

Enteroscopia por Cápsula na Suspeita da Doença de *Crohn*: Há Lugar para o *Score* de *Lewis* na Prática Clínica?

Diagnosis of Crohn's Disease by Capsule Enteroscopy: Is there a Role for Lewis Score in Clinical Practice?

Bruno Rosa, Maria João Moreira, Ana Rebelo, José Cotter

Em resposta à Carta ao Editor publicada pela Dr.^a Ana Caldeira:

As dificuldades inerentes à relativa complexidade do cálculo do *Score* de *Lewis* (SL) e consequente limitação da sua aplicabilidade na prática clínica, encontram-se actualmente minimizadas, uma vez que as versões mais recentes do *software* informático *RAPID Reader*[®] utilizado nos exames realizados com a *PillCam*[®] SB da *Given*[®], inclui um separador *Score* ou “*Escala*”, que permite o cálculo automático do SL. Para isso é apenas necessário seleccionar, a partir de uma grelha de preenchimento rápido e intuitivo, o tipo de lesões detectadas em cada tercil do intestino delgado e as suas características (Fig. 1).

Relativamente à taxa de exames incompletos registada na nossa série, ela não é substancialmente diferente dos valores publicados na literatura (cerca de 20%).^{1,2} Vários estudos investigaram possíveis factores que contribuem para a ocor-

rência de uma enteroscopia por cápsula (EC) incompleta, com resultados e conclusões variáveis.^{3,4} Alguns estudos concluíram que o aumento do tempo de trânsito gástrico se encontrava associado a um maior risco de enteroscopia incompleta⁴. No entanto, o benefício da utilização de fármacos procinéticos ou manobras posicionais para diminuir a taxa de exames incompletos é controverso, não existindo recomendações que suportem a sua utilização⁵. Existem inclusivamente estudos em que a sua utilização é desencorajada neste contexto, uma vez que a sua utilização é desincentivada neste contexto, uma vez que a consequente diminuição do tempo de trânsito da cápsula no intestino delgado se associou uma menor acuidade diagnóstica.⁶

Na série que publicamos, verificou-se uma taxa de exames incompletos de 33% (10 doentes), que ficou a dever-se não a um aumento do tempo de trânsito gástrico da cápsula, que foi inferior a 45 minutos em todos os doentes, mas ao atraso na progressão ou retenção da cápsula endoscópica em segmentos do intestino delgado com edema e/ou estenose inflamatória, em doentes em que foi estabelecido o diagnóstico de DC durante o *follow-up*. O mesmo se verificou em outros estudos realizados em doentes com DC, suspeita ou estabelecida.^{7,8} O diagnóstico de DC foi estabelecido em 6 dos 10 doentes com EC incompleta. A não visualização do ileon terminal nestes doentes não nos parece ter afectado negativamente, de forma significativa, a informação fornecida pela cápsula endoscópica, uma vez que, por um lado, apenas um dos doentes (10%) não tinha uma ileoscopia prévia realizada aquando da colonoscopia, e por outro, na maioria dos doentes (83%, ou seja, 5 dos 6 doentes) as lesões detectadas pela cápsula endoscópica, responsáveis pelo atraso na sua progressão, foram suficientes para conferir aos respectivos exames um SL superior a 790, correspondente ao grau mais elevado de actividade inflamatória (moderada a severa). Assim, lesões adicionais a jusante não iriam reclassificar o nível de actividade inflamatória, ainda que pudessem eventualmente contribuir para aumentar o valor absoluto do SL.



Fig. 1. Cálculo automático do *Score* de *Lewis* no menú “*score*” do programa *Rapid Reader*[®]

Relativamente aos 4 doentes em que o exame foi incompleto e não foi estabelecido o diagnóstico de DC durante o *follow-up*, num deles a cápsula ficou retida numa estenose ulcerada posteriormente submetida a exérese cirúrgica, que não apresentou características sugestivas de DC; os restantes três doentes apresentavam um SL = 0 e durante o *follow-up* mantiveram os seus sintomas controlados sem terapêutica específica e com marcadores inflamatórios analíticos persistentemente negativos.

Relativamente às conclusões do estudo, para além do elevado valor preditivo negativo (VPN), traduzido pela alta probabilidade de, em doentes com suspeita de DC e colonoscopia com ileoscopia normal, não existir DC na ausência de alterações endoscópicas na EC, os autores sublinham que o *cut-off* de 135 se revelou o mais adequado na valorização da actividade endoscópica, uma vez que o *cut-off* de 790 diminuiu substancialmente o VPN e a Sensibilidade da EC neste contexto.

REFERÊNCIAS

1. Eliakim R. Video capsule endoscopy of the small bowel. *Curr Opin Gastroenterol* 2010;26:129-133.

2. Ladas SD, Triantafyllou K, Spada C, *et al.* ESGE recommendations on VCE in investigation of small-bowel, esophageal, and colonic diseases. *Endoscopy* 2010;42:220-227.
3. Lee M, Jacques A, Lam E, *et al.* Factors associated with incomplete small bowel capsule endoscopy studies. *World J Gastroenterol* 2010;16:5329-5333.
4. Westerhof J, Weersma RK, Koornstra JJ. Risk factors for incomplete small-bowel capsule endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2009;69:74-80.
5. Buscaglia J, Kapoor S, Clarke J, *et al.* Enhanced diagnostic yield with prolonged small bowel transit time during capsule endoscopy. *Int J Med Sci* 2008; 5:303-308.
6. Postgate A, Tekkis P, Patterson N, *et al.* Are bowel purgatives and prokinetics useful for small-bowel capsule endoscopy? A prospective randomized controlled study. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:1120-1128.
7. Gurudu S, Umar S, Leighton J, *et al.* Predictors of incomplete small bowel capsule endoscopy. *ACG* 2009; Abstract P958.
8. Rosa B, Moreira MJ, Rebelo A *et al.* Capsule endoscopy transit time and risk of retention in Crohn's disease. *UEGW* 2010; Abstract P1388. *Endoscopy* 2010;42:A385.

Em resposta à Carta ao Editor publicada pelo Dr. Rolando Pinho:

À semelhança de outros trabalhos publicados,^{1,2} verificámos também na nossa série³ que a forma de apresentação da doença influencia a probabilidade de detecção de actividade inflamatória na enteroscopia por cápsula (EC) e a probabilidade de diagnóstico de doença de Crohn (DC) durante o *follow-up*. A inclusão de doentes com diferentes níveis de suspeita de DC permitiu-nos avaliar, para cada grupo, a relevância da informação fornecida pela cápsula endoscópica, verificando-se que a selecção de doentes com suspeita de DC para a realização de EC deve ser criteriosa e reservada aos doentes que cumpram os critérios da *International Conference on Capsule Endoscopy* (ICCE).⁴

A inexistência de um *gold standard* para a DC obriga a uma criteriosa integração de múltiplas variáveis de ordem clínica, analítica, imagiológica, endoscópica e histológica, de modo a que cada uma delas possa ser valorizada individualmente. Embora a EC não se sobreponha à avaliação clínica integrada, nem permita ultrapassar a avaliação endoscópica convencional, permanecendo a colonoscopia com ileoscopia

como o exame endoscópico de primeira linha na suspeita de DC,⁵ pode em determinadas situações acrescentar informação diagnóstica com implicações relevantes, tal como esta nossa série pretende demonstrar.

REFERÊNCIAS:

1. Chermesh I, Eliakim R. Capsule endoscopy in Crohn's disease - indications and reservations. *J Crohn's Colitis* 2008;2:107-113.
2. Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, *et al.* Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut* 2008;57:125-136.
3. 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;17:248-254
4. 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.
5. Solem CA, Loftus Jr EV, *et al.* Small-bowel imaging in Crohn's disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. *Gastrointest Endosc* 2008;68:255-266.