas que venham a ser necessárias. Participaram na reunião 40 médicos, discutindo activamente todos os temas apresentados e manifestando no final um sentimento de agrado pela forma como o curso decorreu. A organização considerou o encontro como positivo e como tendo correspondido inteiramente aos objectivos definidos, pelo que pensa repetir a experiência com novos temas no futuro.

*Fernando Pereira*



Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva  
[www.sped.pt](http://www.sped.pt)



## EndoClubNord 2009

# Inovação e Tecnologia em Directo

**T**eve lugar nos passados dias 6 e 7 de Novembro de 2009 mais uma edição do EndoClubNord, uma das principais reuniões mundiais de Endoscopia Digestiva com demonstração ao vivo das mais recentes técnicas endoscópicas. À semelhança do que tem sido hábito de há uns anos a esta parte, a Sociedade

de demonstrações endoscópicas executadas nos Hospitais Asklepios de Altona e Barmbek e na Clínica Universitária Hamburgo-Eppendorf com conferências que versaram sobre doença inflamatória intestinal, nomeadamente a tomada de decisão terapêutica para além das recomendações existentes (Inflammatory Bowel Disease – Decision-making



Portuguesa de Endoscopia Digestiva associou-se a este evento promovendo a transmissão de um dos dias de programa, o dia 6, em directo para o auditório da sua Sede em Lisboa. O modelo da reunião seguiu o seu figurino habitual, alternan-

beyond guidelines), sobre a problemática das eventuais interações entre a terapêutica com antiagregantes plaquetares e os inibidores da bomba de protões (Stomach, Heart and PPI) e, por último, sobre inovação em Endoscopia Digestiva (Innovation

in Endoscopy: Achievable? Efficient? Affordable?).

As demonstrações endoscópicas foram múltiplas e permitiram observar a realização de técnicas diagnósticas e diversos procedimentos terapêuticos. Entre as primeiras, de destacar o conceito

de imagem endoscópica trimodal no rastreio e vigilância de neoplasias digestivas, isto é, a conjugação num único endoscópio de três valências, nomeadamente a tecnologia óptica de alta resolução e ampliação, a autofluorescência (AFI) e NBI (Narrow Band Imaging). O princípio subjacente consiste na utilização da AFI como técnica de “varrimento” de uma grande superfície mucosa e sinalização (considerada uma técnica de “red-flag”) por mudança da cor em autofluorescência de eventuais neoplasias focais, que depois são estudadas em detalhe e caracterizadas mediante ampliação e NBI. Esta abordagem complexa tem sido aplicada na vigilância do esófago de Barrett, como no caso que foi exposto, mas tem potencial noutros contextos, por exemplo no rastreio do cólon em indivíduos normais ou na vigilância de portadores de colite ulcerosa. Foram ainda utilizados novos dispositivos ainda em fase de avaliação tais como o Third Eye (3º olho), um aperfeiçoamento da colonoscopia desti-



nado a proporcionar acesso visual ao lado oral das pregas cólicas e aumentar assim a sensibilidade diagnóstica da técnica, e o Endo-Drive, um dispositivo mecânico de tracção dos endoscópios com o objectivo de libertar as mãos do endoscopista para o manuseio dos comandos ou de acessórios. A possibilidade de diagnóstico histológico por imagem, mediante endomicroscopia com sonda introduzida no canal de trabalho do endoscópio, foi outra das vertentes diagnósticas exemplificadas. Assistiu-se ainda a vários casos de aplicação da ecografia abdominal com contraste endovenoso utilizada no diagnóstico diferencial de nódulos hepáticos e na orientação da terapêutica ablativa por radiofrequência de metástases hepáticas assim como à avaliação por ultrassonografia endoscópica de tumores submucosos gástricos. Uma destas lesões foi excisada num procedimento combinado (sob visão laparoscópica) em que se procedeu à ressecção transmural do segmento de parede gástrica

contendo a lesão, seguida do encerramento do extenso orifício resultante fazendo uso do novo "endoclip" OTSC. Com efeito, a vertente terapêutica da endoscopia digestiva foi o objecto da maioria das demonstrações. Assistiu-se a vários procedimentos em patologia do pâncreas e das vias biliares, nomeadamente litotricia electrohidráulica no decurso de coledocoscopia por acesso transhepático percutâneo, litotricia mecânica por CPRE, colocação de próteses metálicas em estenoses biliares malignas e necrosectomia retroperitoneal em pancreatite aguda severa com necrose pancreática extensa. No esófago foram colocadas próteses auto-expansíveis cobertas em casos de estenose pós-cirúrgica e de estenose caústica com perfuração mediastínica iatrogénica. Técnicas de hemostase endoscópica foram apresentadas no decurso de tratamento profilático de varizes gástricas com injeção de bucrilato (Histoacryl), na aplicação de coagulação com argon plasma em hemorróidas internas

sangrantes de grau III e no tratamento de hemorragia pulsátil durante ressecção endoscópica com coagulação com pinça hemostática CoagGrasper. No que concerne à ressecção endoscópica de neoplasias foi possível observar a realização de vários procedimentos, em diferentes órgãos e mediante técnicas diversas. Em neoplasias em esófago de Barrett, assistiu-se a mucossectomias aspirativas com "cap" e com o sistema Duette e a uma dissecação submucosa extensa e hemircunferencial. O Dr. Jacques Bergman, autor dos mais marcantes trabalhos na matéria, procedeu à demonstração da técnica de ablação do epitélio de Barrett por radiofrequência fazendo uso dos sistemas HALO<sup>90</sup> e HALO<sup>360</sup> consoante a zona a tratar é segmentar ou circunferencial. Foram ainda observadas várias ressecções de lesões do cólon e gástricas, nomeadamente uma dissecação submucosa gástrica extensa na qual o Dr. Naohisa Yagahi, um dos maiores especialistas mundiais nesta

área, apresentou um novo acessório da técnica, um dispositivo de tracção e afastador da lesão, facilitador do acesso à submucosa e passível de otimizar o procedimento.

Este curso proporcionou, como de costume, uma profusão de excelentes demonstrações sucedendo-se num ritmo impressionante e que permitiram um contacto com um amplo leque de procedimentos endoscópicos, uns de uso corrente, outros acessíveis apenas a departamentos e executantes diferenciados e alguns de carácter absolutamente inovador. Pode-se, contudo, apontar-lhe algumas limitações tais como a dependência da tradução simultânea (pois a língua oficial da reunião é o alemão) e o pouco tempo disponível quer para analisar os detalhes da execução de cada técnica (tão relevantes para os assistentes mais diferenciados) quer para usufruir da discussão entre os executantes e a audiência.

*Pedro Amaro  
Serviço de Gastrenterologia;  
Hospitais da Universidade de Coimbra*



## Até Junho de 2010 Portugal perderá 2.500 adeptos por causa

Com o apoio da Federação Portuguesa de Futebol e com a aprovação da FIFA a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva promoveu, no passado dia 10 de Outubro, uma acção de promoção do rastreio do cancro do cólon e recto durante o jogo de futebol Portugal - Hungria, realizado no Estádio da Luz, em Lisboa.

A direcção da SPED considerou importante a oportunidade de fazer chegar a nossa mensagem sobre a prevenção do cancro do cólon e recto a uma vasta audiência (cerca de 60.000 pessoas) e de aproveitar o impacto mediático do acontecimento desportivo para potenciar a visibilidade da acção para além do estádio. A acção em concreto integrou a colocação de duas tarjetas (com 30 m<sup>2</sup>) no relvado, antes do início do jogo e durante o intervalo,



com uma mensagem alertando para a importância do rastreio; a presença no relvado de um conjunto de jovens vestidos com *t-shirts* alusivas ao rastreio; a distribuição à comunicação social e na zona VIP do estádio de uma pasta contendo informação sobre o cancro

do cólon e recto e da importância da sua prevenção; distribuição aos espectadores de milhares de panfletos sobre a campanha de prevenção do cancro do intestino sob o lema "Até Junho de 2010 (África do Sul) Portugal perderá 2.500 adeptos por causa do Cancro

### Mensagem

## Ricardo Araújo Pereira



O cancro do intestino afecta em cada ano mais de 5.500 portugueses. Apesar de Portugal dispor de todas as terapêuticas, incluindo as mais modernas, para o seu tratamento, mais de metade desses doentes vem a morrer da doença. Disso resulta que em cada dia morrem em Portugal 10 pessoas de cancro do intestino.

A pergunta que se impõe é: isto é uma fatalidade ou dispomos de meios para alterar esta realidade?

A resposta é simples. Sim, é possível diminuir o número de cancros do intestino e o número de portugueses que morrem por causa dele. Como? Com o rastreio.

A mensagem que vos queremos deixar é muito simples. Se tem cinquenta ou mais

anos, se não tem queixas do intestino, se acha que é saudável e se sente bem.

Tem pelo menos três razões muito boas para fazer o rastreio do cancro do intestino.

Fale com o seu médico. Diga-lhe que quer fazer o rastreio.

Jogue pela vida. E fique disponível durante muitos anos para apoiar a nossa selecção.



# do cancro do intestino



do Intestino. Está nas suas mãos contrariar este número”; antes, durante e no intervalo do jogo passaram múltiplas vezes nos ecrãs do estádio as mensagens da SPED sobre a forma de um *banner*.

Para esta acção, a SPED contou com o apoio de duas figuras relevantes da sociedade portuguesa. A Dra. Leonor Beleza, Presidente da Fundação António Champalimaud, acompanhou a Presidente da SPED durante o

jogo na bancada VIP do estádio. Antes do início do jogo, Ricardo Araújo Pereira leu, no centro do relvado e acompanhado pela Dra. Isabelle Cremers, uma mensagem de alerta para o problema do cancro do intestino e de sensibilização para a importância do rastreio (ver caixa). Foi notável o silêncio que o estádio manteve durante a leitura da mensagem. Este conjunto de acções desenvolvidas no estádio foram complementadas com a inserção de uma página com as mensagens da SPED na

publicação da Federação Portuguesa de Futebol respeitante ao jogo e com a colocação de um *banner* com *link* para o site da SPED na página da internet da FPF.

A direcção da SPED, reconhecendo o impacto da acção de promoção do rastreio do cancro do cólon e recto desenvolvida no Estádio da Luz, quer deixar expressos os agradecimentos às entidades e pessoas que contribuíram para a sua realização, nomeadamente

o presidente e vice-presidente da FPF, Dr. Gilberto Madail e Sr. Amândio de Carvalho, e também ao director de marketing da FPF pelo seu incedível envolvimento na sua preparação e organização. Não pode também deixar de agradecer as presenças da Dra. Leonor Beleza e do Ricardo Araújo Pereira, certa da sua disponibilidade para colaborar em acções futuras.

*A. Dias Pereira;*

*Vice-presidente da SPED*



## Agenda

### 6º Curso Teórico-Prático de Ultrassonografia Clínica para Gastrenterologistas

**Data:** 11 e 12 de Dezembro, 2009

**Local:** Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco

**Mais informações no Website:** [www.spg.pt](http://www.spg.pt)

### VIII Jornadas Ibéricas de Cápsula Endoscópica

**Data:** 16 de Janeiro de 2010

**Local:** Hospital de Pedro Hispano, Matosinhos

**Mais informações no Website:** [www.sped.pt](http://www.sped.pt)

### Serões de Gastrenterologia

**Datas:**

18 Janeiro - esófago e estômago

22 Fevereiro - fígado

22 Março - pâncreas e vias biliares

19 Abril - intestino delgado

17 Maio - cólon e recto

**Local:** Sede da SPG, SPED, APEF

**Mais informações no Website:** [www.spg.pt](http://www.spg.pt) / [www.sped.pt](http://www.sped.pt) / [www.apef.com.pt](http://www.apef.com.pt)

### Reunião Monotemática SPG – Úlcera Péptica – Passado, Presente, Futuro

**Data:** 30 de Janeiro de 2010

**Local:** Lisboa Vip Art's Hotel

**Mais informações no Website:** [www.spg.pt](http://www.spg.pt)

### 13ª. Reunião Anual da APEF

**Data:** 9 a 10 de Abril de 2010

**Local:** Hotel Sheraton, Porto

**Mais informações no Website:** [www.apef.com.pt](http://www.apef.com.pt)

### XXX Congresso Nacional de Gastrenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

**Data:** 9 a 12 de Junho de 2010

**Local:** Centro de Congressos de Vilamoura - Marina Hotel

**Mais informações no Website:** [www.spg.pt](http://www.spg.pt) / [www.sped.pt](http://www.sped.pt)

# Prevenção do Cancro do Cólon e Recto Estratégia e linhas de Acção da SPED

**D**ando continuidade à intervenção da SPED ao longo da última década na promoção da prevenção do cancro do cólon e recto, a actual direcção considera esta área como prioritária na sua acção ao longo do próximo biénio.

Estabeleceu, no essencial, três linhas de acção que reputa de importantes, numa estratégia que visa alertar e envolver a população, os médicos de Medicina Geral e Familiar e os poderes públicos para a importância do rastreio do cancro do cólon e recto na redução da incidência e da mortalidade da doença.

A primeira visa a sensibilização da população através de acções de divulgação da importância do rastreio, enquanto atitude individual, na prevenção do cancro do cólon e recto. Através de acções

desenvolvidas no contexto de acontecimentos mediáticos, nomeadamente de cariz desportivo, ou através de acção permanente de captação da atenção dos *media*, procurar-se-á manter a questão da prevenção e do rastreio com visibilidade permanente. São já tradução prática desta linha a acção de divulgação desenvolvida durante o jogo Portugal - Hungria e a presença da SPED em todos os canais televisivos no Dia Europeu de Luta contra o Cancro do Cólon e Recto, que merecem destaque neste número de ENDOnews.

A segunda tem como objectivo

uma acção permanente junto dos colegas de Medicina Geral e Familiar no sentido do rastreio do cancro do cólon e recto integrar de forma consistente a sua

prática clínica. Durante os próximos anos continuarão a ser organizadas, em parceria com outras Sociedades, acções de formação dirigidas aos colegas de Medicina Geral e Familiar nas quais o tema da prevenção do cancro do cólon e recto terá presença constante e de relevo.

A terceira dirige-se aos poderes públicos no sentido de os alertar para a sua responsabilidade na

adopção de medidas concretas que possibilitem o acesso fácil e generalizado da população de risco ao rastreio. Para além do impacto que o sucesso das linhas de actuação anteriormente definidas não deixará de ter sobre os poderes públicos, a SPED quer assumir-se como parceira do Ministério da Saúde na definição, organização e implementação de um Programa Nacional de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto.

Para além destas três linhas de actuação, a SPED irá propor às Sociedades Científicas cujo âmbito de acção engloba o cancro do cólon e recto a adopção de programas e linhas de acção comuns na área da prevenção do cancro do cólon e recto de forma a reforçar a sua capacidade de intervenção.



## Dia Europeu de Luta Contra o Cancro do Cólon e Recto

O dia 3 de Novembro foi institucionalizado como o Dia Europeu de Luta contra o Cancro do Cólon e Recto. Nesse dia, e acedendo a solicitações de todas as estações de televisão, a SPED esteve presente em diversos espaços de informação e de lazer da RTP, SIC e TVI.

A Dra. Isabelle Cremers, Presidente da SPED, esteve presente no espaço informativo da SIC "Edição da Manhã", no Telejornal da TVI (reportagem realizada no Serviço de Gastrenterologia do Hospital de São Bernardo) e no programa

da RTP1 "Bom dia Portugal".

A Dra. Anabela Pinto, membro da Comissão de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto da SPED, esteve presente no jornal informativo "Bom Dia Portugal" da RTP1.

O Dr. Dias Pereira, Vice-Presidente da SPED esteve presente no "Diário da Manhã" da TVI e no programa "Consultório" da TVI24horas. A TVI passou ainda uma reportagem sobre a Prevenção do Cancro do Cólon e Recto realizada no Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Bernardo.