



**Dr. Castro Caldas**

Serviço de Gastrenterologia  
Hospital S. Teotónio - Viseu

## Um Serviço em ascensão

**Prof.ª Luciana Couto**

Intervenções Preventivas em  
Cuidados de Saúde Primários  
na área da Gastrenterologia

**Dr. Rui Cernadas**

Breve discussão da  
terapêutica AINE em  
Medicina Geral e Familiar

**Prof. Diniz Freitas**

Complicações extra-esofágicas  
da DRGE

Prevenção do cancro do cólon  
**Mota Amaral**  
apoia a SPED

# Rastreio do cancro do cólon e recto

## Recomendações da SPED

A GRANDE FREQUÊNCIA DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO (CCR) NA POPULAÇÃO E A sua peculiar biologia, caracterizada por uma progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, dominada pelo adenoma de remoção fácil por colonoscopia, torna o CCR um candidato ideal para o sucesso de uma ampla prática de prevenção. A SPED propõe a toda a comunidade médica um conjunto simples de regras para o rastreio e vigilância das populações. Tendo em consideração a idade e a história pessoal e familiar de cada indivíduo, vamos estratificar a população em grupos com riscos diferentes para CCR e para os quais propomos diferentes abordagens no rastreio do CCR.

### População de risco padrão

Pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, sem outro factor de risco para CCR (história pessoal ou familiar) - Sigmoidoscopia Flexível a cada 5 anos.

### População de risco aumentado

O risco individual de CCR é afectado pelo número de parentes com CCR ou adenomas, pelo grau de parentesco e pela idade desses familiares, pelo que propomos um programa de rastreio estratificado em função do risco familiar e consideramos dois sub-grupos:

- 1 - Com um parente de 1º grau de idade superior a 50 anos, ou dois parentes de 2º grau com CCR, ou com um parente de 1º grau com adenoma e idade inferior a 60 anos - Sigmoidoscopia Flexível cada 5 anos, com início aos 40 anos de idade.
- 2 - Com dois parentes de 1º grau, ou um parente de 1º grau de idade inferior a 50 anos com CCR - Colonoscopia cada 5 anos com início aos 40 anos de idade.

### População de alto risco

Para os indivíduos pertencentes a famílias de doentes com polipose adenomatosa familiar e ou síndrome de Lynch, é útil e aconselhável orientá-los para grupos de referência.



*Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e recto*

## Sumário

<b>Editorial</b>	<b>5</b>
Prof. Nobre Leitão	
<b>O que ELES dizem</b>	<b>7</b>
<b>Outras fotos</b>	<b>7</b>
<b>Prof.ª Luciana Couto</b>	<b>8</b>
Intervenções Preventivas em Cuidados de Saúde Primários na área de Gastroenterologia	
<b>XVIII Reunião Anual do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais</b>	<b>9</b>
Homenagem a Carlos Pinho	
<b>Mota Amaral apoia a SPED</b>	<b>11</b>
Prevenir a doença - ganhar a saúde	
<b>XXIII Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva</b>	<b>12</b>
Mais perto dos doentes	
<b>Dr. Rui Cernadas</b>	<b>15</b>
Breve discussão da terapêutica AINE em Medicina Geral e Familiar	
<b>Entrevista ao Dr. Castro Caldas, Serviço de Gastroenterologia do Hospital de S. Teotónio</b>	<b>18</b>
Rastreio deve entrar na agenda dos políticos	
<b>Prof. Diniz Freitas</b>	<b>21</b>
Complicações extra-esofágicas da DRGE	
<b>Esófago de Barrett</b>	<b>23</b>
Vigiar de três em três anos	
<b>Actualidades</b>	<b>25</b>
<b>IDCA International Digestive Cancer Alliance</b>	<b>26</b>
Uma plataforma mundial de luta contra o cancro digestivo	
<b>ENDOnews recomenda</b>	<b>27</b>
<b>Campanha de rastreio do cancro do cólon</b>	<b>28</b>
Novo folheto de sensibilização para a população	
<b>Dieta Mediterrânica</b>	<b>29</b>
<b>Casos endoscópicos</b>	<b>30</b>
<b>ENDOcruzadas</b>	<b>30</b>

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº6 • Julho-Setembro 2003

### Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

### Coordenador Editorial

Dr. J. E. Pina Cabral

### Colaboradores

Dr. António Dias Pereira; Prof.ª Dr.ª Isabel Braizinha; Dr. José Manuel Soares; Dr. Leopoldo Matos; Prof.ª Dr.ª Luciana Couto; Dr. Rui Cernadas; Dr. Rui Nogueira

### Depósito Legal

179043/02

### Registo ICS

Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de Junho

### Produção e Imagem

VFBM - Comunicação, Lda.

### Propriedade e Redacção

VFBM - Comunicação, Lda.  
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier - 1500-369 Lisboa  
Tel: 217622740; Fax: 217622742  
E-mail: endonews@netcabo.pt

### Pré-impressão e Impressão

Heska Portuguesa - Indústrias Tipográficas, SA - Sintra

### Tiragem

13.500 exemplares

# Editorial

A ESPERANÇA DE VIDA NA EUROPA MEDIEVAL atingia os 20-30 anos, aumentou para os 40 anos no final do século XIX, prolonga-se até cerca dos 60 anos em 1930 e dos 70 anos em 1955, aproximando-se hoje dos 80 anos de idade. Esta dádiva, de uma vida muito mais prolongada, é uma oferta da Ciência à Humanidade. No entanto, apesar da disponibilidade do conhecimento, em muitas regiões do mundo ainda hoje os cidadãos têm uma esperança de vida semelhante à que se observava na Europa no início do século XX, ou seja com um atraso de 100 anos, num mundo que se diz globalizado. Os responsáveis por esses países, não conseguem transmitir aos seus cidadãos os benefícios do progresso da Ciência.

A grande maioria das doenças responsáveis pelo maior número de mortes no início do século XX cólera, varíola, febre tifóide, difteria, tosse convulsa, poliomielite são hoje em dia raramente causa de morte nos países ocidentais, embora ainda contribuam para uma mortalidade significativa nos países subdesenvolvidos. Este facto foi adquirido não em função do tratamento, mas sim pela adopção de estratégias preventivas.

O cancro é um problema semelhante. No cancro o(s) factor(es) desencadeante(s), determinam um desarranjo complexo de numerosos sistemas biológicos que interagem entre si, não sendo fácil conhecer todas as novas relações que se estabelecem. Desde há dezenas de anos, regularmente, mês após mês, a imprensa, num alarido triunfalista, anuncia ser a cura do cancro e recentemente também da SIDA, uma questão de semanas. Estas notícias de “curas para a próxima semana”, contribuem decisivamente para minorizar a importância de uma estratégia preventiva em Medicina.

Uma estratégia preventiva, exige uma cultura científica e uma visão compreensiva do cancro. Se a cura do cancro, por milagre for encontrada, o tratamento é sempre penalizante para quem sofre a doença, que antes de tudo deseja não a ter. O melhor caminho é a prevenção. O melhor caminho é pesquisar as causas e procurar conhecer a origem dos agentes causais e em simultâneo agir, agir à medida que se estabelecem estratégias eficazes, estratégias que naturalmente se irão modificar com o tempo.

Há pelo menos 20 anos que, Verão após Verão, assistimos à tragédia dos incêndios, com destruição vasta do território, com perdas de vidas e também com a promessa nunca cumprida, que no próximo ano se tomarão medidas preventivas. O que observamos é cada vez mais helicópteros, aviões, máquinas e todos os anos uma maior destruição da riqueza do país e um consumo do dinheiro dos contribuintes de forma que nos parece um pouco desajustada.

No cancro do cólon e recto, como na generalidade das situações, não pretendemos opor uma estratégia a outra, mas antes ter uma visão compreensiva e desenvolver a prática dos gestos mais convenientes em cada momento. Fazer prevenção, quando e a quem a deve fazer e contribuir para que as atitudes terapêuticas mais adequadas possam estender-se ao maior número de doentes.

Já no seu tempo Maquiavel escrevia “*ao princípio o mal é fácil de curar e difícil de diagnosticar, mas, não sendo diagnosticado nem curado torna-se com o tempo, fácil de diagnosticar e difícil de curar*”.

Em 2001, último ano que temos registo de mortalidade, novamente o cancro do cólon e recto foi a primeira causa de morte por cancro em Portugal. Foram registados 3176



C. Nobre Leitão

mortos. Correspondem a 8,7 mortos por dia. Traduzem estes números um aumento de mortalidade de 10,9% em relação ao ano anterior. 10,9% de aumento do número de mortos apenas num ano e 47,5% de aumento do número de mortos por cancro do cólon e recto nos últimos 10 anos. São números que nos transmitem uma enorme preocupação. Preocupação só ultrapassada por quem cultiva o silêncio.

Para aquele número de mortos estimamos cerca de 5000 doentes. Portugal continua sem registo credível de morbilidade oncológica (deve ser único na Europa). Quanto sofrimento e quantas vidas poderiam ter sido ganhas, são questões que se devem colocar. Infelizmente os números dão-nos razão. É necessário reduzir o número de mortos por carcinoma do cólon e recto e neste momento apenas a adopção de uma estratégia preventiva o irá permitir.

Devemos transmitir a todos, recursos humanos que trabalham na Saúde e população em geral, que existe evidência científica dos benefícios do rastreio do cancro do cólon e recto, que se traduzem por uma redução do número de doentes e do número de mortos por carcinoma do cólon e recto.



# O que ELES dizem



**Massano Cardoso**  
Epidemiologista da  
Faculdade de Medicina  
de Coimbra

Em Portugal não existe cultura de prevenção. E isso é muito grave porque não é um trabalho que se faça de um dia para o outro. Exige o envolvimento de todos; não surge por decreto.

O cancro colorectal é a segunda neoplasia mais mortal nos Estados Unidos da América. Esta doença pode ser prevenida através de exames e de alteração de hábitos. Louvo os vossos esforços de tentar chamar a atenção mundial para a prevenção deste e de outros cancros digestivos.



**Hillary Rodham Clinton**  
Senadora dos EUA



**José Manuel Soares**  
Gastroenterologista do Hospital de S.to António, Porto

Em Portugal, a Comissão Oncológica Nacional recomenda a realização de PSOF mas nada recomenda quanto à selecção do teste e nada faz para introduzir o único teste de facto validado em estudos de larga base populacional, o Hemocult II.

O tratamento do cancro do cólon tem uma elevada taxa de êxito se for detectado precocemente. Eu própria sou um exemplo disso. Tive cancro de cólon e, porque foi detectado numa fase bastante precoce, consegui vencê-lo.



**Anne Marie Ortner**  
Gastroenterologista da Faculdade de Medicina de Lausanne

## Outras fotos



Este é um espaço para publicação da sua fotografia favorita. Envie-nos a sua imagem (em papel, slide ou suporte informático) para:

ENDOnews  
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier  
1500-369 Lisboa  
E-mail: endonews@vfbm.com

**Participe!**

**Fim de Tarde**, por João Amaral, de Sines

# Intervenções Preventivas em Cuidados de Saúde Primários na área de Gastrenterologia

Os avanços da investigação e dos cuidados médicos eliminaram muitas das condições e doenças, e esta melhoria na saúde pública permitiu desde 1900 um aumento de 30 anos na esperança média de vida.

OS MOTIVOS DE CONSULTA EM MEDICINA Geral e Familiar compreendem uma elevada percentagem de sintomas digestivos para os quais é desejável estabelecer um plano de diagnóstico e de terapêutica compreensivos incluindo cuidados e medidas preventivas.

A medicina preventiva é, nas sociedades modernas, uma vertente fundamental na medicina de qualidade, mas muitos dos seus objectivos dependem de factores que estão para além de instituições e organizações orientadas ou vocacionadas para a prevenção a nível individual, local, nacional ou internacional. É reconhecida, no entanto, maior eficácia a acções mais compreensivas, mais oportunas e mais apoiadas. Uma estratégia preventiva combinada e continuada deve incluir informação e organização de campanhas para grupos populacionais específicos, técnicas de promoção da saúde, acções e sensibilização de grupos populacionais específicos para rastreio sistemático e com recomendações adequadas de prevenção.

Os tumores malignos continuam a ser a segunda causa de morte em Portugal, sendo os do tubo digestivo os mais frequentes. O Rastreio de Cancro colo-rectal compreende a pesquisa de sangue oculto nas fezes em todos os doentes dos 50 aos 74 anos e colonoscopia, conforme as recomendações da SPED. A colonoscopia virtual e os testes de ADN nas fezes que estão em fase de investigação e desenvolvimento podem ser, no futuro, alternativas à colonoscopia tradicional. Os testes imunológicos específicos para hemorragia gastroenterológica baixa, que não são afectados por dieta ou medicamentos permitem maior aderência da pessoa, com vantagens evidentes, apesar das limitações das lesões que não estão sempre a perder sangue.

A problemática do uso de AINE e a predisposição para hemorragias digestivas em grupos de risco, nomeadamente em idosos (mesmo em doses baixas de ácido acetilsalicílico).

Vários estudos têm demonstrado interesse crescente nas vantagens no uso de sulindac,

e mais recentemente dos coxibes, na quimioprevenção no caso de polipose cólica e de carcinoma do colon.

Na prevenção do cancro digestivo os profissionais de saúde devem ser compreensivos, prudentes e rentabilizar, o melhor possível, os métodos e recursos disponíveis. A evidência das vantagens da quimioprevenção com drogas como o ácido fólico e outras vitaminas está a merecer cada vez mais a atenção e poderá ser mais reconhecida no futuro.

A problemática do cancro gástrico e da infecção crónica por *H. pylori* continua actual, mas a erradicação não está ainda provado ser um método de prevenção absoluta do cancro gástrico. A erradicação do *H. pylori* quando existe úlcera péptica é recomendado, mas não é, absolutamente, indicada na dispepsia sem úlcera. O refluxo gastroesofágico aconselha o recurso a endoscopia digestiva alta, precocemente, para diagnóstico etiológico adequado. São reconhecidas as vantagens preventivas da terapêutica com inibidores da bomba de

## Quem é a Prof.<sup>a</sup> Luciana Couto

Maria Luciana Gomes Domingues Couto Carvalho, de 48 anos de idade, licenciou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Porto, no ano de 1978, e doutorou-se em 1998 prestando provas na mesma Faculdade. É especialista em Medicina Geral e Familiar, exercendo clínica no Centro de Saúde de Soares dos Reis, em Vila Nova de Gaia.

Reparte, ainda, a sua actividade pelo Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (onde é docente) e a Unidade de Farmacovigilância do Norte, na qual é



Coordenadora para os Centros de Saúde.

É membro fundador da Associação Portuguesa de Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar e da Associação Portuguesa de Formação Médica Contínua. É, também, membro do EURACT - Associação Europeia dos Professores de Clínica Geral Europeus (tendo sido Representante Portuguesa no referido Comité Europeu em 2001 e 2002).

Tem interesse especial pelas áreas da cardiologia, gastrenterologia e farmacovigilância.

É colaboradora permanente do ENDOnews.

protões e com procinéticos. Deve ser tida em atenção a medicação regular e ocasional, sobretudo na população mais idosa.

A nível hepático a prevenção do carcinoma hepatocelular devido a infecção crónica pelo vírus B em mais de 50 % dos casos (esta ocorrendo principalmente nas primeiras décadas de vida) justifica a vacinação eficaz da hepatite B que tem contribuído para a diminuição dos novos casos. A hepatite C continua a ter um impacto global importante, com altos índices de progressão para infecção crónica (cerca de 75%) e a quebra de eficácia nos meios de prevenção. Justifica-se uma estratégia preventiva permanente e adequada melhorando o rastreio de sangue utilizado para transfusões e incentivando o uso de seringas descartáveis entre os toxicodependentes, assim como investir mais na prevenção primária para diminuir a incidência de novos casos, e melhor detecção e prevenção da transmissão materno-fetal e dos acidentes por exposição ocupacional em profissionais de risco. O potencial hepatotóxico dos fármacos deve ser tido em conta, pelas reacções reacção idiosincrásicas, raras e imprevisíveis, devendo ter-se em atenção os grupos de maior risco, nomeadamente, os idosos e os doentes polimedicados.

Em conclusão, são úteis (e cada vez mais justificadas) estratégias preventivas ao nível dos cuidados de saúde (vigilância regular de saúde, aconselhamento e informação associadas a medidas que favoreçam a adopção de estilos de vida saudáveis. Opções de vida mais saudáveis relacionadas com a dieta, a actividade física, o não ao tabagismo e consumo de álcool em excesso poderão reduzir em cerca de metade a incidência de cancro também a nível digestivo e contribuir para outros benefícios para a saúde e para a qualidade de vida.

A campanha "PREVENIR É SABER VIVER" da SPED é uma boa oportunidade para lembrar muitos aspectos importantes da prevenção.

*Prof. Luciana Couto*

## XVIII Reunião Anual do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais Homenagem a Carlos Pinho

A XVIII REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO DE Gastreenterologia dos Hospitais Distritais decorrerá este ano no Auditório da Biblioteca Municipal de Mirandela de 24 a 26 de Outubro. O evento, que conta com o patrocínio científico da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia e do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, para além do seu carácter científico, constitui uma oportunidade única para uma troca de experiências e um debate profundo sobre a vivência dos hospitais neste momento conturbado da saúde em Portugal.

A abrir a reunião está prevista uma homenagem ao especialista Carlos Pinho, recentemente falecido. Nesse âmbito, caberá a Venâncio Mendes, director do Serviço de Gastreenterologia do Hospital de Mirandela, dar a perspectiva sobre o "Homem, o profissional e o amigo" que foi Carlos Pinho e a sua contribuição para o desenvolvimento da Gastreenterologia portuguesa.

Esta primeira parte da reunião será ainda complementada com uma conferência de Batista Bastos sobre os cuidados de Saúde, sob o tema genérico "Da benemerência à concorrência".

Da parte da tarde, terão lugar dois painéis sobre o cancro colo-rectal e a situação actual da Gastreenterologia nos hospitais distritais e nos centros de referência, com especial ênfase na questão do apoio ao serviço de urgência, técnicas diferenciadas em endoscopia digestiva e as unidades de hepatologia. Será ainda dado destaque à formação pós-graduada e educação médica contínua nos hospitais distritais, aspecto que será complementado com a análise da questão da diminuição dos internos da especialidade.

Neste painel vão estar presentes, para além de médicos gastreenterologistas dos hospitais distritais, Gonçalves André, responsável do Ministério da Saúde pela área da formação, e ainda Carlos Vaz, director hospitalar com grande experiência em centros de referência.

No segundo dia de trabalhos terá lugar um painel sobre a "Minha experiência" em Endoscopia Terapêutica. Nesta última sessão, José Estevens, Rui Teixeira, Rui Silva e Armando Ribeiro irão abordar, na primeira pessoa, as técnicas diferenciadas e terapêuticas da Endoscopia Digestiva.

A reunião terminará com a apresentação de casos clínicos, instantâneos e vídeos endoscópicos.



Carlos Pinho

## Mota Amaral apoia a SPED

### Prevenir a doença - ganhar a saúde!

*Assembleia da República*

#### **Prevenir a doença — ganhar a saúde!**

De bom grado e convictamente dou o meu apoio à Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon.

E não me limito a uma declaração platónica, pois fiz já o exame correspondente, se bem que parcial e tenho data apazada para o repetir em forma completa.

Está hoje plenamente demonstrado que a prevenção da doença é a melhor defesa da saúde.

E começa a falar-se, nas sociedades mais avançadas, confrontadas com o custo crescente dos serviços de saúde, na responsabilidade de cada cidadão e de cada cidadã quanto à prevenção das condições de que depende o seu bem-estar físico.

Em Portugal, a incidência do cancro do cólon é elevada. Sabe-se, porém, que a detecção precoce da doença reduz significativamente a morbilidade e o risco de vida.

Impõe-se um esforço geral para vencer esta doença e assim melhorarmos a qualidade de vida dos portugueses e das portuguesas.



JOÃO BOSCO MOTA AMARAL

Palácio de São Bento, 31 de Julho de 2003



JOÃO BOSCO MOTA AMARAL, PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, manifestou o seu apoio à campanha de sensibilização da SPED para a prevenção do cancro do cólon.

Numa missiva enviada à Direcção da SPED, Mota Amaral sublinha a importância da prevenção da doença como melhor arma para a defesa da saúde e alerta para a “responsabilidade de cada cidadão quanto à prevenção das condições de que depende o seu bem-estar físico”.

O Presidente da Assembleia da República faz ainda notar a situação particular do nosso país, lembrando que “em Portugal, a incidência do cancro do cólon é elevada”.

Declarando ter já aderido, pessoalmente, aos exames de rastreio, Mota Amaral apela a “um esforço geral para vencer esta doença e assim melhorarmos a qualidade de vida dos portugueses e das portuguesas”.

## 2<sup>as</sup> Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva

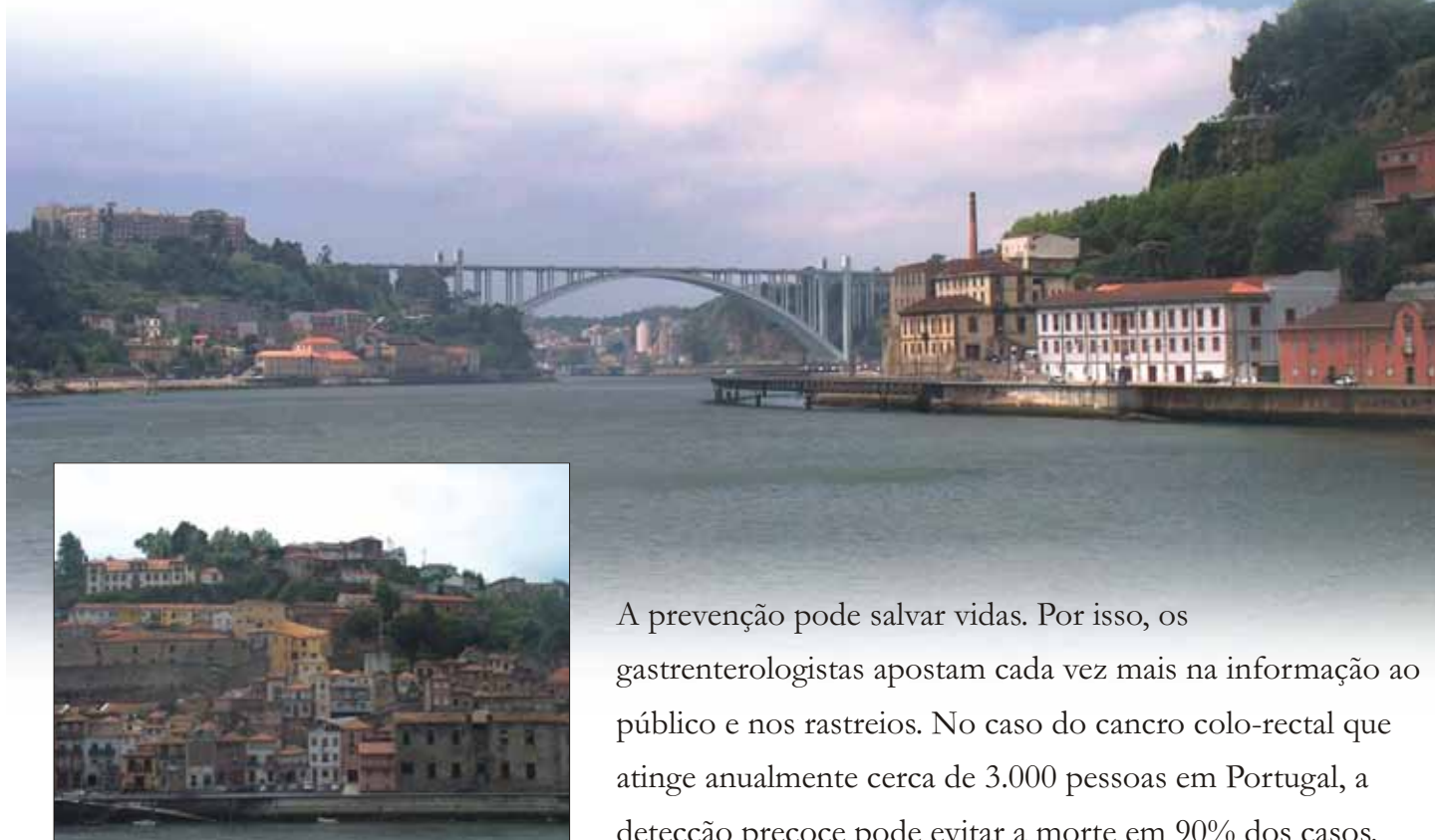
### Os mesmos problemas de ambos os lados da fronteira

À SEMELHANÇA DO ANO PASSADO, EM QUE A SPED NORTE DECIU realizar uma reunião conjunta com os colegas da Galiza, a próxima Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva vai realizar-se em conjunto com especialistas galegos naquelas que serão, simultaneamente, as 2<sup>as</sup> Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva e que terão, nomeadamente, a colaboração do Serviço de Aparelho Digestivo e Transplante Hepático da Corunha, dirigido

por Vasquez Iglésias. Previstas para 13 e 14 de Fevereiro do próximo ano, no Hotel Maria Pita, na Corunha, as jornadas abordarão a incidência do cancro colo-rectal além e aquém fronteira, seguindo-se a discussão das complicações em endoscopia digestiva. A finalizar a reunião, serão ainda apresentadas comunicações em suporte audiovisual, nomeadamente instantâneos endoscópicos e videoendoscópicos.



# XXIII Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva Mais perto dos doentes



A prevenção pode salvar vidas. Por isso, os gastrenterologistas apostam cada vez mais na informação ao público e nos rastreios. No caso do cancro colo-rectal que atinge anualmente cerca de 3.000 pessoas em Portugal, a detecção precoce pode evitar a morte em 90% dos casos.

OS GASTRENTEROLOGISTAS ESTÃO FRANCAMENTE preocupados com o aumento das doenças digestivas no país. Nesse âmbito, o XXIII Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva marcou o início de várias iniciativas destinadas a informar a população. A primeira acção traduziu-se na instalação de duas linhas telefónicas gratuitas, abertas ao público, para responder a questões sobre doenças digestivas e do fígado. Mais de 250 pessoas tiveram, assim, a possibilidade de colocar questões aos especialistas. Cerca de 32% dos telefonemas tiveram por objectivo obter informações sobre o cancro do cólon e do recto, doença com uma elevada prevalência em Portugal.

## Participação dos doentes com doença de Crohn

Outras das acções inovadoras traduziu-se na

participação de doentes de Crohn e colite ulcerosa numa sessão organizada em colaboração com a Associação Portuguesa da Doença Inflamatória Intestinal (APDI). O objectivo foi informar os doentes dos mais recentes avanços no conhecimento da causa destas doenças e das implicações dos tratamentos. Com esse objectivo, a sessão contou ainda com a participação de um dos maiores especialistas mundiais nesta área, o prof. Claudio Fiocchi, da Crohn's & Colitis Foundation of America.

## Colaboração do American College of Gastroenterology

O XXIII Congresso, que contou com a colaboração do American College of Gastroenterology, registou a presença de numerosos especialistas nacionais e estrangeiros que apresentaram trabalhos de investigação recentes, proporcionando aos cerca de 600 médicos ali

reunidos informação actualizada nas diversas áreas da gastrenterologia. No curso de pós-graduação "Da Investigação Básica à Clínica" foram realizadas sessões temáticas e clínicas em áreas do conhecimento em que se verificaram recentemente progressos na patogénese das doenças, com importantes implicações clínicas. Relativamente ao tracto digestivo superior foram abordados aspectos controversos no diagnóstico e tratamento da doença de refluxo gastro-esofágico, assim como da infecção pelo *Helicobacter pylori*. Em relação às doenças intestinais, foram apresentados os avanços ao nível da patogénese e diagnóstico da doença celíaca, assim como as novas terapêuticas biológicas utilizadas no tratamento da doença de Crohn e novos métodos moleculares e endoscópicos aplicados ao diagnóstico do cancro do cólon e do recto. As doenças do fígado relacionadas



com o álcool e a hepatite C, bem como os recentes desenvolvimentos em doenças pancreáticas, foram igualmente debatidas nas sessões clínicas.

### Rastreio do cancro do cólon pode evitar 90% das mortes

«Um indivíduo bem informado pode salvar a vida». É com esta convicção que os especialistas justificam a aposta no esclarecimento da população, nomeadamente em relação ao cancro colo-rectal (CCR). Em Portugal surgem todos os anos 5.000 novos casos e morrem 3.000 pessoas. No entanto, com um diagnóstico precoce, 90% são curáveis. Este tipo de cancro demora entre sete a dez anos a desenvolver-se, o que permite, se houver um diagnóstico precoce, preveni-lo e curá-lo. No

entanto, em 2001, a mortalidade por CCR foi de 2.754 casos, o que significa que representa a principal causa de morte por cancro em Portugal. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, «o risco de aparecimento de CCR na população em geral é de 1 para 20 indivíduos. Todavia, este risco aumenta quando um familiar chegado tem a mesma doença (15-20%), nos doentes com colite ulcerosa ou doença de Crohn (15-40%) e nos indivíduos com história familiar de CCR hereditária (70-80%), podendo atingir 95% na polipose adenomatosa familiar».

### Nova campanha da SPED

No decurso do XXIII Congresso de Gastrente-

rologia, a SPED fez a apresentação oficial da nova campanha de prevenção do cancro colo-rectal, com a imagem do simpático Tino, a mascote da campanha. Em simultâneo, foram apresentados os primeiros resultados de um estudo realizado pelo Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, em articulação com a Universidade Católica que, em traços gerais, conclui que os custos da despistagem do cancro do cólon e do recto se situam em 85 euros, em comparação com os 3.733 euros que custa o diagnóstico de uma lesão cancerosa ou pré-maligna de elevado risco ou os 25 mil euros que custa o tratamento de um destes doentes.

O estudo, que envolveu 1.300 pessoas, conclui ainda que o rastreio simples detectou cancros em fase inicial ou lesões pré-malignas com elevado risco de malignidade em 2,7% dos indivíduos rastreados, com idade superior a 50 anos e sem quaisquer queixas ou sintomas. O segundo exame, efectuado cinco anos depois, registou 1,12% de lesões adicionais. Por cada indivíduo, o custo do primeiro exame é de exactamente 85,4 euros, enquanto que os dois exames ascendem a 127 euros. Para o prof. Nobre Leitão, actual presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e co-autor do estudo, estes números justificam, por si só, a aposta no rastreio.

Adelaide Oliveira



# Breve discussão da terapêutica AINE em Medicina Geral e Familiar

O uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINE), no tratamento da dor e da inflamação, tem crescido consideravelmente nas últimas décadas. A sua eficácia porém, tem sido limitada quer por um perfil de tolerância, individualizado e imprevisível, quer por um acréscimo de risco digestivo e renal, fundamentalmente. Numa época em que a dor se assume como um desafio político difundido pelos “media” e os processos crónico-degenerativos (pela morbilidade e/ou pela mortalidade), adquirem importâncias demográfica e clínica inquestionáveis, a posição da Medicina Geral e Familiar sai relançada e deve ser objecto de reflexão.

COM EFEITO, A PROCURA DE SOLUÇÃO DOS problemas de saúde deve, à luz do espírito original dos cuidados primários de saúde, ser orientada para uma resposta clínica curativa e preventiva.

Actualmente, diria mesmo que implicando uma exigência de aplicação de “anticipatory care” (cuidado antecipado), no sentido em que as decisão e actuação dos médicos modernos vise também factores de risco prévio ou subjacente, quase que numa ideia

de detecção de “fases pré-sintomáticas”...

Isto é muito importante na discussão em torno da utilização dos AINE em Medicina Geral e Familiar.

Desde logo, porque sob um ponto de vista genérico se trata dum grupo de fármacos de elevado potencial e grau de prescrição.

Por outro lado, porque evocando noções epidemiológicas básicas, sabemos todos quão prevalente são, por exemplo, as doenças reumáticas em Portugal.

Falam-se e publicam-se, números da ordem dos 33 a 38% de portugueses sofrendo de dor moderada a grave por patologia reumática, de quase 800 mil adultos a consumir AINE diariamente!

A manutenção das actividades habituais dos doentes, dentro dos limites facultados pelo fenómeno doloroso, passa pela tomada dos medicamentos e é muitas vezes pedida aos médicos, com a alusão expressa a “um estômago” mais sensível, com passado de sofrimento digestivo ou com alguma precisão sintomática até.

Na verdade, há um conhecimento empírico da relação entre eficácia e Intolerância/insegurança dos AINE.

Importa ainda sublinhar alguns aspectos, pessoalmente, relevantes.

Para maior rigor nesta breve abordagem, nem vamos considerar as complicações do tratamento com salicilatos.

Até à recente introdução dos coxibes, foram poucos os AINE que promoveram estudos comparativos de eficácia relativa ou de segurança global, e os poucos que se conhecem, com casuísticas muito curtas.

Mas todos nós, médicos, temos consciência de que a resposta individual aos AINE é extremamente variável.

Todos os autores são consensuais quando afirmam que não há verdadeiramente diferenças entre os AINE convencionais.

De facto, o seu mecanismo de acção, uma inibição inespecífica (não selectiva) de ambas as isoformas da COX, explica o lado da eficácia e a vertente dos efeitos secundários. Mas justifica ainda que os efeitos colaterais possam ocorrer mesmo quando a administração dos AINE é feita através de supositórios ou injectáveis...

Estão igualmente contra-indicadas as associações de AINE.



As muito apregoadas diferenças como semividas, formulações galénicas, características físicas e químicas, inibições de radicais livres e outras são afinal, e apenas, meras ideias promocionais, sem relevância clínica significativa.

Sabe-se que a incidência de complicações, graves, como a hemorragia digestiva e a perfuração, não é idêntica para todos os AINE.

Aliás, esta realidade e a sua correlação com a selectividade para a COX-2, constituíram racional para a concepção dos coxibes, AINE específicos e caracterizados por uma clara e superior segurança digestiva.

A procura de solução dos problemas de saúde deve, à luz do espírito original dos cuidados primários de saúde, ser orientada para uma resposta clínica curativa e preventiva.

Convém lembrar que a sintomatologia digestiva não exprime função directa com a ocorrência de lesões endoscópicas, sendo o inverso também verdadeiro.

Sendo assim, muitas vezes o primeiro sintoma duma complicação digestiva pelo AINE poderá ser a própria hemorragia ou a perfuração!

A segurança renal no uso de AINE é outra preocupação.

Qualquer AINE, mesmo em indivíduos normais, além de provocar uma subida tensional média de 3 a 5 mm de Hg, alerta para a possibilidade de retenção hídrica (edema e aumento de peso).

Aliás, conhece-se o peso dos AINE nos casos de insuficiência renal aguda.

Outra questão a equacionar respeita à

interacção medicamentosa entre AINE e diuréticos (tiazídicos e de ansa), bloqueadores alfa e beta e inibidores da enzima conversora da angiotensina.

Tal interacção conduz a um bloqueio do efeito anti-hipertensor pretendido, sendo mais significativo nos idosos (cuja reserva funcional renal está fisiologicamente reduzida).

A utilização de medicamentos por decisão do doente, confirmada pelo crescimento económico desta quota do mercado farmacêutico, pode constituir um problema adicional, sobretudo quando pensamos em anti-inflamatórios.

Trata-se dum outro ponto para o qual, admitimos, a proximidade do Médico de Família possa constituir motivo de informação e prevenção dos utentes, nomeadamente quanto ao risco de interacções imprevistas ou de retardamento de diagnósticos...

Em jeito de conclusão, diria que a experiência epidemiológica deve presidir à estratégia da Medicina Geral e Familiar.

Sabemos que os consumidores de AINE correm um risco triplo de hemorragia digestiva alta, face aos que os não utilizam.

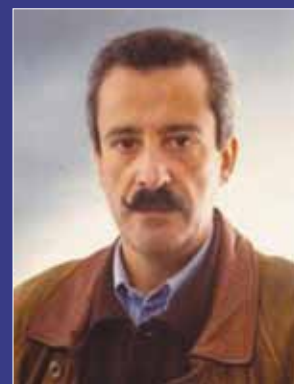
Claro que o risco individual pode ser considerado pequeno, estimando-se uma complicação grave por cada 2.000 consumidores, ou seja, 400 pelo número estimado dos que, por causas reumatismais, os tomam regularmente...

Não há ainda certamente nenhum anti-inflamatório absolutamente eficaz e, totalmente isento de riscos, designadamente digestivos ou renais.

Mas, seguramente, o aparecimento duma nova geração de medicamentos os coxibes apontam numa nova esperança duma excelente relação entre a eficácia esperada e uma maior confiança na prática clínica.

Dr. Rui Cernadas

## Quem é o Dr. Rui Cernadas



Rui Afonso Cernadas, de 47 anos de idade, licenciou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Porto, em 1979.

Possui o Curso de Medicina do Trabalho da mesma faculdade e o Curso de Auditor do Sistema de Prevenção de Riscos Laborais pela Universidade Politécnica da Catalunha (Barcelona).

Actualmente, possui o grau de Consultor na especialidade de Medicina Geral e Familiar, com Competência em Medicina Farmacêutica.

Desenvolve actividade profissional na Unidade de Saúde Familiar - Regime Remuneratório Experimental - da Aguda (Gaia). Além disso, é Médico do Trabalho no Hospital do Terço (Porto) e exerce clínica privada.

É formador do Sistema Nacional de Certificação Profissional do Ministério do Trabalho e Solidariedade.

É membro de diversas Sociedades científicas, tendo sido presidente da Associação Contra a Tuberculose do Porto (1990-99).

Tem interesse especial pela ortotraumatologia.

É colaborador permanente do ENDOnews.



# Serviço de Gastreenterologia do Hospital de S. Teotónio Rastreio deve entrar na agenda dos políticos



O Serviço de Gastreenterologia do Hospital de São Teotónio, em Viseu, registou nos últimos anos um forte impulso, constituindo-se como um centro de referência da zona Centro. Contrariamente ao que acontecia dantes, em que a falta de resposta das unidades hospitalares era gritante, neste momento o tempo médio de espera por uma consulta de Gastreenterologia em São Teotónio não ultrapassa um mês.

E não há listas de espera, garante o seu director, Castro Caldas.

## Como conseguiu inverter a situação?

Antigamente a Gastreenterologia era apenas uma valência do hospital. Na realidade, trabalhei praticamente sozinho entre 1981 e 1994. Nessa altura verificou-se a entrada do Dr. Américo Silva, que significou uma grande mais-valia.

Em 1997 mudámos para o hospital novo e, em 1999 foi criado, oficialmente, o Serviço de Gastreenterologia. Nessa altura registou-se a entrada da Dr.ª Paula Ministro e, um ano

depois, do Dr. António Castanheira.

É claro que o esforço foi enorme porque não existia nada e hoje executamos quase todas as técnicas importantes, excepto a ecoendoscopia e a motilidade digestiva. Estamos a trabalhar bem, pelo menos do ponto de vista da quantidade. Do ponto de vista da qualidade, também temos evoluído.

## E em termos de equipamento?

Não temos tido grandes dificuldades. Estamos bem dotados em quase todas as técnicas.

## Existem dificuldades no recrutamento de médicos preparados para executar algumas das técnicas?

Relativamente às técnicas que realizamos no hospital temos pessoas bem preparadas para isso. O Dr. Américo Silva, que possui uma grande experiência, faz as CPRE e executa essa técnica com toda a perfeição, para além de todas as outras. Mas, continuando a referir-me a técnicas especiais, a Dr.ª Paula Ministro está mais dedicada ao laser e o Dr. António Castanheira à colocação de próteses esofágicas e terapêuticas de esclerose de varizes esofágicas, etc.. Neste momento estamos razoavelmente bem equipados. Precisávamos, no entanto, de mais um ou dois médicos.

## Qual é a dimensão das listas de espera?

A máquina de desinfeção avariou alguns aparelhos, o que provocou algum atraso, mas neste momento já estamos a recuperar. Para os doentes internados não houve problemas mas, no ambulatório, ainda temos alguma espera: cerca de dois meses para as colonoscopias de rotina e um mês para a endoscopia alta. Não estamos mal, mas à custa de um grande esforço de toda a equipa.

## Quanto tempo demora um doente referido pelo seu médico de família a obter uma consulta?

Normalmente, a consulta não demora mais de mês e meio. A parte burocrática é o que os atrasa mais, na medida em que passam por uma série de filtros até chegar a nós.

No que se refere às diversas técnicas realiza-

das no ambulatório, o mais comum é a retirada de pólipos de cólon e de estômago e, no final, os doentes voltam a ser referenciados, com uma carta, ao médico de família. Temos mantido sempre uma boa relação com os Cuidados Primários. Claro, talvez não respondamos com a rapidez que os colegas queriam, mas procuramos, pelo menos nos casos urgentes, responder com celeridade. Pelo menos que eu saiba, na nossa zona não tem havido reclamações dos colegas da Medicina Geral e Familiar.

### **Os casos enviados pelos Cuidados de Saúde Primários justificam a referenciação?**

Temos uma percentagem bastante elevada - à semelhança de outros hospitais - de doentes que não necessitariam de vir às consultas.

### **Na sua perspectiva, porque é que isso acontece?**

Primeiro, porque os próprios doentes forçam o médico de família, pedindo-lhe exames insistentemente; o médico de família, a certa altura, não sabe o que lhe fazer e envia-o para cá. Existem ainda casos em que o médico referencia talvez por uma certa inércia e para descartar responsabilidades.

### **Isso ocorre em que percentagem de casos?**

Penso que entre 40 a 50% dos doentes que chegam ao nosso Serviço, assim como para a Medicina e para a Cirurgia poderiam, eventualmente, ser seguidos pelos médicos de família nos Centros de Saúde.

### **Existe défice na formação ou no relacionamento entre ambos os níveis de cuidados?**

Ultimamente, por culpa nossa ou por falta de tempo, não temos tido tanto essa preocupação de contacto com os colegas da Medicina Geral e Familiar, ao contrário do que sucedia antes. Por outro lado, os doentes também se habituaram a um consumo excessivo dos serviços hospitalares. Quanto maior é o acesso mais probabilidades temos de os receber, bem ou mal triados. Enquanto não se inverter este ciclo vicioso e enquanto o consumo dos cuidados médicos continuar, vai ser difícil resolver o problema.

### **Apesar dessa facilidade de acesso, ainda continua a existir uma elevada proporção de doentes que chegam ao hospital em fases muito avançadas da doença. É o que acontece ao nível, por exemplo, do cancro colo-rectal. De que modo a evolução registada na área da Gastroenterologia poderá ajudar a responder a esse desafio?**

A Gastroenterologia deu um salto significativo

desde há vários anos, com a colonoscopia e, principalmente, com a videocolonoscopia, que permite uma visualização total do cólon e fazer terapêutica das lesões pré-malignas, como é o caso dos pólipos. Penso que, a médio prazo, iremos fazer baixar a enorme percentagem de doentes que morrem com neoplasia do cólon.

### **A que atribui a elevada incidência dessa doença no nosso país?**

Todos gostaríamos de conhecer a resposta. Penso que é consequência de um conjunto de factores que vão desde a alimentação à



### **Prémio nacional de fotografia endoscópica**

O Serviço de Gastroenterologia do Hospital de S. Teotónio ganhou recentemente o primeiro prémio, a nível nacional, de fotografia endoscópica (ver "Casos Endoscópicos", na página 30). «Não temos produzido muitos trabalhos científicos no campo da investigação porque estamos muito mais vocacionados para a assistência do que propriamente para a investigação, mas apresentamos normalmente trabalhos nos congressos e este último prémio foi realmente uma grande alegria», afirma Castro Caldas.





genética. Existe, ainda, um diagnóstico mais preciso. Há alguns anos atrás, muitas pessoas morriam sem se saber exactamente de quê: o chamado “mal da barriga”, provavelmente seria uma neoplasia do cólon.

#### **O que pensa sobre a necessidade de rastreio do cancro do cólon?**

Há cerca de quatro ou cinco anos fizemos uma tentativa de rastreio e enviámos cartas aos médicos de família que incluíam um protocolo para o envio de doentes. A ARS conceder-nos-ia, se isso se realizasse, uma verba importante só que, depois de todo esse esforço, os médicos de família não nos enviaram os doentes. Teria sido culpa nossa? Má organização? Não os teríamos sensibilizado o suficiente? O que é um facto é que tivemos uma aderência de tal maneira pequena que o projecto não avançou. Continuamos a ter um volume grande de pedidos, mas com informação clínica. Agora, rastreio, propriamente dito, não.

#### **Estarão agora mais sensibilizados?**

Penso que sim. A televisão, os jornais, e o esforço da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva terão tido consequências positivas.

#### **Pensa voltar a insistir na realização de rastreios?**

Este ano pedimos à Fundação Gulbenkian aparelhos para iniciar um rastreio. Estamos a aguardar. Depois das grandes avarias registadas nos aparelhos em consequência do problema de desinfecção, não temos ainda aparelhos em número suficiente para podermos iniciar um programa desse tipo. Esperamos, entretanto, a resposta da Fundação Gulbenkian.

#### **O rastreio deve ser feito no hospital ou nos centros de saúde, à semelhança do que está a suceder no Algarve?**

Chamando os doentes para dentro do hospital. O distrito é muito grande, vai desde Resende a Mortágua, não nada fácil andar por aí fora com os aparelhos às costas. O hospital é

uma referência. Na nossa opinião, aqui é que deve girar todo o processo do rastreio.

#### **Não teme o acréscimo de trabalho?**

Precisamente por significar um acréscimo de trabalho é que pedimos à Gulbenkian mais aparelhos. Teríamos ainda de estudar um sistema de modo a que a rotina do dia-a-dia não fosse prejudicada por esse acréscimo de exames. Para isso, o rastreio teria de ser realizado fora das horas de serviço, naturalmente.

#### **Na sua opinião, o rastreio do cancro do cólon deveria entrar no programa normal dos rastreios?**

Atendendo à incidência e ao elevado número de mortes por neoplasia do cólon, o rastreio deveria fazer parte da política nacional de prevenção. Deveria haver uma preocupação de política de Saúde no sentido do rastreio total. Mas isso custa dinheiro e não estamos propriamente numa altura propícia para isso.

*Adelaide Oliveira*



# Complicações extra-esofágicas da DRGE

É EXTRAORDINARIAMENTE VARIADO O ESPECTRO clínico da DRGE, circunstância que dificulta uma avaliação rigorosa da sua epidemiologia e história natural, e também do seu diagnóstico e terapêutica.

De facto, a DRGE pode traduzir-se por queixas típicas, por sintomas e sinais atípicos e ainda por complicações variadas. Além disso, há doentes que podem apresentar lesões na mucosa esofágica, com sintomas discretos ou mesmo ausentes. Por outro lado, há muitos doentes que têm sintomas característicos de DRGE, sem evidência de alterações morfológicas no esófago. Finalmente, há doentes com queixas de DRGE, sem lesões esofágicas nem alterações nos registos da pH-metria das 24 horas.

As principais complicações da DRGE ocorrem a nível esofágico (ulceração, estenose, Barrett, etc.).

Todavia, a DRGE pode complicar-se de sintomas e sinais extra-esofágicos, que por vezes surgem isoladamente, dificultando deste modo o diagnóstico de base. São os chamados quadros clínicos "atípicos" de apresentação da DRGE. No Quadro I indicam-se as principais situações clínicas que podem ser consequência da DRGE.

Infelizmente, tem sido difícil estabelecer uma relação directa entre os episódios de refluxo gastro-esofágico e a maioria destas complicações supra-esofágicas. Este dilema complica-se por dois outros factores: (1) os doentes com suspeita de apresentarem complicações extra-esofágicas, não referem frequentemente queixas típicas de DRGE, designadamente azia e regurgitação, e muitas vezes não apresentam no exame endoscópico lesões típicas de DRGE; (2) por outro lado, o doente pode ter simultaneamente duas enfermidades independentes.

Dois mecanismos têm sido postulados na explicação fisiopatológica das complicações supra-esofágicas por refluxo ácido: (1) um refle-

xo vagal despertado pelo ácido refluído, entre o corpo do esófago e o sistema broncopulmonar, induzindo constrição bronquiolar ou tosse; (2) microaspiração do conteúdo gástrico refluído, para as estruturas supra-esofágicas e broncopulmonares, induzindo reacção inflamatória e/ou resposta contráctil reactiva focalizada.

O diagnóstico destas formas "atípicas" de apresentação da DRGE exige uma cuidada história clínica e a realização de estudos complementares. A pH-metria das 24 horas e a esofagoscopia são considerados exames nucleares. Recentemente tem sido advogado também o teste terapêutico com inibidores da bomba de prótons, duas vezes por dia, antes

das refeições, durante 1-3 meses.

No quadro II, apresenta-se uma proposta de abordagem de doentes com suspeita de complicações extra-esofágicas da DRGE.

O tratamento destas complicações pressupõe um diagnóstico exacto da situação.

A atitude terapêutica mais indicada é a administração de inibidor da bomba de prótons, em doses elevadas e prolongadas (até 3 meses), ou mais. Se a terapêutica médica não resultar, há que reavaliar a situação e ponderar o recurso à cirurgia anti-refluxo. Esta

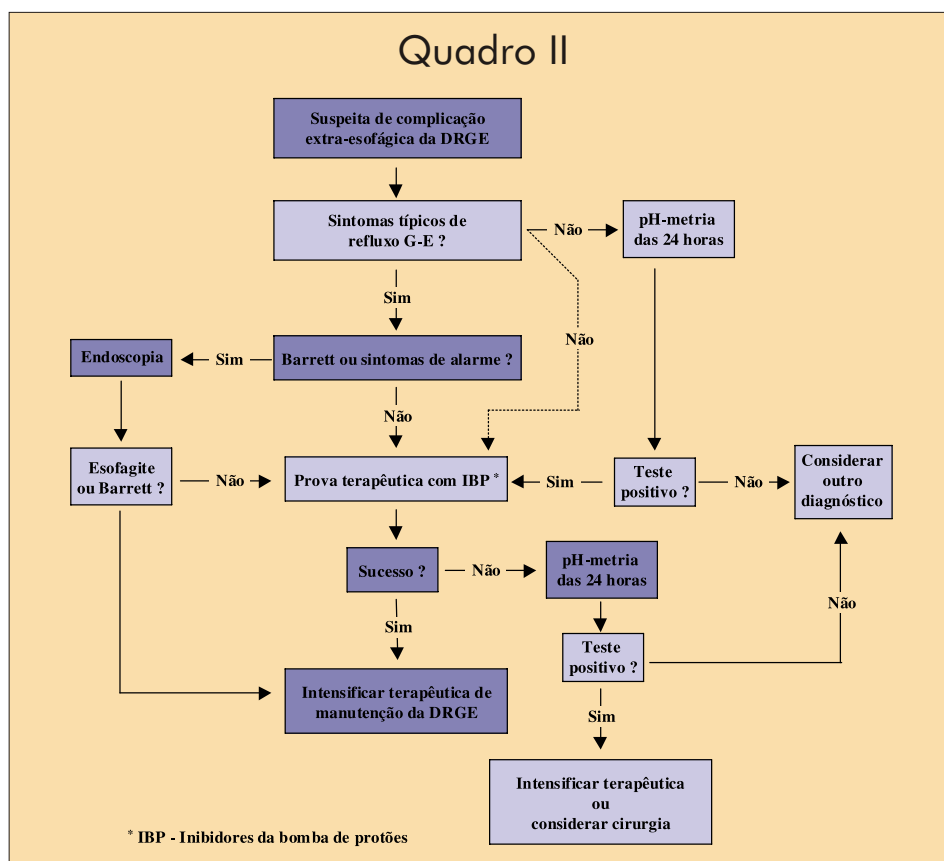
modalidade de tratamento é a opção terapêutica mais eficaz, em muitas situações.

*Prof. Diniz Freitas*

## Quadro I

FORO OTORRINOLARINGOLÓGICO	
•	Rouquidão
•	Tosse
•	Globus
•	Faringite
•	Otite
•	Laringite
•	Sinusite
•	Granuloma das cordas vocais
•	Estenose subglótica
•	Cancro da laringe
FORO PULMONAR	
•	Asma
•	Bronquite
•	Bronquiectasia
•	Pneumonia por aspiração
•	Fibrose pulmonar idiopática
OUTROS	
•	Halitose
•	Erosões dentárias
•	Úlceras / ardor na boca
•	Apneia do sono

## Quadro II



## Esófago de Barrett Vigiar de três em três anos

A PRESENÇA DE EPITÉLIO DE BARRETT, NUM DOENTE COM DRGE, JUSTIFICA A realização de vigilância endoscópica de três em três anos. Esta a conclusão de uma investigação realizada pelo Grupo de Estudos do Esófago de Barrett do IPO de Lisboa, recentemente apresentada no XXIII Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva.

O estudo foi delineado com o objectivo de avaliar o risco de displasia de alto grau e adenocarcinoma no epitélio de Barrett e o intervalo adequado de vigilância endoscópica na população portuguesa.

A. Dias Pereira, que liderou o estudo, sublinha que “diferenças do risco de cancro em doentes com epitélio de Barrett têm impacto nos intervalos de vigilância”, “não havendo dados concretos quanto ao risco em Portugal”. Os últimos dados oficiais existentes em Portugal, referentes ao

Registo Oncológico Regional Sul, de 1993, apontavam que Portugal tinha uma baixa incidência de adenocarcinoma do esófago (0,35 / 100.000 habitantes).

O estudo, “prospectivo”, incidiu sobre 175 doentes incluídos num protocolo de vigilância

em curso no IPO de Lisboa. A incidência de displasia de alto grau/adenocarcinoma nesta amostra foi de 1/179 doente/anos ou 0,56/ano.

Para os autores, os dados avaliados apontam que “o risco de cancro na população portuguesa com epitélio de Barrett é semelhante aos dos países com alta incidência de adenocarcinoma do esófago”. Consideram, assim, que a recomendação do

American College of Gastroenterology para se implementar endoscopias de vigilância de três em três anos é aplicável aos nossos doentes com epitélio de Barrett.

Em comentário ao ENDOnews, A. Dias Pereira salientou a existência de um estudo recente que mostra um aumento da incidência do adenocarcinoma do esófago em países do sul da Europa, designadamente Espanha e Itália, “onde tradicionalmente, o risco era baixo”. Por outro lado, sublinhou a sua “perplexidade” face ao facto dos doentes da sua casuística “progredirem para displasia de alto grau numa fase precoce da vigilância”, o que deverá justificar investigações suplementares no futuro.



## DRGE na web

### Barrett's Esophagus

NIDDK National Digestive Diseases Information Clearinghouse

<http://www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/barretts/barretts.htm>

Página do NIDDK explicativa das causas, consequências, diagnóstico e tratamento do epitélio de Barrett.



[http://www.asge.org/gui/patient/barretts\\_patient.asp](http://www.asge.org/gui/patient/barretts_patient.asp)

Perguntas e respostas sobre esta complicação da DRGE, na área para o público em geral da American Society of Gastrointestinal Endoscopy.



<http://www.webgerd.com>

Site dedicado à DRGE, nas suas diferentes vertentes (designadamente o epitélio de Barrett), com informação para os profissionais de saúde e o público. Autoria de M. Farivar,



<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001143.htm>

Secção sobre epitélio de Barrett da MedLine Plus, um serviço da US National Library of Medicine e do National Institutes of Health.



<http://www.gastro.org/public/uptodate/topics/8731E5.htm>

Informações detalhadas sobre epitélio de Barrett no site da American Gastroenterological Association.

## Estudo europeu revela: Consumo de fibras reduz até 40% o risco de cancro colorectal



A protecção conferida pelo consumo de fibras foi maior para o cólon esquerdo e pouco significativa para o cancro rectal, mostra o estudo conduzido por Sheila Bingham e Nick Day, investigadores do British Medical Research Council Dunn, Human Nutrition Unit, da Universidade de Cambridge; Elio Riboli da Agencia Internacional da OMS para a Pesquisa sobre o Cancro, sediada em Lyon, França e, ainda, pelos responsáveis pelo Estudo Europeu de Investigação Prospectiva para o Cancro (EPIC).

Os clínicos examinaram, prospectivamente, a associação entre uma ingestão diária de fibras e a incidência de cancro colorectal em 509,978 indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 25 e os 70 anos que integraram o Estudo EPIC, na Grã-Bretanha, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha e Suécia.

O acompanhamento dos indivíduos, que se prolongou por 4,5 anos, permitiu a obtenção de dados relativos a 1,065 casos de cancro colorectal.

A presença de fibras dietéticas na alimentação foi inversamente relacionada com a incidência de cancro do intestino e nenhuma

fonte alimentar de fibra se revelou significativamente mais “protectora”.

Em artigo publicado na revista Lancet (2003;361:1496-501), os investigadores referem que os resultados “mostram que o consumo total de fibras está inversamente associado ao risco de cancro colorectal”, salientando, no entanto, que “apenas foram estudadas fibras presentes nos alimentos”.

Por outro lado, acrescentam, “nos alimentos fornecedores de fibras também estão presentes outros nutrientes que foram relacionados com a protecção contra o cancro e que poderão ter contribuído para os efeitos protectores descobertos”. Assim sendo, alertam, os resultados obtidos não deverão permitir extrapolações que aconselhem uma dieta contendo apenas fibras.

Para os investigadores, o potencial de protecção dos alimentos ricos em fibras, em populações que actualmente pouco os consomem, poderá ser ainda maior do que os revelados neste estudo.

Resultados similares foram alcançados num estudo de grande dimensão realizado nos Estados Unidos da América.

## Homens altos apresentam maior risco

No último número do British Journal of Cancer, os resultados de um estudo efectuado por especialistas japoneses mostram uma relação positiva entre a altura e o risco de cancro colorrectal, mais significativa no sexo masculino.

A investigação debruçou-se sobre a incidência da doença e foram estudados 29,051 cidadãos que, em 1992, responderam a um questionário para apurar as características socio-demográficas, hábitos de alimentação, exercício, consumo de álcool e tabaco e ainda o historial médico.

Entre 1993 e 2000, nos dois maiores hospitais do país, foi diagnosticado cancro colorrectal a 161 homens e 134 mulheres e a equipa de especialistas, entre outras conclusões, verificou a existência de uma relação positiva entre a altura dos participantes e a doença, tendo em conta o controlo da idade, IMC, hábitos tabágicos e factores relacionados com a educação. Contudo, este resultado revelou-se mais significativo nos homens, uma vez que nas mulheres o padrão não foi claro.

Relativamente ao consumo de álcool, a investigação permitiu verificar que se este factor for elevado, o risco de cancro colorrectal é acrescido, tanto no sexo masculino como no feminino.

## Estudo para garantir a efectividade no rastreio

Um conjunto de especialistas da OMS e da Organização Mundial de Endoscopia Digestiva efectuou um estudo, referido no American Journal of Gastroenterology, com o objectivo de rever os princípios estabelecidos relativamente à eficácia das análises para verificar a existência de sangue nas fezes como método de rastreio do cancro colorrectal.

Os resultados mostraram que um novo tipo de teste guaiacónico apresenta maior sensibilidade a adenomas e cancro e é de mais fácil interpretação que os mais antigos. Também três testes químico-imunes revelaram uma eficácia razoável, com destaque para a facilidade de utilização, embora sejam caros.

A equipa de investigação concluiu que “estes novos testes mais sensíveis (no caso dos guaiacónicos) devem ser usados no diagnóstico de qualquer paciente que apresente testes positivos, mas em concordância com a dieta e com recurso à colonoscopia”. E defende ainda que “os testes químico-imunes eliminam as dificuldades criadas pela dieta

e as restrições dos medicamentos, permitindo uma maior responsabilidade na uniformização dos métodos e no controlo da qualidade”.







## IDCA International Digestive Cancer Alliance Uma plataforma mundial de luta contra o cancro digestivo

OS CANCROS DO APARELHO DIGESTIVO constituem, devido à sua elevada incidência, um desafio para as sociedades científicas gastroenterológicas, os serviços de saúde, os doentes e as suas organizações.

Na verdade, os cancros digestivos são os cancros mais frequentes no mundo, surgindo 3 milhões de novos casos todos os anos, ocasionando 2,2 milhões de mortes.

A recentemente fundada International Digestive Cancer Alliance (IDCA) pretende ser uma estrutura supra-nacional de coordenação, criada com o intuito de potenciar recursos,



Prof. Anthony Axon (Presidente da European Society of Gastrointestinal Endoscopy) sendo recebido por Sua Santidade, o Papa João Paulo II.

umentar a sensibilização para este problema e apoiar as iniciativas de combate aos cancros digestivos.

A IDCA foi fundada por diversas organizações científicas:

- Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie;
- Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive;
- United European Gastroenterology Federation;
- European Society of Gastrointestinal Endoscopy;
- Cancer Research and Prevention Foundation of America;
- Union International Contre le Cancer.

Sua Santidade, o Papa João Paulo II declarou-se como patrono da ICDA, numa cerimónia realizada no Vaticano, e na qual estiveram presentes dezenas de organizações nacionais (entre as quais a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva). No seu discurso, o Papa agradeceu o empenho na luta pela prevenção dos cancros digestivos, e em especial do cancro do cólon e recto, e incitou todos os presentes a perseverar no esforço para informar o público de que o rastreio pode proporcionar uma vida melhor. Manifestou, também, a sua esperança que estas iniciativas recolham eco por todo o mundo, esperando que os media contribuam para o sucesso da campanha. O Papa terminou dizendo: "I will gladly pray for you and, as I commend your work to God, I give you my heartfelt blessing, which I gladly extend to your loved ones and to all those who work with you in this noble humanitarian mission".

O cancro do cólon e recto é o mais frequente dos cancros digestivos. Num encontro científico que precedeu a cerimónia com João Paulo II, peritos de todo o mundo debateram esta matéria e decidiram avançar com uma campanha mundial de sensibilização para a importância da doença, do seu rastreio e detecção precoce. Campanhas futuras da IDCA serão dedicadas ao cancro do estômago, esófago, fígado e pâncreas.

De entre as iniciativas da IDCA, destaca-se a declaração do mês de Março como o "Mês do Cancro Digestivo", um pretexto para a organização de iniciativas nacionais ou regionais por todo o mundo. Outras acções incluem a colaboração com instituições nacionais para a implementação de campanhas de sensibilização de luta contra o cancro do cólon e recto, e o grave problema do cancro gástrico na China.

### Comité Executivo da IDCA

#### Presidentes



Sidney Winawer (EUA)



Meinhard Classen (Alemanha)

#### Conselheiros

- Carolyn R. Aldigé (EUA)
- Anthony Axon (UK)
- Rikiya Fujita (Japão)
- Bernard Levin (EUA)
- Christa Maar (Alemanha)
- Alberto Montori (Itália)
- Paul Rozen (Israel)
- Robert Smith (EUA)
- Graeme Young (Austrália)

#### Tesoureiro

- Joseph Geenen (EUA)

#### Organização e Contacto

Medconnect

Bruennsteinstr. 10

81541 Munich, Alemanha

Tel: +49-89-4141 92 40

Fax: +49-89-4141 92 45

E-mail: idca@medc.de

# ENDOnews recomenda

## Gastrites

Editor convidado: J.M. Romãozinho

Este é o mais recente volume da colecção Biblioteca Gastrenterológica (Editor: Prof. F. Carneiro Chaves) dedicado ao tema das Gastrites.

A escolha do tema “teve dois objectivos: clarificar conceitos e trazer aos leitores da Biblioteca Gastrenterológica uma perspectiva actualizada de uma área em que existem ainda muitas incógnitas, mas em que os progressos têm sido notáveis”, afirma F. Carneiro Chaves, na introdução da obra.

O livro é editado pela Permanyer Portugal, com o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia e o apoio do laboratório Altana Pharma.



## Alimentação Saudável

### O livro das Sopas

Fundação Portuguesa de Cardiologia

A obra “Alimentação Saudável - O Livro das Sopas” engloba um conjunto de receitas de sopas saudáveis elaboradas por nove conhecidos chefes de cozinha portugueses.

Lançado pela Fundação Portuguesa de Cardiologia, com o apoio dos Laboratórios Bial, pretende ser um contributo para combater a obesidade e excesso de peso na população portuguesa, problemas cada vez mais acentuados devido a erros alimentares bem conhecidos. A iniciativa é complementada com a edição de fichas com receitas incluídas nesta publicação, que serão distribuídas em consultas médicas e acções de sensibilização.

## No Hospital das Brincadeiras

Autores: Cativar a Cores



Ajudar as crianças a ultrapassar os medos dos médicos e dos ambientes hospitalares, sensibilizar para a prevenção e hábitos saudáveis de alimentação e higiene, são os objectivos do CD-ROM interactivo “Vamos Brincar aos Médicos no Hospital das Brincadeiras”, recomendado

para crianças a partir dos 4 anos. Há 3 amigos para conhecer e 4 bonecos para levar ao médico. Cada um com o seu problema de saúde. Uma enfermeira que ajuda e um médico que responde às dúvidas. Um monstro que surpreende a cada instante. No final, o esforço é recompensado com uma prenda. Ao todo há 19 jogos para vencer, 13 cantigas, com possibilidade de karaoke, um glossário e uma visita guiada ao Hospital.

São parceiros no projecto a Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e a Associação Portuguesa de Surdos.



Sugestões dos Grandes Chefes de Cozinha para o Coração dos Portugueses

# Campanha de rastreio do cancro do cólon

## Novo folheto de sensibilização para a população



A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EDITOU uma versão reformulada do folheto para a população geral, relativo ao rastreio do cancro do cólon.

Trata-se duma publicação explicativa acerca de diversas questões relacionadas com esta patologia e que pretende sensibilizar a população-alvo para as vantagens de aderir ao rastreio.

Com o intuito de facilitar a comunicação e estimular o interesse, incluiu-se nesta nova edição uma banda desenhada criada propositada-

mente com este fim. Concomitantemente, reformulou-se o cartaz complementar adoptando aspectos formais e de conteúdo homogéneos com os do folheto desdobrável.

Os Colegas que desejarem obter folhetos e cartazes para informação aos seus doentes poderão solicitá-los à SPED, através do e-mail [spg.sped@mail.telepac.pt](mailto:spg.sped@mail.telepac.pt), do fax 21 799 55 38 ou para o endereço da nossa sede Av<sup>a</sup> António José de Almeida, n<sup>o</sup> 5F - 8<sup>o</sup>, 1000-042 Lisboa.

## CCR na web



<http://www.coloncancer.org.uk>

Site da Cólon Cancer Concern, uma organização britânica vocacionada para o esclarecimento e formação da população geral relativamente ao problema do cancro do cólon e recto.



<http://www.prevention.ch/lecancerducolon.htm>

Site da Ligue Suisse Contre le Cancer, com dados epidemiológicos acerca desta doença, referentes à Suíça.



<http://www.mtsinai.on.ca/familialgican/HNPCCFrancais/frhnpcc.html>

Um guia, em língua francesa, sobre o cancro do cólon hereditário. Integrado no site do Mount Sinai Hospital de Toronto, Canadá, é destinado à população em geral.



<http://www.meds.com/colon/colon.html>

Diversas ligações para páginas com informação sobre o cancro do cólon e recto. Textos dirigidos aos profissionais de saúde ou à população em geral.



<http://www.cdc.gov/cancer/colorct/calltoaction>

Página do National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA, com um conjunto de 49 slides para consulta ou "download" sobre o rastreio do cancro do cólon e recto.



# Dieta e cancro do cólon e recto

DE ENTRE OS FACTORES alimentares implicados na etiopatogénese do cancro do cólon e recto, tem sido encontrada uma correlação positiva com um consumo elevado de carne vermelha, consumo calórico total e álcool. Pelo contrário, a ingestão elevada de fibras, legumes, frutos, vitaminas A, C, E e ácido fólico poderão ter um efeito protector. Adicionalmente, a obesidade e o sedentarismo, cada vez mais prevalentes nas sociedades ocidentalizadas, têm sido consistentemente associados a um risco aumentado.

A “dieta mediterrânica” possui características que se adequam às recomendações de uma alimentação saudável: elevado consumo de produtos hortícolas, cereais, frutos frescos e leguminosas secas; baixo consumo de carnes vermelhas e derivados; utilização do azeite em detrimento de outras gorduras; consumo moderado de lacticínios, peixe e aves; temperos com alho, limão e ervas aromáticas em substituição do sal; ingestão de pequenas quantidades de frutos secos, sementes e azeitonas.

## Dieta Mediterrânica

### Borrego Assado com Molho do mesmo e Couve Portuguesa (10 pax)

#### Ingredientes:

*Para o Assado:* Perna de Borrego - 3 Kg • Louro - 2 folhas • Cebola - 500 gr

- Salsa - 250 gr • Vinho Branco - 1 dl • Mostarda Dijon - 100 gr • Tomilho - q.b.
- Colorau - 10 gr • Sal Marinho - q.b. • Pimenta de Moinho - q.b. • Azeite - 2,5 dl
- Vinagre de Vinho Tinto - 5 cl

*Para a Guarnição:* Couve Portuguesa - 1 Kg • Azeite Virgem - 1 dl • Sal Marinho - q.b.

- Pimenta de Moinho - q.b.

#### Confecção:

*Para o Assado:* Limpe a carne de gorduras excessivas e marine com pelo menos um dia de antecedência, com uma pasta de alho e mostarda. Barre as pernas de borrego e regue-as com vinho branco.

Coloque a assar sobre uma cama de cebola, alho laminado, louro, salsa e tomilho.

Ao longo da cozedura, regue com vinho branco.

*Para a Emulsão do Assado:* Depois do assado, retire o fundo e triture-o, emulsione com azeite virgem extra, vinagre de vinho tinto e rectifique de temperos. Reserve.

Desosse as pernas de borrego e desfie grosseiramente a carne.

*Para a Guarnição:* Lave e escale as couves

portuguesas. No momento do empratamento, salteie com azeite e alho.

Coloque batata a assar, cortada em gomos grosseiros, temperada de sal, pimenta, colorau e regue com azeite.

Quando assada, coloque no mixer para obter um puré. Prepare o azeite de tomilho (ver receita respectiva - Emulsões).

#### Empratamento:

Coloque no centro do prato as couves salteadas, sobreponha a carne lascada, e por fim, termine a montagem com o puré, tendo a ajuda de uma forma redonda.

Tempere com o molho do assado.

Aromatize com azeite de tomilho.

Decore com uma haste de tomilho.

pelo chefe Vítor Sobral in [www.casadoazeite.pt](http://www.casadoazeite.pt)



## Casos endoscópicos

# Hemorragia varicosa torrencial

L.A.S.L., SEXO MASCULINO, 51 ANOS, transportado ao Serviço de Urgência por hematemese e melenas, com choque hipovolémico. Avaliação analítica à entrada: hemoglobina 6 gr/dl, protrombinemia 60%.

Primeiro episódio hemorrágico em doente com antecedentes de etilismo crónico. Hepatopatia crónica na classe A de Child-Pugh.

Após recuperação hemodinâmica (transusão sanguínea + octreótido em bólus e infusão contínua) realizámos EDA:

- varizes esofágicas grau II;
- ponto de rotura aos 35cm dos incisivos com hemorragia de alto débito em variz das 5 h (fig. 1);
- hemorragia debelada com escleroterapia com álcool absoluto (total de 4 cc, em várias picadas, naturalmente a jusante do ponto de rotura, desde o cárdia. Vide Fig. 2 - agulha de esclerose junto do jacto hemorrágico; Fig. 3 - conseguida hemostase, variz edemaciada com o ponto de rotura evidente.

Total transfusional de 4 + 2 unidades de glóbulos vermelhos.

Controlo endoscópico aos 7 dias: escara superficial, em reepitelização, com redução acentuada do volume das varizes.

Alta, referenciado à consulta externa, para inclusão em protocolo de controlo e terapêutica endoscópica electiva de varizes esofágicas. Hb 11,6 gr/dl; protromb. 67%.

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

Serviço de Gastrenterologia  
Hospital de S. Teotónio, Viseu

### 1º Prémio do Concurso de Fotografia Endoscópica da SPED - Edição 2003

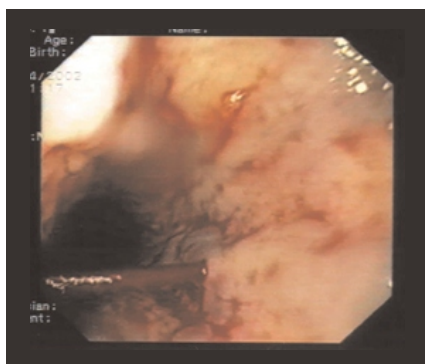


Fig. 1

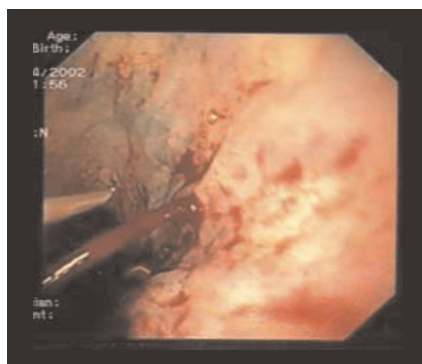


Fig. 2

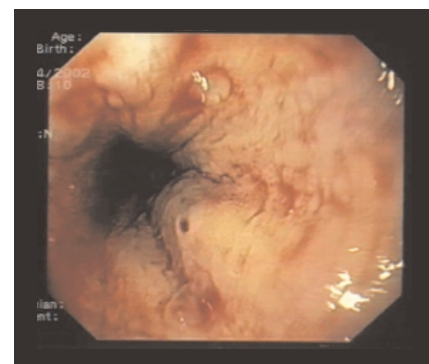
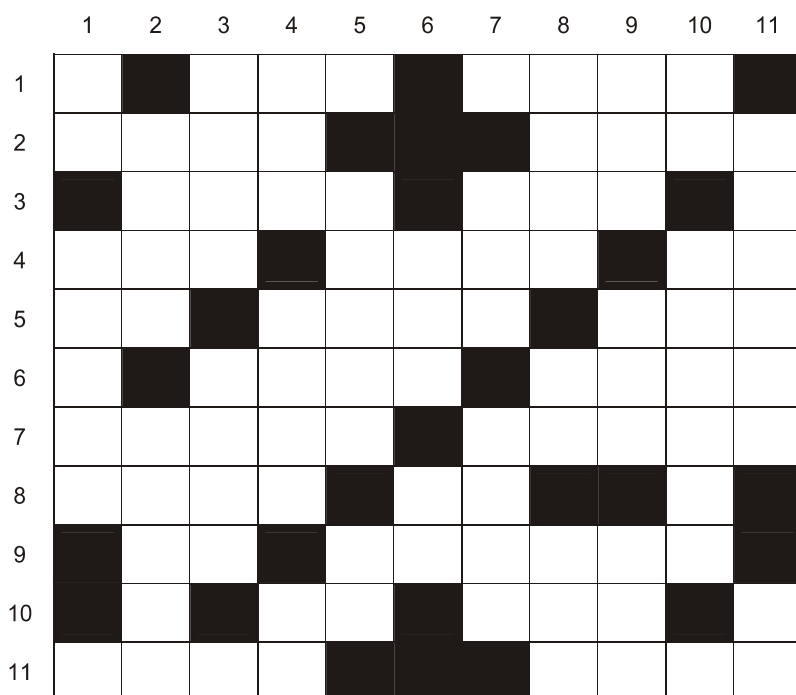


Fig. 3

w w w . s p e d . p t

## ENDOCruzadas



### Horizontais

1. Punho de arado. Cura. 2. Trituro. Instrumento para flutuação.
3. Líquido para infusão endo-venosa. Lavra. 4. Parceiro. Parede. Avenida (abrev.). 5. Aquelas. O da Universidade de Coimbra chama-se "cabra". Para barlavento. 6. Flecha. Utilizar. 7. Torna mais caro. Estivera apaixonado. 8. Trabalha. Você. 9. Símbolo do sódio. Variedade de enchido. 10. Trás, na linguagem naval. Unidade de tempo. 11. Leito. Burro.

### Verticais

1. Está por todo o lado. Armazém de munições. 2. Parte do corpo dum animal que serve para o voo (pl.). Designação dum corpo policial angolano (singular). 3. Impulso. Material dos fios de sutura para a pele. 4. Colocar. Ser no futuro. Batráquio. 5. Olvide. Catedral. 6. Junte. O início de taça. 7. Anel. Recinto onde se recebe uma lição. 8. Tiro a tampa. Menos que dois. Nome de mulher. 9. Morda com os dentes. Parte mais lateral do avião. Pedra de moleiro (pl.). 10. Ui!. Aviso de emergência. 11. Alvorece. Roda de moinho.

Horizontal: 1. Apo. Sara. 2. Ralo. Bola. 3. Soro. Ara. 4. Par. Muro. Av. 5. As. Sino. Aló. 6. Seta. Usar. 7. Onera. Amara. 8. Lida. Tu. 9. Na. Salame. 10. Re. Ano. 11. Cama. Asno. Vertical: 1. Ar. Paol. 2. Asas. Níng. 3. Alor. Seda. 4. Por. Sera. Ra. 5. Omíta. Se. 6. Una. Ta. 7. Aro. Aulá. 8. Abro. Um. Ana. 9. Roa. Asa. Mós. 10. Al. Alame. 11. Alvorá. Mo.

# Agenda

## **IX Jornadas de Medicina Gastroenterológica a Sul do Douro**

### **Encontro de Gastroenterologia e Clínica Geral**

Espinho, 26 e 27 de Setembro de 2003

Tel: 227842875

## **6th World WONCA Rural Health Conference - Pós-conferência**

Gerês, 27 a 30 de Setembro de 2003

Tel. 217615250

## **8º Congresso Nacional de Medicina Familiar**

28 a 30 de Setembro de 2003

Tel. 217615250

## **Curso de Metodologias de Planeamento para Aplicação a Projectos de Intervenção na Saúde**

Lisboa, 6 a 17 de Outubro

Tel: 218427100

## **Início do Curso de Mestrado em Saúde Pública**

Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 8 de Outubro

## **Annual Scientific Meeting of the American College of Gastroenterology**

Baltimore, 10 a 15 de Outubro de 2003

[www.acg.gi.org](http://www.acg.gi.org)

## **XVIII Reunião Anual do Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais**

Mirandela, 24 a 26 de Outubro de 2003

[www.nghd.pt](http://www.nghd.pt)

## **XVIII Jornadas de Medicina Geral e Familiar de Coimbra**

Coimbra, 29 a 31 de Outubro de 2003

Tel. 239484287

## **United European Gastroenterology Week**

Madrid, 1 a 5 de Novembro de 2003

[www.uegf.org](http://www.uegf.org)

## **VI Congresso Venezuelano de Medicina Familiar**

### **“Medicina Familiar, especialidade do primeiro nível de cuidados e pedra angular da prática ambulatoria”**

Venezuela, 4 a 8 de Novembro de 2003

Tel. 58-212-263-9733

## **Reunião de Consenso – Carcinoma do Pâncreas**

Vilamoura, 14 e 15 de Novembro de 2003

Tel. 217995530

## **13th World Congress of the International Association of Surgeons & Gastroenterologists**

Estoril, 3 a 6 de Dezembro de 2003

Tel. 214576845

## **3º Curso de Endoscopia Digestiva da SPED**


Lisboa, 22 e 23 de Abril de 2004

Tel. 217995530

## **XXIV Congresso Nacional de Endoscopia Digestiva**

Figueira da Foz, 2 a 5 de Junho de 2004

Tel. 239701517



Qualidade de vida  
num abrir