

Enteroscopia por vídeo-cápsula – A fase da maioria

Capsule enteroscopy – The majority phase

Pedro Narra Figueiredo¹

A investigação endoscópica do intestino delgado foi, até ao início da década anterior, o parente pobre da Gastrenterologia. De facto, e contrariamente ao que acontecia com o tracto digestivo alto e com o cólon, a observação deste segmento do tubo digestivo estava longe de ser satisfatória, fruto quer de uma localização remota em relação à boca e ao ânus, quer de um elevado comprimento e de uma livre mobilidade na cavidade peritoneal.

O advento da vídeo-cápsula endoscópica (VCE) veio alterar, de forma radical, este panorama. Para tal contribuíram as já expressas limitações na exploração do intestino delgado que existiam até então, bem como as características desta tecnologia revolucionária, que tornou possível a colheita de imagens de boa qualidade com um mínimo desconforto para o paciente¹⁻³. Sem surpresa, assistiu-se à rápida afirmação da enteroscopia por cápsula, procedimento hoje disponível em muitos serviços de gastrenterologia no nosso país.

No entanto, como todas as técnicas de diagnóstico, apresenta limitações que vão desde a impossibilidade de colheita de biopsias ou de realização de terapêutica, até à dificuldade em localizar eficazmente as lesões, passando pelo seu ainda hoje elevado custo. Neste contexto, a existência de orientações, nacionais ou internacionais, que nos guiem e nos informem sobre a evidência existente na literatura referente a esta tecnologia é da maior relevância, permitindo relegar para segundo plano aquela que possa ser a experiência de cada um⁴.

O diagnóstico etiológico da hemorragia digestiva de causa obscura, definida como a hemorragia de causa desconhecida que persiste ou recorre após endoscopia digestiva alta e colonoscopia negativas⁵, é a mais frequente indicação para o estudo endoscópico do intestino delgado⁶. É hoje consensual que o exame de primeira linha na avaliação dos pacientes com este tipo de sangramento passa pela realização de uma enteroscopia com VCE⁴, metodologia que permite a detecção de lesões no intestino delgado em cerca de 70% dos casos, uma taxa muito superior à relatada para outras metodologias⁷.

Relativamente à utilidade da VCE no contexto do estudo dos pacientes com suspeita clínica de Doença Inflamatória do Intestino (DII), o grau de evidência é menor⁴. Tal resulta da inexistência de unanimidade não só quanto ao que deve ser entendido como “suspeita clínica de DII”, o que tem implicações na selecção dos pacientes, mas também quanto

aos achados endoscópicos que deverão ser considerados indicativos da existência de DII. Na comparação entre a observação endoscópica com cápsula e exames imagiológicos, designadamente com o trânsito baritado ou com a enteroclise por TC, a vantagem parece estar do lado da endoscopia⁸. A superioridade da VCE relativamente a métodos imagiológicos está em relação com a sua superior capacidade para detectar pequenas alterações da mucosa. A utilização da VCE nesta indicação deverá ser ponderada tendo em atenção o risco de retenção relacionado com a existência de estenose não diagnosticada previamente⁹.

A VCE poderá igualmente ser utilizada em pacientes com o diagnóstico prévio de Doença de Crohn, designadamente tendo em vista a avaliação da cicatrização da mucosa em pacientes submetidos a terapêutica imunossupressora¹⁰, no diagnóstico da recorrência após ressecção¹¹ ou quando existem sintomas inexplicados¹². Deve assinalar-se que, nesta indicação, a taxa de retenção da cápsula é ainda mais elevada do que entre os pacientes com suspeita de DII, podendo atingir 13%¹³.

As neoplasias do intestino delgado são relativamente raras, constituindo 1 a 3% dos tumores do tubo digestivo. Numa série recentemente publicada, este diagnóstico foi estabelecido em 2,4% dos 5129 pacientes submetidos a VCE, na maioria das vezes manifestando-se por sangramento¹⁴. A complementaridade com a enteroscopia com duplo-balão assume aqui particular relevância, permitindo a colheita de biopsias e/ou a realização de procedimentos terapêuticos¹⁵.

O artigo “Enteroscopia por vídeo-cápsula na prática clínica. Experiência dos primeiros 5 anos e 528 exames de um Centro Hospitalar e revisão da literatura” da autoria de Pedro Barreiro e col. que se publica neste número do GE-Jornal Português de Gastrenterologia dá conta da experiência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, na realização desta técnica. A análise inclui uma vasta casuística, sendo de assinalar, desde logo, o persistente aumento do número de exames realizados ao longo do período considerado.

Merecedor de referência é a elevada taxa de achados ao alcance da endoscopia convencional (13,7%), incluindo uma neoplasia do cego. Este facto prende-se, seguramente, com a circunstância de o serviço de onde o trabalho é oriundo funcionar como centro de referência. Esta questão põe-se com particular pertinência tendo em conta que, a por vezes preconizada repetição da endoscopia digestiva alta e da colonoscopia a preceder o exame por VCE, se realizada de

¹Presidente do Grupo Português de Estudo do Intestino Delgado; Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; E-mail: pnf11@sapo.pt

forma sistemática, acarretaria uma sobrecarga importante para os serviços que referenciam e eventuais complicações para os doentes. Por outro lado, o elevado custo da enteroscopia por cápsula impõe aos serviços que realizam esta técnica uma atenção acrescida à história clínica e aos exames complementares previamente realizados, devendo a sua repetição ser solicitada aos serviços requisitantes no caso de existirem dúvidas quanto aos achados aí relatados.

A taxa de enteroscopias totais conseguidas, tema que na fase inicial de implementação desta técnica constituía uma óbvia preocupação, está hoje em dia muito mitigada graças a avanços técnicos conseguidos pelo fabricante, conforme referido pelos autores (6,8% de exames incompletos em 2010).

A principal indicação foi, de longe, a hemorragia digestiva de causa obscura, causada principalmente por angiectasias, o que está de acordo com o relatado na literatura internacional. A segunda indicação mais frequente foi a Doença de Crohn, quer na suspeita de presença da doença quer nos casos de doença já conhecida. A realização da enteroscopia teve impacto na terapêutica, levando a uma mudança do tratamento em 42% dos casos. Quanto à questão da retenção, assunto obrigatório neste contexto, não se deu, contrariamente ao esperado, em nenhum dos casos de doença conhecida, mas sim num caso em que havia suspeita de existência da doença. A presença de estenoses tinha sido previamente excluída pelos estudos imagiológicos, o que mais uma vez ilustra a falibilidade da Imagiologia nesta indicação, sendo fundamental a conjugação da clínica com a presença de parâmetros analíticos marcadores de inflamação.

Quanto às restantes indicações, salienta-se o grupo em que havia suspeita de pólipos ou tumor, grupo em que a VCE forneceu informações diagnósticas úteis em 30,3% dos casos. Conforme foi comprovado pelos autores, a enteroscopia por VCE será, porventura, de fraca utilidade no diagnóstico etiológico da dor abdominal como sintoma único.

Esta série agora publicada por Pedro Barreiro e col.¹⁶ é mais uma prova de que a enteroscopia por VCE atingiu a maioridade, sendo hoje uma técnica indispensável, com um lugar bem definido no âmbito da investigação diagnóstica de algumas patologias que afectam o intestino delgado. No entanto, maioridade não é sinónimo de maturidade, persistindo áreas no campo das indicações em que o grau de evidência não é elevado⁴. Por outro lado, são necessárias evoluções no campo do “software” que nos permitam, por exemplo, detectar automaticamente e de forma eficaz as áreas sangrantes e referenciar a sua localização com rigor, designadamente em relação a pontos de referência como o piloro ou a válvula íleo-cecal.

REFERÊNCIAS

- Iddan G, Meron G, Swain P. Wireless capsule endoscopy. *Nature* 2000; 407: 407.
- Appleyard M, Fireman Z, Glukhovskiy A, et al. A randomised trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy for the detection of small-bowel lesions. *Gastroenterology* 2000;119:1431-1438.
- Appleyard M, Glukhovskiy A, Swain P. Wireless-capsule diagnostic endoscopy for recurrent small-bowel bleeding. *N Engl J Med* 2001; 344: 232-233.
- Ladas SD, Triantafyllou K, Spada C, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE): recommendations (2009) on clinical use of video capsule endoscopy to investigate small-bowel, esophageal and colonic diseases. *Endoscopy*. 2010 Mar;42:220-227.
- American Gastroenterological Association. Medical position statement: evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118: 197-200.
- Chak A, Koehler M, Sundaram S, Cooper G, Canto M, Sivak M. Diagnostic and therapeutic impact of push enteroscopy: analysis of factors associated with positive findings. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998;47:18-22.
- Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2007;133:1697-1717.
- Dionisio PM, Gurudu SR, Leighton JA, et al. Capsule endoscopy has a significantly higher diagnostic yield in patients with suspected and established small-bowel Crohn's disease: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:1240-1289.
- Pedro Figueiredo, Nuno Almeida, Sandra Lopes, et al., “Small-Bowel Capsule Endoscopy in Patients with Suspected Crohn's Disease—Diagnostic Value and Complications,” *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*, vol. 2010, Article ID 101284, 7 pages, 2010. doi:10.1155/2010/101284.
- Bourreille A, Ignjatovic A, Aabakken L, et al. World Organisation of Digestive Endoscopy (OMED) and the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). Role of small-bowel endoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease: an international OMEDECCO consensus. *Endoscopy* 2009; 41: 618-637.
- Pons Beltrán V, Nos P, Bastida G, et al. Evaluation of postsurgical recurrence in Crohn's disease: a new indication for capsule endoscopy? *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 533-540.
- Barratt HS, Kalantzis C, Polymeros D, et al. Functional symptoms in inflammatory bowel disease and their potential influence in misclassification of clinical status. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:141-147.
- Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P, et al. The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2218-2222.
- Rondonotti E, Pennazio M, Toth E, et al. Small bowel neoplasms in patients undergoing video capsule endoscopy: a multicenter European study. *Endoscopy*. 2008;40:488-495.
- Almeida N, Figueiredo P, Lopes S, Gouveia H, Leitão MC. Double-balloon enteroscopy and small bowel tumors: a South-European single-center experience. *Dig Dis Sci*. 2009;54:1520-1524.
- Barreiro P, Couto G, Herculano, et al. Enteroscopia por vídeo-cápsula na prática clínica. Experiência dos primeiros 5 anos e 528 exames de um Centro Hospitalar e revisão da literatura. *GE-J Port-Gastroenterol* 2012;19:12-20.