

# Relevância dos Achados da Enteroscopia por Cápsula no Diagnóstico de Doença de Crohn

## *Relevance of Findings by Capsule Enteroscopy in the Diagnosis of Crohn's Disease*

Ana Caldeira<sup>1</sup>

O artigo publicado por B. Rosa *et al* sobre a utilidade do *Score* de Lewis no diagnóstico da Doença de Crohn (DC) foca vários aspectos que merecem alguns comentários.<sup>1</sup>

O advento da enteroscopia por cápsula (EC) permitiu a observação directa e completa do intestino delgado; contudo, o papel desta investigação e a relevância dos seus achados na abordagem do doente com suspeita de DC permanecem pouco definidos.

O primeiro desafio deste trabalho resulta da inexistência, de um teste *gold-standard* para o diagnóstico de DC, o que condiciona de imediato algumas dificuldades na avaliação de qualquer exame que se pretenda que possa vir a ocupar este lugar. O desafio é ainda acrescido pela inespecificidade dos achados endoscópicos que são sugestivos da DC. Outras entidades como doença celíaca, enterite rádica, enterite por AINEs, patologia infecciosa, isquémica ou alérgica podem mimetizar alterações endoscópicas na enteroscopia idênticas à DC.<sup>2</sup> Num processo semelhante ao que conduziu ao desenvolvimento do *Crohn's Disease Activity Index*, que resultou da necessidade de estruturar uma medida objectiva que quantificasse a actividade clínica da doença, também no caso da enteroscopia houve necessidade de encontrar uma forma objectiva de valorizar os seus achados no contexto da DC.<sup>2</sup> A tentativa de uniformização dos critérios utilizados bem como a necessidade de utilizar a “mesma” linguagem entre clínicos conduziu à criação do *Score* de Lewis (SL).<sup>3-5</sup>

Os autores apresentam resultados muito favoráveis na aplicação do SL no diagnóstico de DC. O valor obtido no SL apresentou boa correlação com o diagnóstico de DC. Para um *cut-off* de 135, obteve-se um Valor Preditivo Positivo de 75% e Valor Preditivo Negativo de 94% quando o SL é superior e inferior àquele valor, respectivamente. Demonstrou, ainda, uma sensibilidade de 90% e especificidade de 85% para o

diagnóstico de DC. Estes resultados reforçam a hipótese de este *score* poder vir a ser de grande utilidade no diagnóstico da DC contudo, a dificuldade no seu cálculo apresenta-se como uma desvantagem importante quando aplicado à prática clínica.

A elevada percentagem de doentes (cerca de 33% correspondendo a 10 doentes) em que a cápsula não atingiu o cego no tempo de duração da bateria remete para a eventual vantagem na utilização de procinético ou utilidade de manobras posicionais, como o decúbito lateral direito na primeira hora após a deglutição da cápsula, como formas de abreviar o tempo de passagem gástrico, que segundo alguns autores é um dos factores que mais amiúde impede o exame completo.<sup>6</sup> No mesmo ponto, parece-me relevante reflectir sobre a possibilidade de existência de lesões no segmento distal do íleon destes doentes, que não terá sido observado, sendo este o segmento mais frequentemente atingido pela doença. Poderá questionar-se se o facto de a cápsula ter permanecido mais tempo no intestino delgado não aumenta a probabilidade de haver alterações a nível do íleon distal que não foram observadas. Desta forma, nestes doentes o SL poderia ter sido infravalorizado com implicações nos resultados. No artigo apenas podemos perceber que em 4 destes doentes houve permanência da cápsula durante um período superior a 15 dias e que em todos eles havia alterações da mucosa, mas ficamos sem conhecer o SL respectivo. Em relação aos restantes 6, esta pergunta não é respondida mas parece-me fundamental o seu esclarecimento.

Em relação aos 4 casos de retenção da cápsula, o autor reconhece que se trata de uma percentagem muito elevada comparada com os resultados encontrados na literatura,<sup>3,4,7</sup> contudo é esclarecido que os doentes tinham realizado estudo radiológico prévio sem alterações. A recomendação de realização de estudos

<sup>1</sup>Local de Trabalho: Serviço de Gastrenterologia – Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco; E-mail: ailpcaldeira@gmail.com.

imagiológicos previamente à EC com o objectivo de excluir uma estenose apresenta, actualmente, alguma controvérsia. Um estudo português recentemente publicado<sup>7</sup> 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.<sup>7</sup> A selecção de doentes para realização de EC deve ser criteriosa. Atendendo às conclusões deste e de outros estudos recentemente publicados<sup>4,7</sup>, 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.<sup>8</sup>

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.