

imagiológicos previamente à EC com o objectivo de excluir uma estenose apresenta, actualmente, alguma controvérsia. Um estudo português recentemente publicado⁷ conclui que estenoses ulceradas que condicionaram retenção da cápsula foram significativamente mais frequentes num subgrupo de doentes com marcadores inflamatórios positivos, sendo os exames imagiológicos pouco sensíveis na identificação de lesões estenosantes.

A elevada sensibilidade, mas essencialmente, um elevado VPN sugerindo a alta probabilidade de não existir doença em doentes que não apresentam alterações endoscópicas são, na nossa opinião, os dados mais importantes a reter deste estudo.⁷ A selecção de doentes para realização de EC deve ser criteriosa. Atendendo às conclusões deste e de outros estudos recentemente publicados^{4,7}, a presença de dor abdominal de etiologia desconhecida não deve ser critério isolado de indicação para realização de EC.

Segundo dados da literatura, confirmados por este estudo, o *Score de Lewis* poderá ter utilidade no diagnóstico da DC do intestino delgado.

Não há, até à data um *score* devidamente validado com estudos prospectivos que permita uma valorização uniformizada dos achados da EC no diagnóstico da DC.⁸

Tendo por base o objectivo deste trabalho, seria interessante a realização de um estudo prospectivo e multicêntrico que permitisse a inclusão de um maior número de doentes.

REFERÊNCIAS

1. Rosa B, Moreira MJ, Rebelo A, et al. Enteroscopia por cápsula na suspeita de Doença de Crohn: Há lugar para o *Score de Lewis* na prática clínica? *GE – J Port Gastrenterol* 2010;6:248-254.
2. Gralnek IM, Defranchis R, Seidman E, et al. Development of a capsule endoscopy scoring index for small bowel mucosal inflammatory change. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;7:146-154.
3. Chermesh I, Eliakim R. Capsule endoscopy in Crohn's disease - Indications and reservations 2008. *J Crohn's Colitis* 2008;2:107-113.
4. Lewis BS. Expanding role of capsule endoscopy in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2008;14:4137-4141.
5. Bar-Meir S. Review article: capsule endoscopy - are all small intestinal lesions Crohn's disease? *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:19-21.
6. Westerhof J, Weersma RK, Koornstra JJ. Risk factors for incomplete small-bowel capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2009;69: 74-80.
7. Figueiredo P, Almeida N, Lopes S, et al. Small-Bowel capsule endoscopy in patients with suspected crohn's disease - diagnostic value and complications. *Diagn Ther Endosc* 2010;2010:101284.
8. Bourreille A, Ignjatovic A, Aabakken L, et al. Role of small-bowel endoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease: an international OMED-ECCO consensus. *Endoscopy* 2009;41:618-637.

O Lugar do *Score de Lewis* na Doença de Crohn

The Position of Lewis' Score in Crohn's Disease

Rolando Taveira Pinho¹

Li com grande interesse o artigo intitulado “*Enteroscopia por cápsula na suspeita de doença de Crohn: Há lugar para o *Score de Lewis* na prática clínica?*”¹, de Rosa B et al do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães.

Trata-se de um estudo que avalia a capacidade do *Score de Lewis* (SL) predizer o diagnóstico de doença de Crohn (DC) em doentes estudados por enteroscopia por cápsula (EC).

Foram avaliados retrospectivamente 30 doentes consecutivos submetidos a EC por suspeita de DC. Destes, 19 apresen-

tavam os critérios definidos pela ICCE² para realização de EC por suspeita de DC (sintomas gastrointestinais e pelo menos um dos seguintes: manifestações extra-intestinais, marcadores inflamatórios ou alterações imagiológicas). Os restantes 11 tinham apenas sintomas gastrointestinais. Foi calculado o SL para cada exame e diagnosticada DC em 10 doentes, após 16 ± 10 meses de seguimento. Os autores avaliaram a capacidade do SL predizer DC na sua série.

Vários factores contribuem para que os estudos de EC na DC sejam de difícil execução e interpretação.

¹ Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; E-mail: rolandopinho@gmail.com.

Existe grande variabilidade na descrição, valorização e interpretação dos achados de EC. A necessidade de padronizar a observação dos achados levou à criação de uma terminologia estruturada, a CEST – *Capsule Endoscopy Structured Terminology*³. Baseando-se nesta terminologia, e com o objectivo de graduar a actividade inflamatória da DC no intestino delgado, foi desenvolvido o SL que valoriza o edema vilositário, as úlceras e as estenoses⁴. Para cada um destes parâmetros, o SL valoriza de forma objectiva e bem definida o número, a extensão longitudinal e um discriminador. Mesmo assim, *Gralnek et al* tiveram apenas concordâncias moderadas para os diferentes achados: 76% para o edema vilositário, 84% para as úlceras e 79% para as estenoses, com *scores kappa* respectivamente de 0,48, 0,66 e 0,58.

Por outro lado, não existe nenhum *gold standard* para o diagnóstico de DC. Este baseia-se num conjunto de dados clínicos, endoscópicos, histológicos, radiológicos e bioquímicos. Os próprios achados da EC são difíceis de valorizar para o diagnóstico, já que podem ser encontradas erosões ou outras alterações minor em até 13% dos indivíduos assintomáticos⁵. Além disso, os achados habitualmente observados na DC também podem ser observados noutras entidades clínicas, sejam infecciosas, isquémicas, auto-imunes ou tóxicas, como a enteropatia por AINEs⁶. O SL gradua a actividade inflamatória em qualquer destes processos inflamatórios, embora seja incapaz de fazer o seu diagnóstico ou discriminação³.

Tem, no entanto, interesse no diagnóstico da DC, quando usado no contexto clínico adequado. Ou seja, na presença de uma história clínica e apresentação sugestiva, bem como de exames laboratoriais, patológicos e imagiológicos compatíveis⁷.

É esta selecção do contexto clínico adequado que permite a Rosa B *et al* avaliar o SL na predição da DC. Os autores seleccionaram doentes com suspeita de DC e sem medicação com AINEs/AAS no mês anterior ao exame. Idealmente deveriam apenas ser considerados para o estudo doentes que cumprissem os critérios definidos pela ICCE, o que tornaria a amostra mais homogénea. Este facto é importante, porque condiciona significativamente a probabilidade pré e pós-teste de DC (apenas um doente do grupo 1 apresentou DC no *follow-up*), sendo determinante no cálculo do valor preditivo positivo e negativo⁸.

Outra condicionante, inevitável no estudo de Rosa B *et al*, é o facto dos achados da EC (determinantes para o cálculo do SL) influenciarem a abordagem diagnóstica subsequente e consequentemente o diagnóstico final. A inexistência de um *gold standard* para a DC, também dificulta a determinação da sensibilidade e especificidade dos métodos de diagnóstico em estudo. Estas limitações, que são comuns à generalidade dos estudos publicados nesta matéria, tornam difícil a sua valorização e comparação⁶.

Refere-se, ainda, a importância da ileoscopia retrógrada na avaliação inicial destes doentes, conforme demonstrado noutros estudos⁹. Na série de Rosa B *et al* não foi realizada ileoscopia em 23% das colonoscopias iniciais (eventualmente por serem externas à instituição dos autores). Conforme constatado no se-

guimento, a ileoscopia permitiu o diagnóstico em 3/10 doentes, reforçando a sua importância perante a suspeita de DC.

A resposta à pergunta do título dos autores – “Há lugar para o *Score de Lewis* na prática clínica” – é claramente afirmativa. Apesar das limitações dos estudos de EC na DC anteriormente expressas, o SL permite uma avaliação objectiva com reprodutibilidade moderada das alterações inflamatórias na DC. Neste contexto, torna-se numa ferramenta objectiva para monitorizar a evolução da doença e a resposta à terapêutica, como por exemplo na avaliação da cicatrização mucosa, à semelhança do CDEIS¹⁰ (*Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity*). A quantificação dos achados que o SL permite é fundamental em estudos de investigação e pode ser útil na comunicação objectiva dos achados ao médico assistente do doente. Utilizado num contexto clínico adequado, conforme demonstrado pelos autores, poderá também contribuir para estabelecer o diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS

1. Rosa B, Moreira MJ, Rebelo A, *et al*. Enteroscopia por cápsula na suspeita de doença de Crohn: Há lugar para o score de Lewis na prática clínica? *GE – J Port Gastreterol* 2011;6:248-254.
2. 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. *Endoscopy* 2007;39:895-909.
3. Korman LY, Delvaux M, Gay G, *et al*. Capsule endoscopy structured terminology (CEST): proposal of a standardized and structured terminology for reporting capsule endoscopy procedures. *Endoscopy* 2005;37:951-959.
4. Gralnek IM, Defranchis R, Seldman E, *et al*. Development of a capsule endoscopy scoring index for small bowel mucosal inflammatory change. *Aliment Pharm Ther* 2008;27:146-154.
5. Goldstein J, Eisen GM, Lewis B, *et al*. Video capsule endoscopy to prospectively assess small bowel injury with celecoxib, naproxen plus omeprazole, and placebo. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:133-141.
6. Yousfi MM, De Petris G, Leighton JA, *et al*. Diaphragm disease after use of nonsteroidal anti-inflammatory agents: first report of diagnosis with capsule endoscopy. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:686-691.
7. Muñoz-Navas M. Capsule endoscopy. *World J Gastroenterol* 2009;15:1584-1586.
8. Swaminath A, Legnani P, Kornbluth A. Video capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: past, present, and future redux. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1254-1262.
9. Geboes K, Ectors N, D'Haens G, *et al*. Is ileoscopy with biopsy worthwhile in patients presenting with symptoms of inflammatory bowel disease? *Am J Gastroenterol* 1998;93:201-206.
10. Mary J, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. Groupe d'Etudes Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID). *Gut* 1989;30:983-989.