



**Doença Celíaca com Elevação
das Enzimas Hepáticas**

**Hemorragia Digestiva Alta
por Metástases Gástricas de
Linfoma Testicular**

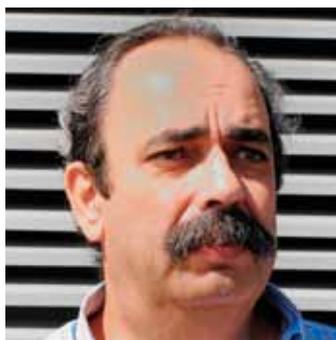
IV Reunião Ibérica de Enteroscopia

XXIV Reunião Anual do NGHD

**VIII Reunião Ibérica de
Cápsula Endoscópica**

Editorial

Cancro do cólon e recto. Onde estamos em 2010?



António Dias Pereira
Vice-presidente da Sociedade Portuguesa
de Endoscopia Digestiva

O presente ano é marcado pela conclusão do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 e do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010. O Plano Nacional de Saúde elegeu como marcadores de eficácia, no que concerne ao cancro do cólon e recto (CCR), a taxa de rastreio na população alvo, a mortalidade na população abaixo dos 65 anos e a sobrevivência aos cinco anos.

Em relação ao rastreio do CCR, para a qual estabeleceu a meta de 60%, não existem dados disponíveis que permitam a sua avaliação. Em relação à mortalidade abaixo dos 65 anos, que era de 8 por 100.000 no início do Programa, traçou-se a meta da sua redução para 6 no final da sua execução. Os dados referentes a 2008 mostram que ela foi de 7,7, com uma evolução que não aponta para uma descida consistente ao longo dos anos. Em relação à sobrevivência aos 5 anos dos

doentes com cancro colo-rectal foi traçada a meta de se atingir um valor de 55% em 2010. Verifica-se que os dados do ROR Sul referem uma sobrevivência de 53% em 2005 em comparação com a taxa de 46,3% em 1998 referente a todo o país.

A avaliação externa a que a execução do PNS foi recentemente submetido considera não ser provável que se alcancem, até ao final da sua execução, as metas estabelecidas para o cancro do cólon e recto.

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO) comprometeu-se a programar e implementar em todo o país programas de rastreio organizados de elevada qualidade, tendo em conta os princípios gerais que respeitam as actividades de rastreio oncológico, para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e recto. Com base na recomendação do Conselho da União Europeia (2003/878/CE), o PNP-CDO assumiu a recomendação do Plano Oncológico Nacional 2001-2005, definindo como população alvo para o rastreio do cancro colo-rectal os indivíduos

entre os 50 e 74 anos de idade e como método a pesquisa de sangue oculto. Na altura da sua elaboração foi considerado que o Rastreio do cancro colo-rectal estava em fase avançada de planeamento na ARS Centro e definiu como meta a existência de pelo menos um centro de saúde com um programa de rastreio em execução no final de 2009.

Actualmente, existem vários Programas de Rastreio de CCR em execução em Portugal. Incluem o Programa-Piloto da ARS Centro, recentemente iniciado, que utiliza a pesquisa de sangue oculto nas fezes; o do Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa cujo objectivo é a comparação da eficácia da pesquisa de sangue oculto e da fibroscopia; os Programas de Rastreio do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Gaia e da Unidade de Rastreio de Cancro Colo-Rectal/Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Guimarães de base endoscópica; e o projecto-piloto implementado e financiado pela SPED (que inclui 8 centros) de rastreio com base na fibroscopia.

Contudo, se é importante sabermos onde estamos em termos da prevenção do cancro do cólon e recto – e tanto quanto é possível saber estamos muito atrasados na prevenção de uma doença cuja incidência e mortalidade não param de crescer – torna-se muito mais importante, mesmo decisivo, definirmos para onde queremos ir.

A SPED tem defendido e continua a defender, com base na evidência científica publicada, numa perspectiva da diminuição da incidência do cancro do cólon e recto, o rastreio realizado através da fibroscopia. Neste contexto, manterá o seu Projecto-Piloto de Rastreio como forma de demonstrar, na população portuguesa, a sua eficácia.

Contudo, considera também que não há já lugar para mais Programas-Piloto de Rastreio. Existe, neste momento, um número suficiente de projectos capazes de responder às questões que têm estado no centro da discussão deste tema no nosso país, nomeadamente a sua exequibilidade e o método mais adequado para a sua realização. Consideramos que neste momento apenas existe uma atitude responsável face ao problema do cancro do cólon e recto. Uma confluência dos poderes políticos, das estruturas de saúde, das sociedades científicas e da sociedade civil no objectivo imediato do rastreio de base populacional do cancro do cólon e recto em Portugal. No que nos diz respeito, estamos completamente disponíveis para participar na sua implementação.



O Canto do Investigador

Estudo Multicêntrico Português de Reprodutibilidade e Validade da Endoscopia com Alta Resolução e NBI (AR-NBI) na Identificação de Lesões Gástricas Precursoras de Adenocarcinoma Gástrico

A endoscopia com alta resolução e *narrow-band imaging* (AR-NBI) pode ser potencialmente útil no diagnóstico e terapêutica de várias patologias gastrointestinais. A nível gástrico, alguns estudos sugerem que esta técnica endoscópica pode substituir a cro-

interno do Serviço de Gastreenterologia do IPO-Porto, que procura averiguar a reprodutibilidade dos diferentes padrões mucosos e vasculares obtidos por AR-NBI e estabelecer a validade de alguns destes achados no diagnóstico de metaplasia intestinal e de displasia gástrica. Um objectivo secundário será avaliar

seleccionar bons segmentos de vídeo que representem da melhor maneira as áreas sujeitas a biopsia. Numa segunda fase três observadores independentes irão avaliar os vídeos realizados, tendo em conta uma grelha pré-concebida com diversos parâmetros referentes ao padrão mucoso e vascular.



moendoscopia, com melhor identificação do padrão mucoso e vascular, permitindo o diagnóstico de patologias como gastrite com infecção por *Helicobacter pylori* (HP), metaplasia intestinal e displasia gástrica. Contudo, a verdade é que até à data não existe nenhuma classificação consensual para a identificação deste tipo de lesões. Para além disso, a reprodutibilidade destas poucas classificações existentes nunca foi realizada e, portanto, desta forma permanece por esclarecer se de facto esta nova técnica endoscópica será útil na detecção destas lesões.

Está a decorrer neste momento um estudo coordenado pelo Dr. Pedro Pimentel Nunes,

se a EDA com AR-NBI pode também prever a ausência ou não de infecção por HP.

Este estudo é de carácter multicêntrico e implica a participação de várias instituições, nomeadamente o Serviço de Gastreenterologia do IPO-Porto, o Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Braga e ainda os Serviços de Anatomia Patológica dos mesmos Hospitais. Para tentar responder a estas questões vai-se efectuar gravação em vídeo da EDA com AR-NBI de uma série de doentes consecutivos, uma parte significativa dos quais referenciados por lesões com eventual displasia gástrica, efectuando-se biopsias seriadas em todos os doentes. Um dos investigadores vai

O presente trabalho foi premiado com a Bolsa de Investigação da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e espera-se que alguns resultados preliminares sejam apresentados no próximo Congresso Nacional de Gastreenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia.

Os resultados deste estudo podem sugerir que a EDA com AR-NBI pode representar um método diagnóstico importante na detecção precoce destas lesões e um auxílio em determinados procedimentos terapêuticos como na delimitação das lesões na realização da mucosectomia endoscópica.

Pedro Pimentel-Nunes; Mário Dinis-Ribeiro

Doença Celíaca com Elevação das Enzimas Hepáticas

Ana Lúcia Sousa, Bruno Peixe, André Ramos, Diamantino Sousa, Horácio Guerreiro

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, E.P.E.

Caso clínico

Doente de 28 anos, sexo feminino, raça caucasiana, referenciada à consulta de Gastreenterologia em Fevereiro de 2007 por apresentar diarreia crónica.

A doente referia aumento do número de dejectões desde há 1 ano, referindo 4 a 5 dejectões por dia, diurnas e nocturnas, de fezes sobrenadantes, sem sangue, muco ou pus. Referia ainda, concomitantemente, dor recorrente, transitória (2 a 3 vezes por mês), localizada à fossa ilíaca e flanco esquerdos, tipo cólica, sem irradiação e sem factores de alívio ou agravamento, sem vómitos e sem modificação do trânsito. Negava tenesmo, falsas vontades e proctalgia. Referiu também emagrecimento de 6 Kg neste período (12,5% do peso corporal), sem anorexia. Negava febre, icterícia, prurido ou colúria. Negava artralgias, lesões dermatológicas ou oculares

e sintomas cardio-respiratórios. Estava medicada com anticonceptivos orais, negando outras medicações, incluindo produtos naturais.

Dos antecedentes pessoais referia cesariana por distocia do colo do útero, em Outubro de 2005, apresentando hemoglobina de 8,2 g/dl, pelo que fez transfusão (1 unidade de concentrado eritrocitário).

Ao exame objectivo, apresentava pele e mucosas descoradas, razoável estado de nutrição e parâmetros vitais normais. O abdómen era simétrico, plano, mole, depressível, indolor à palpação e sem massas ou organomegalias. O restante exame objectivo sem alterações.

Da avaliação analítica inicial (Quadro 1), salientava-se: anemia microcítica hipocrómica com 10,8 g/dL de hemoglobina, siderémia 10 ug/dl e ferritina 4 ng/ml; anticorpo antitransgluta-

minase tecidual (Ac tTG) superior a 300 U/ml; TGO 109 UI/L, TGP 195 UI/L.

Considerando a hipótese da doença celíaca efectuou-se endoscopia digestiva alta (EDA). Esta mostrou, na segunda porção do duodeno, uma mucosa nodular, que se biopsou (Figura 1). A histologia revelou mucosa duodenal com atrofia total das vilosidades, hiperplasia das criptas, aumento de células inflamatórias na lâmina própria e de linfócitos intraepiteliais, alterações compatíveis com doença celíaca (Figura 2).

Os anticorpos ANA, ASMA, ANCA e AMA, e as serologias dos vírus das hepatites B e C, foram negativos. A electroforese das proteínas séricas e a imuno-electroforese eram negativos.

Com o diagnóstico de doença celíaca, a doente foi referenciada à consulta de Nutrição Clínica e iniciou dieta sem glúten. Na mesma altura suspenderam-se os contraceptivos orais.

Nos primeiros quatro meses de dieta sem glúten, houve ganho ponderal de 3 Kg, a diarreia cedeu, verificou-se normalização da hemoglobina (13,4g/dl), o título do Ac tTG desceu de forma considerável (17,80 U/L), mas a descida dos valores das transaminases foi apenas discreta (TGO 92U/L e TGP 180U/L). Nesta altura, a doente referia alteração do padrão da dor, tornando-se tipo moinha, constante nos quadrantes esquerdos do abdómen e com alívio parcial com as dejectões. Realizou co-

lonoscopia que foi normal.

Aos seis meses de vigilância, apesar da confirmação do cumprimento de dieta sem glúten, observou-se nova elevação das transaminases, bem como do Ac tTG. Efectuada nova EDA para avaliação da evolução histológica, que mostrou persistência da atrofia vilositária e infiltrado inflamatório crónico na superfície epitelial. Solicitou-se videocápsula endoscópica que mostrou atrofia das vilosidades e padrão em mosaico no duodeno e jejuno proximal (Figura 3). Realizou tomografia computadorizada do abdómen e da pélvis que foi normal. Durante o período de seguimento, a destacar a oscilação dos valores das transaminases (valores máximos de TGO 110U/L e TGP 287U/L) e do Ac tTG (Gráfico 1). Optou-se por realizar biópsia hepática que mostrou tecido hepático de arquitectura geral conservada, espaços porta com fibrose e infiltrado inflamatório ligeiro a moderado predominantemente por células mononucleadas com alguns plasmócitos, sugerindo hepatite crónica ligeira a moderada e fibrose ligeira.

A repetição das serologias virais e da auto-imunidade manteve-se negativa.

Aos 30 meses de *follow-up*, face à ausência de resposta histológica e também à elevação das transaminases, iniciou-se terapêutica com prednisolona (1 mg/kg/dia). À 4ª semana de corticoterapia houve normalização dos valores das transaminases. Introduziu-se



Figura 1. EDA — Aspecto nodular da mucosa do intestino delgado

Caso Clínico

então azatioprina (2 mg/kg/dia) e iniciou-se redução da dose de prednisolona. Actualmente, aos 36 meses de *follow-up*, a doente encontra-se clinicamente sem queixas e com transaminases normais, em tratamento com azatioprina e prednisolona.

Discussão e conclusão:

A doença celíaca é um distúrbio que é simultaneamente uma doença auto-imune e uma intolerância alimentar ⁽¹⁾. Trata-se de uma síndrome caracterizada por inflamação crónica do intestino delgado, que resulta na atrofia das vilosidades, malabsorção, com sintomas intestinais que podem incluir diarreia, dor ou distensão abdominal, e uma variedade de manifestações clínicas atípicas, nomeadamente défice de ferro, osteoporose, baixa estatura e infertilidade. Caracteristicamente, existe melhoria clínica e histológica com a introdução de dieta sem glúten ⁽¹⁻³⁾.

A doença celíaca frequentemente ocasiona manifestações extra-intestinais. Um dos órgãos afectados é o fígado, com aumento das enzimas hepáticas, sendo habitualmente os valores da TGP ligeiramente superiores aos valores da TGO, tal como ocorre na nossa doente ⁽⁴⁾; a causa da elevação das transaminases poderá ser multifactorial mas permanece desconhecida. Quando diagnosticada a doença celíaca, observa-se a alteração da bioquímica hepática em até 40% dos casos; pode ocorrer doença hepática avan-

çada, mas habitualmente com normalização após dieta sem glúten, o que não aconteceu na nossa doente ⁽⁵⁻⁸⁾. Vários estudos demonstraram a associação da doença celíaca com hepatopatias

líaca os sintomas persistem após a dieta sem glúten, sendo uma das razões a interferência com doenças auto-imunes. No nosso caso, estas foram excluídas pela negatividade persistente dos au-

Crohn ou colite colagenosa) ou a presença de uma complicação, carcinoma ou linfoma intestinal e doença refractária ⁽¹²⁾.

Nesta paciente, a histologia, a imagiologia e a endoscopia in-

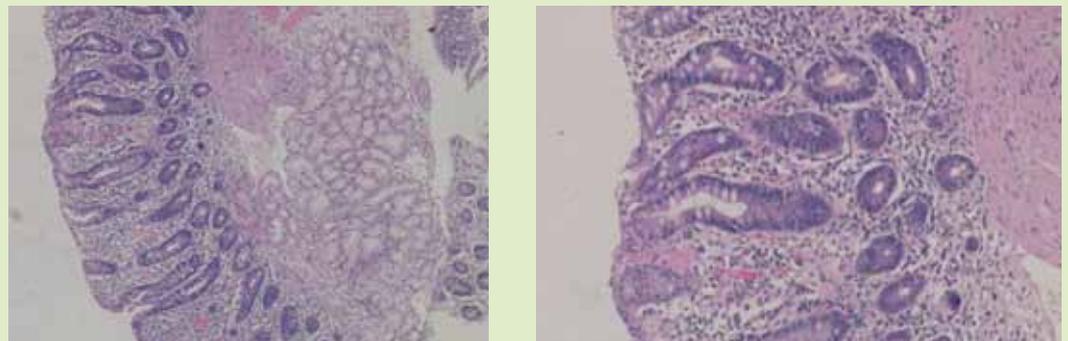


Figura 2. Biopsia da mucosa intestinal compatível com doença celíaca — perda total das vilosidades, hiperplasia das criptas e aumento de células inflamatórias (à direita ampliação 40x e à esquerda ampliação 100x)

crónicas, sendo mais frequente a hepatite reactiva, mas também outras de natureza auto-imune (Cirrose Biliar Primária, Hepatite Auto-imune e Colangite Esclerosante Primária) ⁽⁹⁻¹¹⁾. Em alguns pacientes com doença ce-

to-anticorpos e pela normalidade da imuno-electroforese.

Após a confirmação do cumprimento de dieta sem glúten, quando os sintomas são recorrentes, é importante excluir diagnósticos alternativos (doença de

cluindo a videocápsula endoscópica, permitem-nos excluir complicações neoplásicas e outros diagnósticos diferenciais. A presença de atrofia das vilosidades e as alterações serológicas e bioquímicas apontam para uma



Figura 3. Videocápsula — atrofia das vilosidades intestinais e padrão em mosaico

doença celíaca refractária. Este diagnóstico clínico é raro, dado que a doença refractária corresponde a 1% de todos os pacientes com doença celíaca clinicamente evidente ^(13, 14).

A admissibilidade do não cumprimento estrito da dieta deve ser sempre equacionada, quando a resposta clínica não é completa ou quando há recaída dos sintomas. No nosso caso, aparentemente há uma boa adesão às orientações dietéticas, pelo que a falta de resposta é compatível com o diagnóstico de doença refractária. Esta hipótese é corroborada pela resposta aos corticóides, a qual se verifica geralmente nesta situação ⁽¹⁵⁾. A normalização das transaminases após corticoterapia, só por si, não nos permite saber se resulta da remissão da doença celíaca ou de outra doença hepática concomitante respondedora aos corticóides.

BIBLIOGRAFIA:

1. American Gastroenterological Association (AGA) Institute Technical Review on the Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Gastroenterology* 2006; 131: 1981-2002.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Celiac Disease. June 28-30, 2004.

3. Rostom A, Dube C, Cranney A, et al. Celiac Disease. Summary, evidence report/technology assessment Number 104. Agency for Healthcare Research and Quality publication Number 104, 2004.
4. Bardella MT, Vecchi M, Conte D, et al. Chronic unexplained hypertransaminemia may be caused by occult celiac disease. *Hepatology* 1999; 29:654.
5. Kaukinen K, Halme L, Collin P, et al. Celiac disease in patients with severe liver disease: Gluten-free diet may reverse hepatic failure. *Gastroenterology* 2002; 122:881.
6. Abdo A, Meddings J, Swain M. Liver abnormalities in celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2:107.
7. Duggan JM, Duggan AE. Systematic review: the liver in celiac disease. *Aliment Pharmac Ther* 2005; 21:515.
8. Ludvigsson JF, Elfstrom P, Broome U, et al. Celiac disease and risk of liver disease: a general population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5-63.
9. Kingham JG, Parker DR. The association between primary biliary cirrhosis and celiac disease: A study of relative prevalences. *Gut* 1998; 42:120.

10. Dickey W, McMillan SA, Callender ME. High prevalence of celiac sprue among patients with primary biliary cirrhosis. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25:328.
11. Teufel A, Weinmann A, Kahaly GJ, et al. Concurrent autoimmune diseases in patients with autoimmune hepatitis. *J Clin Gastroenterol* 2010 Mar; 44:208-213.
12. Freeman HJ. Refractory celiac disease and sprue-like intestinal disease. *World J Gastroenterology* 2008 Feb; 14:828-830.
13. Cellier C, Delabesse E, Helmer C, et al. Refractory sprue, coeliac disease, and enteropathy-associated T-cell lymphoma. *Lancet* 2000; 356:203-208.
14. Ryan BM, Kelleher D. Refractory celiac disease. *Gastroenterology* 2000; 119:243.
15. Rolny P, Sigurjonsdottir HA, Remotti H, et al. Role of immunosuppressive therapy in refractory sprue-like disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:219-225.

Quadro 1 - Avaliação laboratorial na admissão

Eritrócitos (N: 3,80-4,80x10 ¹² /L)	5,14
Hemoglobina (N: 12-150 g/L)	108
Hematócrito (N: 0,36-0,46 L/L)	0,35
VGM (N: 83-101 fL)	68,4
CHCM (N: 315-345 g/L)	306,0
Reticulócitos (N: 50-100x10 ⁹ /L)	26,8
Leucócitos (N: 4,0-10,0x10 ⁹ /L)	7,1
Plaquetas (N: 150-400x10 ⁹ /L)	316
Ferro (N: 40-145 µg/dL)	10
Ferritina (N: 15-160 ng/mL)	4
Ácido fólico (N: 3-17 ng/mL)	8
Vitamina B12 (193-982 pg/ml)	853
TGO (N: 5-34 UI/L)	109
TGP (N < 55 UI/L)	195
LDH (N: 125-243 UI/L)	381
Gama-GT (N: 9-36 UI/L)	21
Fosfatase Alcalina (N: 98-279 UI/L)	151
Bilirrubina total (N: 0,20-1,20 mg/dL)	0,4
BUN (N: 7,0-16,7 mg/dl)	8,0
Creatinina (N: 0,6-1,1 mg/dl)	0,7
Potássio (N: 3,3-5,1 mmol/L)	4,6
Cálcio (N: 8,4-10,2 mg/dL)	9,7
Albumina (N: 3,5-5,0 g/dl)	4,2
Proteínas totais (N: 6,4-8,3 g/dl)	8,3
PCR (N < 5 U/L)	<5
Colesterol total (N < 200 mg/dl)	170
Triglicéridos (N < 150 mg/dl)	79
Ac tTG (N < 15 U/mL)	>300

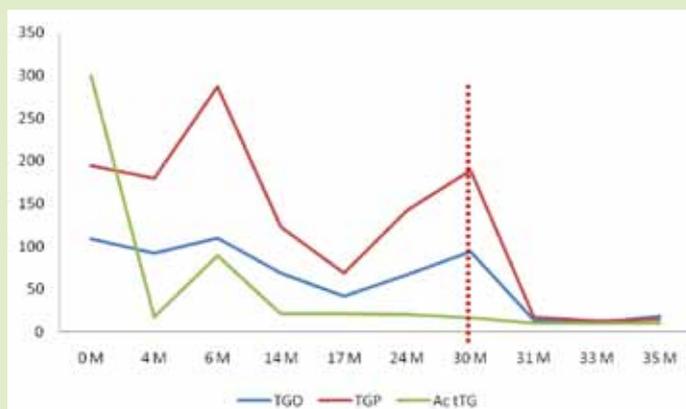


Gráfico 1. Evolução laboratorial das transaminases e do Ac tTG. A linha pontilhada a vermelho representa o início da corticoterapia

Investigar a Hemorragia Digestiva de Causa Obscura: Enteroscopia de Duplo Balão?

Bruno Peixe, Ana Lúcia Sousa, André Ramos, Horácio Guerreiro
Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Faro, EPE

Introdução

A hemorragia digestiva de causa obscura (HDO) é definida como hemorragia do tubo digestivo que persiste ou recorre sem uma etiologia evidente, após endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia normais. A HDO pode ser oculta, se se manifestar por pesquisa de sangue oculto positiva nas fezes e/ou anemia ferropénica, ou evidente, se existirem perdas hemáticas visíveis⁽¹⁾. A HDO corresponde a 3-5% dos casos de hemorragia digestiva. O intestino delgado é o segmento implicado na maior parte dos casos de hemorragia digestiva de causa obscura, geralmente devido a angiodisplasia (70-80%) ou tumor (5-10%)⁽²⁾, mas esta também pode ter origem no aparelho digestivo alto, ou no cólon, não identificada pelos exames endoscópicos prévios, seja por lesões que verdadeiramente não foram detectadas ou então porque sangram intermitentemente, dificultando a sua valorização. Desta forma, atingir um diagnóstico definitivo obriga, por vezes, à realização e repetição de vários exames endoscópicos e de outros estudos de imagem. Além do custo dos exames, deve-se considerar que a ausência de etiologia para a hemorragia impede a instituição de terapêutica dirigida, implicando, não raras vezes, múltiplas transfusões sanguíneas

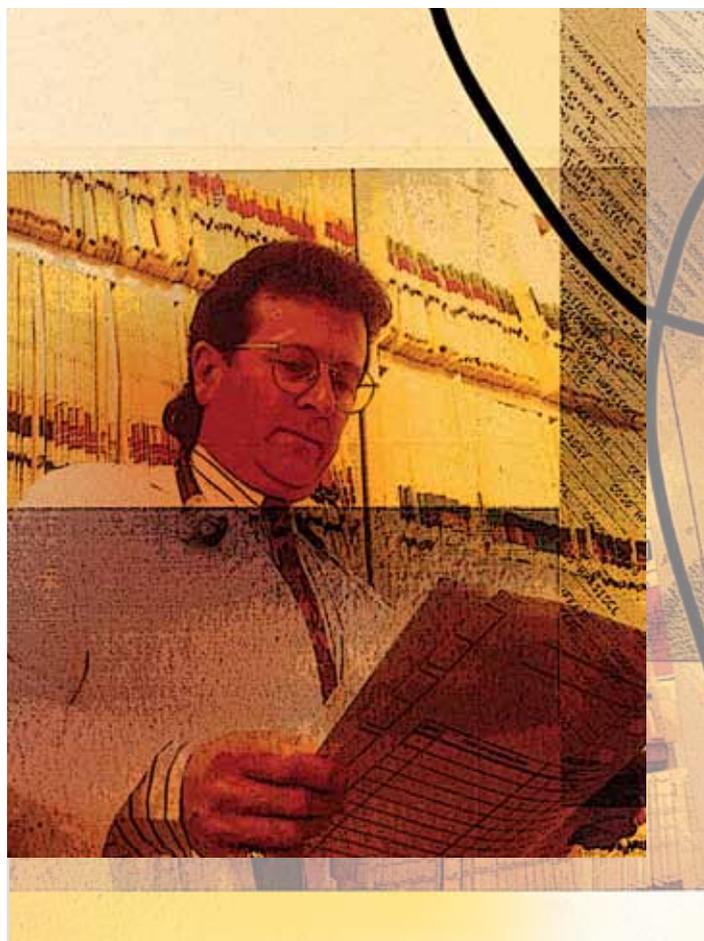
e internamentos recorrentes⁽³⁾.

Outro dado preocupante é o tempo médio estimado de dois anos (variando de um mês a oito anos) para efectuar o diagnóstico diferencial do doente com HDO^(4,5). Deste modo, a introdução da videocápsula endoscópica (VCE) e da enteroscopia de duplo balão (EDB) representou um enorme avanço na investigação etiológica da HDO, uma vez que a capacidade de visualizar todo o intestino delgado aumentou de forma drástica, tornando estas duas técnicas os exames de referência para estudar esse segmento do tubo digestivo.

Videocápsula endoscópica

A VCE é um dispositivo que mede 22x11 mm e capta fotografias a uma frequência de duas frames por segundo, por um período de oito horas. As imagens são transmitidas para um videogravador externo ligado a sensores abdominais e posteriormente são “descarregadas” para um computador, onde podem ser observadas e interpretadas. Existem outras variantes técnicas adaptadas para a visualização do cólon e do esófago.

A VCE permite a avaliação não invasiva de todo o intestino delgado em 79 a 90% dos casos, com rentabilidade diagnóstica na HDO que varia dos 38 aos 83%^(6,7). Também noutras situa-



ções, como na doença celíaca e na doença inflamatória intestinal, a VCE se revela de grande utilidade, pois permite definir a gravidade e topografia das lesões. Nos últimos anos, a VCE mostrou ser superior aos outros métodos anteriormente disponíveis na avaliação da HDO, caracterizando-se por um elevado valor preditivo negativo. Vários estudos revelaram que os achados

da VCE conduzem a uma intervenção endoscópica ou cirúrgica, ou uma alteração na abordagem clínica ao doente em 37 a 87% dos casos^(7,8).

Assim, em 2003, a FDA (Food and Drug Administration), baseada na análise de 32 estudos totalizando 691 pacientes que compararam a VCE com os restantes exames em uso corrente para avaliação do intestino delgado (trânsito

Tema de Revisão

Videocápsula Endoscópica ou

intestinal, “push”-enteroscopia, TC abdominal, cintigrafia e enteroscopia intra-operatória), a qual evidenciou acuidade diagnóstica de 71 vs 41%, respectivamente, estabeleceu que a VCE seria o método diagnóstico de primeira linha para a avaliação e detecção de patologia do intestino delgado^(9,10).

No entanto, é importante sabermos que a rentabilidade diagnóstica da VCE pode ser influenciada por vários factores: há uma maior probabilidade de encontrar achados positivos em doentes com hemoglobina inferior a 10 g/dl, um período longo de perdas hemáticas (> seis meses), mais do que um episódio de hemorragia, HDO evidente comparada com a oculta (60 vs 46%) e a realização da VCE num período de duas semanas após o episódio hemorrágico (91 vs 34%)^(11,14).

A VCE também comporta algumas limitações, que incluem a incapacidade de colher amostras para histologia e para controlar os seus movimentos no tubo digestivo, a impossibilidade de efectuar actos terapêuticos, uma elevada taxa de achados incidentais e uma taxa relativamente elevada de falsos negativos. A VCE também pode complicar-se com a sua retenção em 1 a 13% dos doentes, devendo por isso ser evitada naqueles com suspeita de obstrução ou estenose^(15,16).

Enteroscopia de duplo balão

Actualmente, existem dois sistemas de enteroscopia assistida por balões: a enteroscopia de duplo balão (EDB) e a enteroscopia de balão único. Esta última é mais recente e, por isso, não existem muitos dados disponíveis acerca do seu papel na investigação da HDO, de modo que a nossa discussão se vai centrar na experiência publicada da EDB.

A EDB foi introduzida, em 2003 no Japão, por Yamamoto e colaboradores e baseia-se na combinação de um enteroscópio e de um *overtube*, cada um com um balão na sua extremidade. Insuflando e desinsuflando os balões de forma alternada e efectuando repetidamente movimentos de “push and pull” consegue-se progredir no intestino delgado. Esta técnica permite uma maior entubação do intestino delgado (240 a 360 cm por via anterógrada) em comparação com a enteroscopia de pulsão (90 a 150 cm).

A EDB pode ser efectuada por via anterógrada (oral) ou retrógrada (anal) e, com a combinação destas duas abordagens, consegue-se uma avaliação completa do intestino delgado em 86% dos procedimentos⁽¹⁷⁾.

A EDB permite todo o tipo de intervenções terapêuticas endoscópicas, nomeadamente a hemostase, a polipectomia e

a dilatação pneumática, o que representa uma vantagem importante em relação à VCE. No entanto, a EDB é relativamente invasiva, é um procedimento longo e tem complicações associadas, como a pancreatite e perfuração. A taxa de complicações para exames de diagnóstico é de cerca de 1% mas pode ir até 4%, quando efectuados procedimentos terapêuticos⁽¹⁸⁾.

Existem dados já reportados que mostram que a acuidade diagnóstica da EDB na HDO pode ir até 63%⁽¹⁹⁾.

Assim, a questão que se coloca ao clínico é qual a abordagem a adotar num doente com HDO, após uma EDA e colonoscopia normais: qual o exame que se segue? VCE ou EDB? Estas técnicas devem ser consideradas concorrentes entre si ou complementares?

Discussão

Vários trabalhos em diferentes centros compararam a acuidade diagnóstica entre VCE e EDB e demonstraram que são semelhantes, apesar de os estudos publicados apresentarem metodologias de análise diferentes. Uma desvantagem da VCE é a sua incapacidade para obter amostras para histologias ou praticar actos terapêuticos, tarefas que podem ser complementadas pela EDB. Mas dada a rentabilidade diagnóstica semelhante das

duas técnicas, qual destas deve ser usada em primeiro lugar? A VCE é segura, minimamente invasiva e geralmente é efectuada em regime ambulatorio. A EDB consome mais tempo e recursos humanos, requer sedação, é mais incómoda e invasiva para o doente e tem complicações mais graves do que a VCE.

Se atentarmos à taxa de falsos negativos destas duas técnicas, ambas deixam lesões por identificar⁽¹⁸⁾.

Estudos em doentes com HDO demonstraram que em 5% dos doentes existem lesões detectadas na EDB que não o são na VCE⁽²⁰⁻²²⁾. Outros estudos evidenciaram também que, em 19% dos doentes, tumores de pequenas dimensões no intestino delgado não identificados na VCE foram-no na EDB. Assim, num doente com elevada suspeição de uma lesão no intestino delgado, uma VCE normal não impede que se considere a realização de EDB. Também se aplica o mesmo risco de falsos negativos à EDB. Os mesmos estudos indicam que a VCE identificou lesões que não foram observadas na EDB, em 25% dos doentes. Esta situação poder-se-á tornar mais frequente quando a EDB não consegue a avaliação total do intestino delgado. A percentagem de casos em que todo o intestino delgado é investigado na EDB não está

bem estabelecida na literatura. Dados publicados apontam que esse número se situa entre 40 a 70%⁽¹⁸⁾, deixando uma percentagem importante de doentes com um estudo incompleto do delgado, quando a EDB é o exame de primeira escolha. Nos países ocidentais essa percentagem ainda é inferior em relação aos números reportados do Japão, o que implica que o número de falsos negativos possa ser mais elevado. Arakawa *et al.* Concluíram, num estudo de 74 doentes com HDO, que tanto a VCE como a EDB são métodos complementares: a VCE por ser menos invasiva deve ser realizada inicialmente seguida pela EDB quando, após o diagnóstico da VCE, há possibilidade de intervenção terapêutica⁽²³⁾.

O uso da EDB somente nos pacientes com achados positivos na VCE foi demonstrado em 60 pacientes, nos quais foram encontradas lesões em 75% dos casos e realizada terapêutica em 57%, havendo uma redução significativa quer na taxa de hemorragia recorrente (80%) quer na necessidade de transfusão sanguínea (17% vs 57%)⁽²⁴⁾. De facto, o conceito de realizar primeiro a VCE como método de seleccionar os doentes para a EDB já foi estudado e demonstrado que tem “rentabilidade”. Assim, a EDB seria efectuada se fosse necessária a colheita de material para histologia ou para terapêutica endoscópica, se tecnicamente possível^(27,29,30). No entanto, nos doentes com HDO evidente maciça podemos considerar a realização da EDB como exame de primeira linha, para não adiar uma possível terapêutica endoscópica⁽³¹⁾.

Duas meta-análises analisaram a VCE e a EDB: Chen e colaboradores analisaram oito estudos prospectivos e demonstraram que quando utilizada somente a via oral na EDB, a VCE teve maior taxa diagnóstica, porém quando

utilizadas as duas abordagens (oral e anal), a taxa diagnóstica da EDB foi maior⁽²⁵⁾. Por outro lado, a meta-análise publicada por Pasha *et al.*, em 2008, envolvendo 11 estudos comparativos, confirmou que ambas a VCE e EDB foram semelhantes no diagnóstico e complementaram-se, concluindo que dever-se-á utilizar a VCE inicialmente, por ser não invasiva, ter maior tolerância e capacidade de visualização de todo o intestino delgado e para determinar a via de abordagem da EDB⁽²⁶⁾. Realmente, a VCE pode indicar qual a abordagem mais apropriada para a EDB num determinado doente – oral ou anal. Estudos indicam que lesões observadas nos primeiros 75% de tempo de trânsito da VCE têm um valor preditivo positivo de 95% de serem identificadas na EDB por abordagem oral. Da mesma forma, lesões identificadas nos últimos 25% de tempo de trânsito da VCE têm um valor preditivo positivo de 95% de serem encontradas na EDB por via anal⁽²⁷⁾.

Um estudo multicêntrico de Itália, publicado em 2009 e envolvendo 193 pacientes, observou que a VCE e EDB têm boa concordância diagnóstica para lesões vasculares e inflamatórias, mas não para pólipos e neoplasias. Acresce que a EDB esclareceu a causa da hemorragia em dois terços dos doentes que apresentavam sangue no lúmen durante o tempo de estudo da VCE⁽²⁸⁾. Uma outra questão que se coloca na prática clínica é a dos doentes com HDO e que têm VCE normal. Parece ser consensual que doentes com HDO oculta e com VCE normal possam ser abordados de forma conservadora, sem a realização de novos exames⁽³²⁾: poder-se-á adoptar uma estratégia de vigilância clínica, suspender AINE se for o caso e fazer suplementos de ferro ou transfusões, se necessário. Um exame por VCE normal associa-

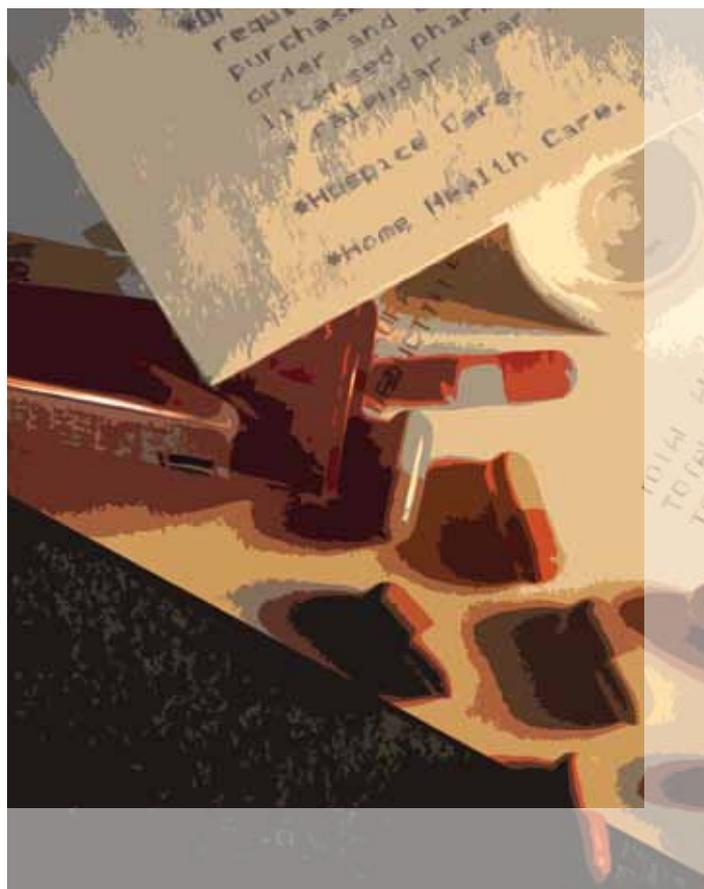
-se a um prognóstico favorável em doentes com HDO, com taxas de recidiva que vão dos 0 aos 17%, em seguimentos até três anos⁽¹⁸⁾. Em doentes sem hemorragia recorrente e com VCE normal em que se conseguiu a visualização total do intestino delgado a EDB pode não ser necessária, com excepção de doentes com elevada suspeição clínica de patologia do intestino delgado.

gem para a EDB, anterógrada ou retrógrada, deve ser guiada pela informação fornecida pela VCE.

Conclusão

Apesar de todos os recursos diagnósticos actuais, o estudo etiológico da HDO permanece um desafio.

A capacidade de avaliação do intestino delgado aumentou de forma considerável com a



Recomenda-se, assim, a VCE como o método preferencial na abordagem da HDO, baseado na sua segurança, tolerância e capacidade de avaliar todo o intestino delgado. A EDB deve ser realizada naqueles em que a VCE evidenciou um achado que necessita de avaliação endoscópica (diagnóstica ou terapêutica) ou então naqueles com hemorragia evidente, acompanhada de instabilidade hemodinâmica, embora nestes casos se devam considerar métodos alternativos, como a arteriografia. A via de aborda-

VCE e a EDB. Estes dois procedimentos devem ser considerados como complementares. Na suspeita de hemorragia com sede no intestino delgado, a VCE deve ser usada para a tentativa de diagnóstico inicial e, se necessário, efectuar a EDB para colher amostras ou efectuar técnicas endoscópicas, quando exequível. Em alguns doentes com VCE normal é lícito ter uma abordagem conservadora, apenas com terapêutica de suporte, posto que a técnica endoscópica poderá não conduzir a benefício

clínico. Excepção à abordagem da VCE seguida de EDB, poderá ser a HDO evidente maciça, em que a EDB pode ser usada como exame de primeira linha.

Bibliografia

- American Gastroenterological Association. Medical position statement: evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118: 197-200.
- Van Gossum A. Obscure digestive bleeding. *Baillière's Clin Gastroenterol* 2001; 15: 155-74.
- Flickinger EG, Stanforth AC, Sinar DR, MacDonald KG, Lannin DR, Gibson JH. Intraoperative video panendoscopy for diagnosing sites of chronic intestinal bleeding. *Am J Surg* 1989; 157: 137-144.
- American Gastroenterological Association (AGA) Institute Technical Review on Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology* 2007; 133: 1697-1717.
- American Gastroenterological Association (AGA) Institute Medical Position Statement on Obscure Gastrointestinal Bleeding. *GASTROENTEROLOGY* 2007; 133: 1694-1696.
- Rondonotti E, Villa F, Mulder CJJ, et al. Small bowel capsule endoscopy in 2007: indications, risks and limitations. *World J Gastroenterol* 2007; 14: 6140-6149.
- Pennazio M, Santucci R, Rondonotti E, et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive patients. *Gastroenterology* 2004; 126: 643-653.
- Ben Soussan E, Antonietti M, Herve S, et al. Diagnostic yield and therapeutic implications of capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28: 1068-1073.
- ASGE TECHNOLOGY ASSESSMENT COMMITTEE: Ginsberg, G.G., Barkun, A.N., Bosco, J.J., Isenberg, G.A., Nguyen, C.C., Petersen, B.T., Silverman, W.B., Slivka, A., Taitelbaum, G., TECHNOLOGY STATUS EVALUATION REPORT - Wireless capsule endoscopy- Gastrointestinal Endoscopy 2002; 56(5): 621-624.
- U.S. Food and Drug Administration. Center for devices and Radiological Health. Fine decisions rendered for Nov 2004. June, 2006. Available from: www.fda.gov/cdrh/510k/sumnov04.html.
- Bresci G, Parisi G, Bertoni M, et al. The role of video capsule endoscopy for evaluating obscure gastrointestinal bleeding: usefulness of early use. *J Gastroenterol* 2005; 40: 256-259.
- Carey EJ, Leighton JA, Heigh RI, et al. A single-center experience of 260 consecutive patients undergoing capsule endoscopy for obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 89-95.
- May A, Wardak A, Nachbar L, et al. Influence of patient selection on the outcome of capsule endoscopy in patients with chronic gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 684-688.
- Mishkin DS, Chuttani R, Croffie J, et al. ASGE Technology Status Evaluation Report: wireless capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 539-545.
- Fry LC, De Petris G, Swain JM, Fleischer DE. Impaction and fracture of a videocapsule in the small bowel requiring laparotomy for removal of the capsule fragments. *Endoscopy* 2005; 37: 674-676.
- Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P. The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2218-2222.
- Yamamoto H, Kita H, Kane S, et al. Clinical outcomes of double-balloon enteroscopy for the diagnosis and treatment of small intestinal diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 1010-1016.
- Alexander JA, Leighton JA. Capsule endoscopy and balloon-assisted endoscopy: competing or complementary technologies in the evaluation of small bowel disease? *Curr Opin Gastroenterol*. 2009 Sep; 25(5): 433-437. Review.
- Gerson L. Outcomes of small bowel bleeding. In: Third International Conference on Capsule Endoscopy; 22-24 August 2008; Chicago, IL.
- Hadithi M, Heine GD, Jacobs MA, et al. A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 52-57.
- Matsumoto T, Esaki M, Moriyama T, et al. Comparison of capsule endoscopy and enteroscopy with the double-balloon method in patients with obscure bleeding and polyposis. *Endoscopy* 2005; 37: 827-832.
- Nakamura M, Niwa Y, Ohmiya N, et al. Preliminary comparison of capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with suspected smallbowel bleeding. *Endoscopy* 2005; 38: 59-66.
- Arakawa D, Ohmiya N, Nakamura M, et al. Outcome after enteroscopy for patients with obscure GI bleeding: diagnostic comparison between double-balloon endoscopy and videocapsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 866-874.
- Kaffes AJ, Siah C, Koo JH. Clinical outcomes after double-balloon enteroscopy in patients with obscure GI bleeding and a positive capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 304-309.
- Chen X, Ran ZH, Tong JL. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to double-balloon enteroscopy in patients with small bowel diseases. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 4372-4378.
- Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 671-676.
- Gay G, Delvaux M, Fassler I. Outcome of capsule endoscopy in determining indication and route for push-and-pull enteroscopy. *Endoscopy* 2006; 38: 49-58.
- Marmo R, Rotondano G, Casetti T, et al. Degree of concordance between doubleballoon enteroscopy and capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding: a multicenter study. *Endoscopy* 2009; 41: 587-592.
- Leighton JA, Sharma VK, Hentz JG, et al. Capsule endoscopy versus push enteroscopy for evaluation of obscure gastrointestinal bleeding with 1-year outcomes. *Dig Dis Sci*. 2006; 51: 891-899.
- Vilmann P, Jensen T, Hendel J. Double balloon 29. endoscopy in obscure GI bleeding: the Danish experience. *Gastrointest Endosc*. 2007; 66 (3 Suppl): S63-65.
- Westerhof J, Weersma RK, Koornstra JJ. Investigating obscure gastrointestinal bleeding: capsule endoscopy or double balloon enteroscopy? *The Netherlands journal of medicine*. 2009; 67: 260-265.
- Mergener K, Ponchon T, Gralnek I, et al. Literature review and recommendations for clinical application of small-bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy, 2006/2007. *Endoscopy*. 2007; 39: 895-909.

Instantâneo Endoscópico

Hemorragia Digestiva Alta por Metástases Gástricas de Linfoma Testicular

André Ramos, Ana Lúcia Sousa, Bruno Peixe, Francisco Velasco, Horácio Guerreiro

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Faro, EPE

Introdução

As metástases para o tubo digestivo podem surgir por invasão directa a partir de órgãos adjacentes, por disseminação hematogénea ou linfática. Cerca de 20% de todos os doentes com tumores extra-intestinais apresentam metástases para o tubo digestivo. No entanto, em apenas 2% destes são observadas metástases gástricas. As metástases para o estômago têm habitualmente origem em tumores da mama, pulmão ou melanoma. Assim, a metastização gástrica com origem em tumores do testículo constitui um evento de grande raridade.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um homem de 59 anos, sem patologia prévia conhecida, internado no serviço de Urologia por aumento progressivo do volume testicular à direita, com cerca de um mês de evolução, acompanhado de dor, tendo sido considerada a hipótese diagnóstica de hidrocelo infectado. Vinte e quatro horas após o internamento, iniciou melenas, que não se acompanharam de outra sintomatologia, nomeadamente hematemeses ou dor abdominal, mantendo parâmetros vitais estáveis e hemoglobina de 81 g/L. Foi solicitado apoio ao serviço de Gastreenterologia para observar o doente. Foi efectuada

videoendoscopia digestiva alta que mostrou 12 úlceras gigantes em vulcão, dispersas pelo corpo e fundo gástricos, sem estigmas de hemorragia – efectuaram-se biópsias. O exame histológico revelou infiltração gástrica por linfoma B difuso de células grandes. Os restantes exames complementares efectuados objectivaram metástases pulmonares. O doente foi submetido a orquidectomia inguinal direita, cuja análise anátomo-patológica também revelou tratar-se de Linfoma B difuso de células grandes.

Foi iniciada quimioterapia e, passado um mês, o doente apresentou novo episódio de hemorragia digestiva alta. O exame endoscópico mostrou as mesmas lesões, mas com coágulos escuros. Verificou-se resolução espontânea da hemorragia. O doente permanece em programa protocolado de quimioterapia, sem novos episódios de hemorragia digestiva.

Discussão

O linfoma não-Hodgkin testicular representa cerca de 2% de todos os linfomas não-Hodgkin e 9% das neoplasias do testículo. Tem uma elevada mortalidade, com sobrevida estimada entre 12 e 24 meses, sendo mais frequente em homens com mais de 60 anos. A metastização dá-se preferencialmente para o sistema nervoso central, testículo contra-

-lateral, pele, anel de Waldeyer e pulmão. São conhecidos poucos casos de metastização gástrica de tumor primário testicular, reforçando o interesse do caso apresentado.

A hemorragia digestiva alta, como forma de apresentação clínica de metástases gástricas, é pouco frequente e as suas características endoscópicas não são suficientes para determinar a origem do tumor primário. De facto, a sua aparência é bastante variável, podendo simular o aspecto de tumores do estroma. A úlcera em vulcão é a forma mais comumente observada, como no nosso caso. As metástases gástricas podem surgir mais precocemente do que o tumor primário e, por esse motivo, ser confundidas com a neoplasia primária. Os exames histológico e imuno-histoquímico realizados por um anatomopatologista experiente são, portanto, indispensáveis.

A quimioterapia pode reduzir o número e dimensão das metástases gástricas mas esta terapêutica pode estar associada a complicações como perfuração e hemorragia digestiva, facto ocorrido no caso descrito. Não existem dados suficientes na literatura, que suportem a eficácia do tratamento endoscópico na hemorragia digestiva por metástases gástricas. No caso de perda crónica, a quimioembolização e a gastrectomia podem ser opções a considerar.



IV Reunião Ibérica de Enteroscopia



No passado dia 15 de Janeiro de 2010 teve lugar a

IV Reunião Ibérica de Enteroscopia, no Instituto CUF no Porto. A reunião é organizada alternadamente em Portugal e Espanha e pretende juntar colegas com interesse na patologia do intestino delgado que se dedicam a esta técnica. A primeira reunião teve lugar em 2007, na cidade de Múrcia; a segunda, em 2008 em Coimbra; no ano passado em Sevilha; e este ano foi organizada pelo Prof. Dr. Miguel Mascarenhas Saraiva, Dr. Rolando Pinho e Dr. José Soares, na cidade do Porto.

Pela primeira vez, a reunião foi organizada em articulação com a Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica, que se realizou no dia seguinte, no Hospital Pedro Hispano em Matosinhos (próximo ao Instituto CUF). Esta articulação pretendeu reunir um maior número de colegas com interesse no estudo do intestino delgado e permitir que os participantes pudessem participar em ambas as reuniões ou inscrever-se em apenas uma delas. Conseguiu-se, desta forma, atingir o maior número de participantes alguma vez conseguido nestas reuniões, que se traduziu pela lotação constante da sala.

O programa da reunião incluiu uma mesa-redonda sobre Avanços Tecnológicos em Enteroscopia, uma sessão de Comunicações Orais e uma sessão destinada a apresentação de Casos Clínicos. A mesa-redonda sobre Avanços Tecnológicos em Enteroscopia pretendeu debater os avanços recentes nas tecnologias disponíveis para o estudo do intestino delgado:

- A primeira intervenção foi sobre a Enteroscopia com Sistema de Duplo-Balão. Foi apresentada pelo Dr. Enrique Perez-Cuadrado, do Hospital Morales Meseguer - Múrcia, um dos colegas pioneiros e com maior experiência no uso desta técnica. Esta forma de enteroscopia foi desenvolvida pelo Dr. Hironori Yamamoto em 2001, tendo-se rapidamente generalizado o seu uso desde então. Como complemento da enteroscopia por cápsula, revolucionou rapidamente a abordagem da patologia do intestino delgado, permitindo o acesso diagnóstico e terapêutico a esta parte até então inacessível do intestino delgado;
- A segunda intervenção foi sobre a Enteroscopia com Sistema de Mono-Balão. Foi apre-



sentada pelo Dr. Josep Llach do Hospital Clínic de Barcelona. Trata-se de uma técnica que surgiu alguns anos após a técnica de enteroscopia de duplo balão, que também se difundiu rapidamente já que os enteroscópios usam videoprocessadores da marca existente em muitos centros de endoscopia, o que diminuiu drasticamente os custos de aquisição;

- A terceira intervenção tratou da enteroscopia com o Sistema NaviAid, apresentada pelo Dr. Samuel Adler, do Bikur Holim Hospital, Jerusalem, Israel. É uma técnica de enteroscopia assistida por balão, diferente das duas anteriores. Resulta da aplicação de um sobretubo com um

balão na extremidade distal. O sobretubo tem um canal na parede no qual passa uma cânula com outro balão na sua extremidade distal. Esse balão é introduzido através do canal para o intestino delgado à frente do enteroscópio e serve como uma ancoragem para a progressão do enteroscópio. Uma vantagem

deste sistema é a capacidade de aplicação em qualquer enteroscópio ou colonoscópio pediátrico. Esta técnica ainda é pouco difundida;

- A mesa-redonda encerrou com a intervenção sobre Enteroscopia com o Sistema Espiral, apresentada pelo Dr. Rolando Pinho - ManopH, Porto. É um sistema de enteroscopia recente, muito diferente dos anteriores, já que não é assistido por qualquer balão. Poucos centros praticam ainda esta técnica. Está a ser utilizada em Portugal desde 2009, no Porto. Usa também um sobretubo, no qual avança o enteroscópio. Na superfície externa do sobretubo existe uma espiral que, através de movimentos

de rotação aplicados ao sobretubo, resulta no pregueamento do intestino delgado, o que possibilita o avanço do enteroscópio. Este sobretubo possibilita também a utilização de enteroscópios de qualquer marca ou mesmo de colonoscópios pediátricos. Outra das vantagens é a de não necessitar de qualquer bomba de insuflação, ao contrário dos sistemas anteriores.

A reunião continuou com uma sessão de apresentação de Comunicações Livres e finalizou com uma sessão de apresentação de Casos Clínicos. Destaca-se uma comunicação apresentada pelo Dr. Vicent Pons, de Valência, que apresentou um protótipo de enteroscopia, denominado "endoworm", que introduz um novo conceito de progressão no intestino delgado. Destaca-se a elevada participação dos centros portugueses na apresentação de comunicações livres e de casos clínicos, substancialmente superior à de anos anteriores. Contou-se com a participação dos serviços de Gastroenterologia dos seguintes centros nacionais: Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra), IPO de Lisboa, Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira), Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Vila Nova de Gaia), ManopH (Porto) e Centro Hospital do Alto Ave (Guimarães).

As apresentações foram amplamente discutidas e comentadas pelos moderadores e pelos vários participantes na reunião, permitindo a partilha de experiências entre os vários centros.

Rolando Pinho

Miguel Mascarenhas Saraiva

Nós Lá Fora

O júri do Prémio "Nós Lá Fora", constituído pelo Editor do *ENDOnews*, Professor Pedro Figueiredo, e pelos Editores Adjuntos, Drs. Cristina Chagas e Fernando Pereira, decidiu atribuir o prémio ao trabalho:

Third-generation cholecystectomy by natural orifices: transgastric and transvesical combined approach (with video).

Rolanda C, Lima E, Pêgo JM, Henriques-Coelho T, Silva D, Moreira I, Macedo G, Carvalho JL, Correia-Pinto J.

Gastrointest Endosc. 2007 Jan;65(1):111-7

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 2008.
- 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.

XXIV Reunião Anual do NGHD

25.º Aniversário do NGHD

Realizou-se no Funchal, nos dias 13 e 14 de Novembro passado, a XXIV Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD). A organização da Reunião esteve a cargo do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Funchal (Director: Dr. Ricardo Teixeira). A escolha do programa científico recaiu este ano nos temas relacionados com “Álcool e Fígado”. Em simultâneo decorreram várias iniciativas relacionadas com a comemoração do 25.º Aniversário da fundação do NGHD. A habitual hospitalidade dos colegas do Hospital do Funchal e da população madeirense potenciaram uma reunião profícua e amplamente participativa. As óptimas condições que foram colocadas à nossa disposição para a realização da reunião, apesar das dificuldades que os tempos actuais nos reservam, aliadas às belezas naturais que a ilha da Madeira nos proporciona criaram toda a envolvimento, que contribuíram para o sucesso que reconhecidamente se obteve.

O início do Programa Científico foi antecedido pela Cerimónia de Abertura, na qual, para além do Presidente do NGHD e do presidente da Comissão Organizadora, estiveram presentes os presidentes da SPG, SPED e APEF. Em representação das autoridades Regionais estiveram também presentes o Secretário Regional dos Assuntos Sociais, o Presidente do Instituto da Administração da Saúde, o Presidente do Conselho Médico da Madeira da OM e o Presidente do C. A.



do Serviço de Saúde RAM.

Do programa científico destacavam-se duas conferências intituladas: “Aspectos Epidemiológicos e Culturais do Alcoolismo”, pelo Dr. Emanuel Alves, presidida pelo Dr. António Curado e “Prevenção e Tratamento do Alcoolismo” efectuada pelo Dr. Guilherme Ponce e presidida pelo Dr. Ricardo Teixeira. O excelente relacionamento do

NGHD com l'Association Nationale des Hépto-Gastentérologues des Hôpitaux généraux de France (ANGH), permitiu ainda a realização de uma terceira conferência presidida pela Dra. Isabelle Cremers intitulada “Pronostic d'une hépatite alcoolique aigue: résultats d'une étude réalisée dans les centres hospitaliers généraux français” e concretizada pela Dra. Isabelle Rosa do Centre Hospitalier Intercomunal de Créteil.

Do programa científico faziam ainda parte duas mesas-redondas, a primeira sobre o tema “Álcool e Fígado”, presidida pelo Dr. José Cotter, tendo sido abordados os

Um dos pontos altos do programa científico foi a realização do “Workshop”: A actividade endoscópica dos Hospitais do NGHD (estudo BDNGHD) que decorreu com a presidência do Dr. Carlos Carvalheira. Com base nos registos endoscópicos da Base de Dados do NGHD foi possível apresentar e discutir três estudos:

- Análise da prática geral da Endoscopia Digestiva Alta – Dr. Paulo Caldeira;
- Análise da prática geral da Endoscopia Digestiva Baixa – Dra. Isabelle Cremers;
- Análise do doente com Hemorragia Digestiva Alta – Dr. José Pedrosa.

A aplicação a que nos referimos foi instalada em 1996 na grande maioria dos Hospitais que na época eram classificados como Distritais e que possuíam Serviços de Gastrenterologia (o que correspondeu a 33 Hospitais). Foi possível recolher e proceder ao tratamento dos respectivos dados em 18 desses Hospitais. Foram analisados mais de meio milhão de registos de exames endoscópicos correspondendo a 275.199 Endoscopias Altas e a 237.341 Colonoscopias. A Direcção do NGHD tem já em fase final a realização de oito estudos com base neste património, três dos quais foram nesta ocasião apresentados e discutidos.

Tal como o “Workshop” referido, relacionado com a actividade da Gastrenterologia Nacional nos últimos anos e integrada na Sessão Comemorativa do 25.º Aniversário do NGHD, realizou-se mesa-redonda com o título “A impor-

tância das Sociedades Científicas no Desenvolvimento da Gastrenterologia Nacional”, tendo sido presidida pelo Dr. Castel-Branco Silveira, primeiro presidente do NGHD. Os presidentes da SPG, SPED, APEF e NGHD, tiveram oportunidade de traçar o percurso e relatar as actividades nos últimos anos das Sociedades Científicas a que presidem e da sua importância no desenvolvimento da Gastrenterologia.

A Sessão Comemorativa do 25.º Aniversário teve lugar na manhã do primeiro dia de trabalhos do NGHD e incluiu também um discurso do Presidente do NGHD em exercício e a apresentação



de um vídeo com entrevistas aos elementos que constituíram a comissão instaladora “ad hoc” para a fundação do NGHD. Os vinte e cinco anos de existência do NGHD ficaram assinalados também com a edição e distribuição do livro comemorativo do 25.º Aniversário intitulado “NGHD – 25 ANOS DE VIAGEM”. Esta e outras iniciativas podem ser

avaliadas no “website” www.nghd.pt. Com prefácio do actual Presidente da Direcção, o livro,



nos seus vários capítulos, traça o percurso da associação desde a sua criação até à actualidade com descrição detalhada de todas as suas actividades.

A publicação teve a colaboração de alguns sócios que desempenharam cargos de relevo no historial da Gastrenterologia Nacional, em geral, e do Núcleo de Gastrenterologia, em particular, devendo ser destacadas as participações do principal ideólogo do NGHD e do seu primeiro Presidente, respectivamente os Drs. Vasco Trancoso e Castel-Branco da Silveira.

Como já é habitual, houve também sessões clínicas de Comunicações Livres, Casos Clínicos e Iconografia Endoscópica que atestaram a pujança e o desenvolvimento que o NGHD atingiu nos últimos anos, traduzida no elevado número de comunicações recebidas, que ultrapassaram largamente a possibilidade de apresentação em Sessões Plenárias, tendo sido necessário pela primeira vez no historial do NGHD recorrer a apresentações

sobre a forma de “posters”.

Também como sinal desse desenvolvimento deve ser salientada a

divulgados e entregues os prémios para as melhores comunicações que foram atribuídos pelo júri da seguinte forma:

Prémio Melhor Caso Clínico

“Utilidade da ecoendoscopia no diagnóstico de NMPI”.

Autores: Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A. – Serviço de Gastrenterologia Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco).

Prémio Melhor Documentação Audiovisual

1.º Prémio: “Pesquisa de sangue oculto nas fezes surpreendente”.
Autores: Araújo R, Machado J, Castanheira A, Cancela F, Peixoto P, Ministro P, Silva A. – Serviço de Gastrenterologia Hospital de São Teotónio (Viseu).

Menção Honrosa: “Dilatação pneumática da ampola de Váter após esfínterectomia larga na remoção de cálculos da via biliar”.
Autores: Lopes L, Ramada J, Carrasquinho J. – Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo).

Prémio Melhor Comunicação Livre

“Estudo prospectivo da acuidade da ecografia hidrocólica na detecção de lesões cólicas”.

Autores: Caldeira A, Pereira B, Pereira E, Sousa R, Tristan J, Gonçalves R, Banhudo A. – Serviço de Gastrenterologia Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco).

*José Pedrosa
Presidente do NGHD
Director Serviço de Gastrenterologia
C.H. Tâmega e Sousa*

VIII Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica



Cerca de 150 gastroenterologistas portuguesas e espanholas que se dedicam ao estudo e investigação da endoscopia por cápsula estiveram, no dia 16 de Janeiro, no auditório do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, na VIII Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica, organizada pelo Serviço de Gastroenterologia do Hospital Pedro Hispano.

Foram apresentados e discutidos 34 trabalhos, tradutores da vivência actual e diária das principais Unidades de Gastroenterologia da Península Ibérica, com a utilização da endoscopia por cápsula. A maioria dos trabalhos reportou-se à utilização desta técnica no estudo do intestino delgado, embora também tenham sido apresentados resultados de utilização na avaliação do esófago e do cólon. Foram proferidas três conferências sobre o estado da arte no que se refere à utilização da cápsula endoscópica no intestino delgado, no esófago, e no cólon, por alguns dos mais eminentes investigadores mundiais nesta área. O Prof. Marco Penazio (Itália), já nosso companheiro habitual nas Reuniões Ibéricas, com a clareza e elegância habitual, fez o ponto da situação da investigação mais relevante de endoscopia por cápsula do intestino delgado no último ano. O Prof. Juan Manuel Herreras (Espanha), fundador destas jornadas, expôs o que hoje se sabe da utilização desta técnica na avaliação do esófago, nomeadamente no estudo da hipertensão portal e do Esófago de Barrett. O Prof. Sam Adler (Israel) mostrou de forma brilhante o actual “know how” da endoscopia por cápsula no cólon, revelando (quicá em primeira mão...) os promissores

resultados que poderão validar a utilidade desta técnica num futuro próximo.

A mesa-redonda sobre as “Inovações na endoscopia por cápsula” permitiu apresentar os resultados preliminares da investigação básica sobre a tecnologia da Endoscopia por cápsula na Península Ibérica.

Referimos, designadamente, à investigação que o Serviço de Gastroenterologia do Hospital Pedro Hispano desenvolve em parceria com o IETTA e o Departamento de Electrónica, Telecomunicações e Informática da Universidade de Aveiro, juntamente com o Departamento de Ciência de Computadores da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, no sentido de desenvolver ferramentas que permitam a leitura e a análise automática da imagem, utilizando novos paradigmas da comunicação em rede, como o sistema “GRID”.

Também de Espanha (Valencia e Pamplona) foram apresentados dois estudos. Um, avaliando se o número de imagens adquiridas influi na acuidade do diagnóstico. Outro, apresentando as bases para possível utilização da endoscopia por cápsula para estudo da motilidade intestinal.

Tratou-se, em summa, de um dia bem passado, onde se começou por discutir o que se fez, se analisou como se faz, e se tentou adivinhar como se poderá vir a fazer.

O dia terminou com uma agradável confraternização em ambiente relaxado que permitiu estreitar ainda mais os laços de interesse profissional e amizade que cada vez mais unem os que, querendo estar em diálogo pela ciência, não descuram o diálogo com os outros.

José Manuel Soares

Agenda

DDW 2010

Data: 1 a 5 de Maio

Local: Nova Orleães, EUA

Mais informações: www.ddw.org

I Congresso Ibérico de Coloproctologia

Data: 5 a 7 de Maio

Local: Nova Badajoz, Espanha

Mais informações: www.spcoloprocto.org

Curso Básico de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

Data: 14 a 16 de Maio

Local: Lisboa, Sede da SPG/SPED/APEF

Mais informações: www.spg.pt | www.sped.pt | www.apef.com.pt

5º Serão de Gastroenterologia: Cólon e Recto

Data: 17 de Maio

Local: Lisboa, Sede da SPG/SPED/APEF

Mais informações: www.spg.pt | www.sped.pt | www.apef.com.pt

XXX Congresso Nacional de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Hepatologia

Data: 9 a 12 de Junho

Local: Vilamoura, Centro Congressos Tivoli Marinotel

Mais informações: www.spg.pt | www.sped.pt | www.apef.com.pt

Curso de Anatomia Patológica

Data: 27 de Setembro a 1 de Outubro

Local: Lisboa, Sede da SPG/SPED/APEF

Mais informações: www.spg.pt | www.sped.pt | www.apef.com.pt

AASLD - Liver Meeting 2010

Data: 29 de Outubro a 2 de Novembro

Local: Boston, EUA

Mais informações: www.aasld.org

ACG 2010

Data: 15 a 20 de Outubro

Local: San Antonio, EUA

Mais informações: www.gi.org

18th UEGW

Data: 23 a 27 de Outubro

Local: Barcelona, Espanha

Mais informações: <http://uegw10.uegf.org/>

23º Curso de Doenças Hepatobiliares

Data: 19 a 20 de Novembro

Local: Coimbra

Mais informações: www.spg.pt | www.sped.pt | www.apef.com.pt