



Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

Reunião Regional

Da clínica ao estado da arte

Obstipação

Cancro colo retal e lesões premalignas

Doença Inflamatória do Intestino

Formação em coloproctologia



Auditório do Hospital São Teotónio. Viseu, 26 de Novembro de 2021

REUNIÃO REGIONAL DO CENTRO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

A Sociedade Portuguesa de Coloproctologia (SPCP) realizou a sua reunião regional do centro, em Viseu, no Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV) no dia 26 de novembro de 2021. Nesta reunião, destinada a gastroenterologistas, cirurgiões dedicados à coloproctologia e internos das respetivas especialidades, foram abordados temas clínicos, como a obstipação, cancro colo-retal e lesões pré-malignas, doença intestinal inflamatória e a encerrar, um espaço dedicado à formação em coloproctologia na vertente médica e cirúrgica.

Os temas clínicos englobaram a apresentação de casos clínicos, com discussão individualizada, terminando cada módulo por uma apresentação formal do estado da arte, sobre o tema em debate. *A formação em coloproctologia*, contou com uma abordagem alargada de especialistas e internos das duas especialidades, sobre as expectativas, frustrações, necessidades e perspetivas futuras, contribuindo para uma discussão viva e muita participada, vincando a importância do tema.

A Reunião, apesar das limitações impostas pelo atual período de pandemia, foi bastante participada. A discussão médico-cirúrgica dos diferentes temas, baseados em casos clínicos, foi profícua e muito dinâmica.

A organização de eventos presenciais nesta fase da nossa vida social apresenta limitações, mas estas foram ultrapassadas com o esforço de todos os intervenientes.

O formato da reunião parece-nos bastante atrativo e constitui um modelo que poderá ser replicado, privilegiando tempo para uma troca salutar de opiniões, permitindo assim, a discussão interpar, fundamental ao desenvolvimento científico.

A união de saberes distintos constitui o pilar da prática médica atual. E, portanto, estes fóruns de discussão que a SPCP proporciona, são sem dúvida, uma mais valia na formação pós-graduada.

Uma palavra final de agradecimento à direção da SPCP e ao seu presidente, Dr Francisco Portela, pela escolha de Viseu e ao Concelho de Administração do CHTV que nos proporcionou os meios para a realização da reunião no auditório do hospital.

Paula Ministro

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia - Centro Hospitalar Tondela Viseu



Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

Reunião Regional do Centro

09:15 - 09:30	Sessão de abertura	
09:30 – 11:00	Obstipação. Da intervenção dietética à cirurgia.	Iolanda Ribeiro; José A Gonçalves;
09:30	Caso clínico 1	André Gonçalves
09:50	Caso clínico 2	Sara Catarino
10:10	Estado da Arte – “Da dieta e tratamento médico até à cirurgia”	Gabriela Duque; António Manso
10:40	Discussão	
11:00 – 11:30 Intervalo		
11:30 – 13:00	Cancro colorretal e lesões pré-malignas.	Manuel Limbert; Pedro Amaro
11:30	Caso clínico 1	Marisa Linhares
11:50	Caso clínico 2	Raquel Prata Saraiva
12:10	Estado da Arte – “CCR hereditário”	Fernando Valério
12:40	Discussão	
13:00 - 14:15 Almoço		
14:15 – 15:45	Doença Inflamatória Intestinal. Discussão multidisciplinar.	Painel discussão: Paula Ministro Alexandre Duarte; Francisco Portela; Nuno Rama
14:15	Caso clínico 1	Cláudio Rodrigues
14:45	Caso clínico 2	Maria José Temido
15:15	Caso clínico 3	Tiago Pavão
15:45 – 16:15 Intervalo		
16:15-17:45	Formação em Coloproctologia	Helena Vasconcelos; Carlos Casimiro; José Carlos Pinto
16:15	Visão do interno de gastroenterologia	Carina Leal
16:30	Visão do interno de cirurgia	João Simões
16:45	Formação, perspetiva da gastroenterologia	Ana Célia Caetano
17:05	Formação, perspetiva da cirurgia	Marisa D. Santos
17:25	Discussão	

Auditório do Hospital São Teotónio. Viseu 26 de novembro 2021

Obstipação. Da intervenção dietética à cirurgia.

INTRODUÇÃO

Duque G

A obstipação é uma condição comum, persistente, afetando muitos doentes em todo o mundo. É considerada um importante problema de saúde pública, dado o grande impacto que acarreta no bem-estar e qualidade de vida do doente, bem como o impacto económico, resultando numa elevada utilização do sistema de saúde.

Atualmente é definida como defecação difícil, insatisfatória e/ou infrequente, realçando a importância da qualidade da defecação, aliada à quantidade. Esta inclui o esforço defecatório, sensação de obstrução anorectal e a necessidade de manobras manuais para facilitar a evacuação.

A combinação de modificação de estilos de vida, nomeadamente a prática de atividade física regular, hidratação oral e incremento de fibra na dieta, reduzem a severidade dos sintomas com melhoria da qualidade de vida.

Como terapêutica de 1ª linha poderemos iniciar terapêutica farmacológica com laxantes de volume (fibra solúvel ou insolúvel), laxantes osmóticos (lactulose, polietilenoglicol) ou combinação de ambos.

A maioria dos doentes responderão adequadamente a esta abordagem. A falência terapêutica é determinada após duração do tratamento de 4-8 semanas. Caso esta seja declarada, deverão ser realizados estudos funcionais: estudo com tempo de trânsito cólico com marcadores radiopacos, defecografia/defecoesonância, manometria anorectal, teste de expulsão do balão. Nenhum dos testes é individualmente capaz de diagnosticar um distúrbio

defecatório, pelo que pelo menos 2 testes deverão ser realizados para determinação da fisiopatologia e consequentemente orientação terapêutica, dependendo das disponibilidades no nosso local.

Se a resposta clínica é insatisfatória na abordagem de 1ª linha e não possuem dissennergia defecatória, laxantes estimulantes (bisacodilo, picossulfato de sódio), secretagogos (linaclotide), procinéticos (prucalopride) deverão ser introduzidos. Caso não exista resposta a um só fármaco, combinações poderão ser consideradas.

O *Biofeedback* consiste na terapêutica comportamental que engloba a repetição de exercícios e a simulação da defecação por forma a coordenar a compressão abdominal e a contração do pavimento pélvico. É seguro e marginalmente invasivo. Consiste na abordagem preferencial nos distúrbios da defecação.

A cirurgia é eficaz nos doentes que padecem de alterações estruturais da evacuação, nomeadamente intussuspeção, retocelo, prolapso retal ou síndrome da descida do períneo, comprovados por exames complementares de diagnóstico e refratários à terapêutica médica. A abordagem cirúrgica em contexto de obstipação crónica deve ser considerada como último recurso terapêutico e deve ser cuidadosamente equacionada.

Nesta reunião regional da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia foram apresentados 2 casos que exemplificam a abordagem médica e a aplicabilidade da terapêutica cirúrgica, quando a primeira é ineficaz.

Gabriela Duque Pena

Serviço de Gastrenterologia – Hospital Distrital da Figueira da Foz

CASO CLÍNICO 1

Gonçalves A, Silva M, Barbeiro S, Martins C, Vasconcelos H

INTRODUÇÃO

A obstipação crónica é um dos distúrbios funcionais mais prevalentes, afetando cerca de 2 a 28% da população adulta.¹⁻² Apresenta um grande impacto ao nível da saúde pública, pelos elevados custos associados e compromisso na qualidade de vida.

Os fatores de risco conhecidos são o género feminino, baixa ingestão calórica, sedentarismo, idade avançada, baixo nível socioeconómico e cultural.¹⁻³

O seu diagnóstico acarreta algum grau de subjetividade, sendo, muitas vezes, difícil a distinção entre a obstipação funcional, segundo critérios clínicos e a obstipação auto-referida. Neste sentido, foram desenvolvidos e posteriormente revistos os Critérios de Roma (Quadro 1), de forma a uniformizar e facilitar o seu diagnóstico.⁴

QUADRO 1 Critérios Roma IV para diagnóstico de obstipação funcional.

Critérios de diagnóstico de obstipação funcional (Critérios Roma IV)

Pelo menos 2 dos seguintes critérios:

- a) Esforço defecatório em mais de 25% dos movimentos intestinais
- b) Fezes fragmentadas ou endurecidas (Escala de fezes de Bristol 1-2) em mais de 25% dos movimentos intestinais
- c) Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% dos movimentos intestinais
- d) Sensação de bloqueio/obstrução anorretal em mais de 25% dos movimentos intestinais
- e) Manobras digitais na ajuda à defecação em mais de 25% dos movimentos intestinais
- d) Menos de 3 defeções espontâneas por semana

Critérios presentes nos últimos 3 meses e durante um período de 6 meses

A obstipação funcional pode ser dividida em três grupos distintos, conforme a sua fisiopatologia: Obstipação com trânsito normal, Obstipação com trânsito lento e a Disfunção Defecatória.

André Ruge Gonçalves, Maria Silva, Sandra Barbeiro, Catarina Atalaia Martins, Helena Vasconcelos

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

No seu tratamento, o passo inicial O passo inicial do tratamento passa por descontinuar, tanto quanto se possível, medicamentos tendencialmente obstipantes (antidepressivos, anti-inflamatórios não esteróides, diuréticos, opióides, entre outros). Posteriormente deve ser realizado reforço de medidas comportamentais e dietéticas, adjuvado com terapêutica farmacológica laxante e intervenção cirúrgica, em última instância.^{1,3,5}

CASO CLÍNICO

Doente do género feminino, raça caucasiana, de 77 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Essencial grau 1, IMC 28 Kg/m² e fissura anal crónica cicatrizada. Como Antecedentes ginecológicos e obstétricos destacam-se 2 gestações e 2 partos eutócicos e histerectomia total por patologia ginecológica benigna não clarificada. Encontrava-se medicada em ambulatório com Lactulose em SOS, Plantago ovata + isphagula + sene 1 colher sopa/noite e Losartan 50 mg/dia. Sem alergias medicamentosas ou outras conhecidas.

Foi referenciada para a consulta de Gastrenterologia por quadro 2 anos de evolução de menos de 3 defeções semanais, de fezes maioritariamente duras (morfologia 2-3 na Escala de Bristol) associadas a esforço defecatório, por vezes com sensação de evacuação incompleta e prolapso anal com redução espontânea. Negava dor abdominal ou anal, perdas hemáticas, perda ponderal ou qualquer outra sintomatologia do foro GI associada. Referia pouca melhoria com a terapêutica laxante instituída. Já faria reforço do aporte de fibras e aporte hídrico adequado de 2 Litros de água por dia, sem efeito. Teria realizado colonoscopia total com boa preparação intestinal, 6 anos antes, sem alterações. Ao exame objetivo destacava-se inspeção peri-anal e anal com mariscas volumosas e anoderme sem outras alterações. Toque retal indolor, esfínter normotónico, com escassa resposta com o esforço defecatório e ampola retal sem fezes ou massas palpáveis. Realizou-se anoscopia com identificação de pedículos hemorroidários congestivos e volumosos, com redução espontânea compatíveis com diagnóstico de doença hemorroidária grau II.

Foi assumido o diagnóstico de Obstipação Funcional, em conformidade com os critérios de Roma IV, sem sintomas ou sinais de alarme que justificassem avaliação complementar ab initio. Foi realizado após reforço das medidas comportamentais e dietéticas, com e otimização da terapêutica farmacológica com laxantes expansores de volume: Lactulose 15 mL 1-2 colheres de sopa /dia, e Bassorina associada a Amieiro negro 1-2 saq/dia. Adicionalmente, foi medicada também com Diosmina+bioflavonoides 1000 mg/dia.

Realizou-se reavaliação em consulta meses depois, verificando-se manutenção do número de dejeções semanais e da sensação de evacuação incompleta, referindo períodos de dor abdominal tipo cólicas de predomínio diurno e esforço defecatório ineficaz mesmo quando fezes moles. Admitiu, no entanto, toma irregular dos laxantes prescritos, alegando receio de habituação. Foram novamente reforçadas medidas comportamentais e dietéticas, com especial foco no cumprimento da medicação e nova otimização da terapêutica laxante, com instituição de Linaclotida 290 mcg/dia associado a *Plantago ovata* + isphagula + sene 1 colher sopa/noite e recurso a laxante estimulante (Bisacodilo 5mg) em SOS a cada 2 dias se sem dejeções ou com fezes duras mantidas.

Nesta fase, e apesar da parca adesão terapêutica, face à sintomatologia enquadrável nas síndromes de disfunção defecatórias, optou-se pela realização de métodos complementares de diagnósticos dirigidos à avaliação da motilidade e fisiologia anorretal, com reavaliação posterior em consulta, tendo-se requisitado manometria anorretal e videodefecografia.

Antes da data da consulta prevista, a doente recorreu ao Serviço de Urgência por período de 10 dias sem dejeções e hematoquémia indolor abundante. Admitia suspensão de Linaclotida por mal-estar geral inespecífico, e toma irregular da restante terapêutica laxante. Não apresentava alterações ao exame objetivo, incluindo anorretal nem na avaliação analítica complementar. Foi realizada rectosigmoidoscopia com identificação de úlcera única plana, de fundo branco, com cerca de 20 mm, aos 25 cm da margem anal, cujos bordos foram biopsados, sem sinais de malignidade na análise histológica. Teve alta para consulta, medicada com Polietilenoglicol 1 saqueta/dia durante 4 dias, Macrogol+NaCl+

NaHCO₃- + KCL 2 saq/dia + e Bisacodilo 5 mg em SOS a cada 2 dias se sem dejeções ou com fezes duras mantidas.

Na reavaliação em consulta, apresentava melhor adesão terapêutica, com períodos com dejeções a cada 2 dias, melhoria na dureza das fezes, tipologia 3-4 na escala de Bristol, mas ainda com persistência de queixas de evacuação incompleta e esforço de defecatório ineficaz, mesmo com fezes moles.

A manometria anorretal demonstrou pressão anal de repouso normal; boa contração voluntária; reflexos da tosse, ano-cutâneo e à distensão retal dentro dos parâmetros da normalidade; estudo defecatório sugestivo de dissinergia do pavimento pélvico. A videodefecografia com bário contrastado objectivou: junção anorrectal em posição baixa em repouso (6,3 cm inferiormente à linha pubo-coccígea), com descida acentuada em manobra de esforço (9.7 cm inferiormente à linha pubo-coccígea). Foi identificado ainda rectocelo anterior (com 2 cm de eixo ântero-posterior) e persistência do contraste na ampola retal no final do estudo, compatível com evacuação incompleta.

Assumiu-se o diagnóstico de disfunção defecatória por dissinergia do pavimento pélvico, pequeno rectocelo, descida anormal do pavimento pélvicos e síndrome da úlcera solitária do recto. A doente foi orientada para terapêutica de *biofeedback* adjuvada à terapêutica comportamental, dietética e farmacológica já instituídas. Apresentou melhoria global dos sintomas de obstipação aos 6 meses, com dejeções a cada 2 dias, fezes maioritariamente moles (tipologia 4 na escala de Bristol), e menor esforço defecatório e apenas alguns períodos de sensação de bloqueio anorretal sem sensação de evacuação incompleta.

DISCUSSÃO

As síndromes de disfunção defecatória pressupõem dificuldade no esvaziamento eficaz da ampola rectal pela incapacidade na coordenação dos grupos musculares abdominais, pélvicos e anorretais, cursando muitas vezes com um trânsito cólico lento.

O aumento do esforço defecatório, sensação de evacuação incompleta, necessidade de digitoclise ou outras manobras manuais para facilitar a defecação são algumas das queixas presentes em doentes com sintomatologia de obstipação funcional.

Segundo os critérios de Roma IV, o diagnóstico pressupõe pelo menos dois estudos de motilidade anorretais com achados compatíveis com dissinergia defecatória. A contração inapropriada dos músculos do pavimento pélvico (esfíncter anal e/ou puborretal) ou um relaxamento do esfíncter anal inferior a 20% em relação ao basal são insuficientes, por si só, para o diagnóstico destas síndromes, devendo ser complementados com um teste de expulsão do balão anormal e/ou defecografia por RMN ressonância magnética ou com bário contrastado com achados sugestivos.^{1,6}

A otimização da consistência e do número das dejeções faz parte da abordagem terapêutica inicial e segue, em traços gerais, as orientações atuais para o tratamento dos outros tipos de obstipação funcional.^{1,3,5-7}

A educação do doente através do reforço de medidas comportamentais (incentivo à atividade física, tentativa de defecação após as refeições, entre outros) deve ser acompanhada pelo aumento de ingestão de fibras (20-25 gr/dia) e de fluídos (pelo menos 1.5L de água por dia), de modo a reduzir a dependência de laxantes. Dentro destes, os laxantes expansores de volume (como o *psyllium*) actuam promovendo a absorção de água e consequente aumento da massa fecal, e devem ser utilizados como co-adjuvantes às medidas comportamentais e dietéticas de 1ª linha. Nos doentes com fraca resposta à abordagem inicial podem ser usados laxantes osmóticos (como o polietilenoglicol), dissacáridos (como a lactulose) e os salinos (como o hidróxido de magnésio e outros sais de magnésio). Os laxantes estimulantes (como por exemplo bisacodilo) devem ser reservados aos doentes sem resposta, devendo, no entanto, ser utilizados com cautela e por curtos períodos de tempo, pelo risco de dependência/habituação e lesão do epitélio cólico. Alguns fármacos novos têm sido estudados para o tratamento da obstipação entre os quais os secretagogos cólicos como o linaclotide ou a lubiprostona e os agonistas dos recetores da 5-HT4 como prucalopride, podendo ser utilizados em doentes com quadros de obstipação funcional refratária à terapêutica habitual.^{1,3,5-7}

Segundo as *guidelines* do *American College of Gastroenterology* para o tratamento de Patologias Anorretais Benignas, o *biofeedback* constitui o *cornerstone* da

abordagem terapêutica das Disfunções Defecatórias.⁶ É uma terapêutica comportamental que visa a tentativa de correção da contração inadequada dos músculos do pavimento pélvico e do esfíncter anal externo durante a defecação. Alguns estudos randomizados controlados demonstraram a eficácia na melhoria global dos sintomas. Num deles, o *biofeedback* demonstrou inclusive ser mais eficaz do que o polietilenoglicol (PEG) nos doentes refratários à terapêutica conservadora. Os sintomas e a fisiologia anorretal melhoraram em 80% no grupo submetido ao *biofeedback* quando comparados aos 22% do ramo doentes tratados com PEG.^{6,8}

Mesmo em centros terciários, onde a experiência e aplicabilidade deste método é maior, a melhoria global dos sintomas intestinais segundo os trabalhos foi sustentada em apenas 64% dos doentes.^{6,9}

O *biofeedback* não se encontra amplamente disponível e não está ainda bem padronizado, verificando-se resultados discordantes entre os vários centros. É, no entanto, cada vez mais uma terapêutica alternativa nos doentes com disfunção defecatória e obstipação funcional, inclusive nos que apresentem concomitantemente trânsito cólico lento. ■■■

REFERÊNCIAS

1. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's - *Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology/diagnosis/management (10th Edition)*. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2016.
2. Gray JR. *What is chronic constipation? Definition and diagnosis*. Can J Gastroenterol. 2011; 25 Suppl B:7B-10B.
3. Wald A. *Constipation: Advances in diagnosis and treatment*. JAMA. 2016; 315:185-91.
4. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. *Bowel Disorders*. Gastroenterology. 2016; 150:1393-407.e5.
5. Bharucha AE, Lacy BE. *Mechanisms, evaluation and management of chronic constipation*. Gastroenterology 2020; 158:1232-49.e3.
6. Wald A, Bharucha A, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. *ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders*. Am J Gastroenterol. 2021; 116:1987-2008.
7. Paquette IM, Varma M, Terent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Constipation*. Dis Colon Rectum. 2016; 59:479-92.
8. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. *Randomized, controlled trial shows biofeedback to be superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dyssynergia-type constipation*. Dis Colon Rectum. 2007; 50:428-41.
9. Rao SSC, Valestin J, Brown CK, Zimmerman B, Schulze K. *Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: Randomized controlled trial*. Am J Gastroenterol. 2010; 105:890-6.

CASO CLÍNICO 2**Inércia cólica – uma entidade com rara indicação cirúrgica***Colonic inertia – a rare indication for surgery*

Catarino S, Valério F, Casimiro C

RESUMO

Inércia cólica é um distúrbio de motilidade definido por um aumento do tempo de trânsito cólico, de difícil diagnóstico e orientação terapêutica.

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 39 anos com queixas de obstipação (1-2 dejeções/mês), refractária ao tratamento médico e com grande impacto na qualidade de vida. Estudo complementar com colonoscopia que revelou dolico-cólon; tempo de trânsito cólico com tempo total muito aumentado; e manometria ano-rectal sem alterações. Foi realizada colectomia total por via laparoscópica. A doente apresentou melhoria significativa dos hábitos intestinais e da qualidade de vida.

A seleção adequada de doentes com inércia cólica para tratamento cirúrgico, após falência de tratamento médico, é o melhor preditor de bons resultados a longo prazo.

Palavras-chave: Obstipação crónica; Inércia cólica, Tempo de trânsito intestinal lento; Colectomia total laparoscópica

ABSTRACT

Colonic inertia is a motility disorder characterized by slow colonic transit time, presenting a complex diagnostic and treatment condition.

The authors describe a case of a 39 year old woman with chronic constipation (1-2 dejections/month), symptoms intractable with medical treatment and great impact in her quality of life. Further diagnostic investigation included colonoscopy that revealed dolico-colon, colonic transit study that was slow and anorectal manometry that was normal. The patient was then submitted to laparoscopic total abdominal colectomy, with marked improvements in her intestinal habits and quality of life.

The adequate selection of patients with colonic inertia for surgery, after failure of medical treatment, is the best predictor of potential good functional results.

INTRODUÇÃO

A obstipação crónica é uma patologia com elevada prevalência nos países ocidentais, estimando-se que atinja 15 a 20% da população. Verifica-se um aumento da sua prevalência com a idade afectando 30-40% das pessoas com mais de 65 anos e verifica-se também uma predominância no género feminino.¹

A obstipação é uma entidade clínica subjectiva, pelo que foram desenvolvidos critérios para uniformizar o seu diagnóstico, sendo os Critérios de Roma IV² (Tabela I) os mais utilizados.

Para o diagnóstico de obstipação funcional ou primária devem ser excluídas causas secundárias de obstipação nomeadamente etiologias orgânicas, neurológicas,

endocrinometabólicas ou medicamentosas.^{1,3} A obstipação funcional pode ser classificada em três categorias de acordo com a sua fisiopatologia: trânsito normal ou idiopática (59%); trânsito lento ou inércia cólica (13%); ou com obstrução defecatória (28%).⁴ Existem ainda formas combinadas destes subtipos de obstipação (3%).

O diagnóstico de inércia cólica é portanto estabelecido com base em critérios clínicos e estudos funcionais que incluem um tempo de trânsito cólico aumentado, com ou sem disfunção do pavimento pélvico associada. O tratamento desta entidade ainda não está uniformizado, sendo que nas recomendações de várias guidelines internacionais prevalece o tratamento médico inicial com alterações do estilo de vida e uso de laxantes, sendo a cirurgia o tratamento de última linha após falência do tratamento médico.^{5,6,7} A maioria dos estudos publicados referem resultados favoráveis com o tratamento cirúrgico quer em termos de melhoria dos hábitos intestinais, mas também na qualidade de vida.⁸

Sara Catarino, Fernando Valério, Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

TABELA I Critérios de Roma IV para o diagnóstico de obstipação funcional, 2016

Critérios Roma IV – obstipação funcional

O diagnóstico requer o cumprimento dos critérios nos 3 meses prévios, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico

1. Cumprir dois ou mais dos seguintes critérios:

- a. Esforço defecatório em >25% dos movimentos intestinais
- b. Fezes duras (Escala de Bristol 1-2) em >25% dos movimentos intestinais
- c. Sensação de evacuação incompleta em >25% dos movimentos intestinais
- d. Sensação de obstrução ano-rectal em >25% dos movimentos intestinais
- e. Manobras manuais para facilitar em >25% dos movimentos intestinais (manobras de digitação ou suporte manual do pavimento pélvico)
- f. Menos de 3 movimentos intestinais espontâneos por semana

2. Fezes moldadas raramente presentes sem recurso a laxantes

3. Ausência de critérios suficientes para o diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritável

CASO CLÍNICO

Doente do género feminino, caucasiana, de 39 anos, referenciada à consulta hospitalar de Gastrenterologia por obstipação crónica. Referia queixas de dor abdominal tipo cólica, obstipação desde a adolescência com agravamento progressivo nos últimos anos, referindo 1 a 2 dejectões por mês, fezes duras (Escala de Bristol 1-2), sem perdas hemáticas visíveis, associado a sensação de evacuação incompleta e esforço defecatório com necessidade de apoio manual para suporte pélvico, sem necessidade de manobras de digitação. A doente referia ainda grande impacto na sua qualidade de vida e nas actividades de vida diária. Tratava-se de doente com antecedentes de excisão de fibroadenoma mamário, colecistectomia laparoscópica por litíase vesicular e dois partos eutócicos. Sem história familiar relevante. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.

No que respeita a medicação crónica, encontrava-se já medicada com hidróxido de magnésio 3x/dia, bisacodil 3x/dia, polietilenoglicol/macrogol em SOS e analgesia conforme necessidade (metamizol magnésio ou paracetamol). Estava também medicada com alprazolam 0,5 mg 1x/dia e contraceptivo oral. A doente referia já ter realizado previamente outros laxantes nomeadamente laevolac® (lactulose), movicol® (Macrogol, Bicarbonato



FIGURA 1 Escala de Bristol, segundo Heaton KW & Lewis SJ, 1997⁹

de sódio, Cloreto de potássio e Cloreto de sódio), citrafleet® (Ácido cítrico, Óxido de magnésio e Picossulfato de sódio), klean-prep® (macrogol e outras associações) e constella® (linaclotida), sem melhoria sintomática.

Ao exame objectivo apresentava abdómen distendido e timpanizado mas depressível, indolor, sem hérnias da parede abdominal. À inspecção anal apresentava mariscas perianais, sem fissuras, fistulas ou cicatrizes perianais, doença hemorroidária grau 1, com ligeira descida do pavimento pélvico com a manobra defecatória, esfíncter com tónus normal em repouso e na contração voluntária, sem massas endoluminais e sem prolapso rectal ou rectocelo.

Realizada colonoscopia total que revelou cólon distendido e longo (dolicocólon), sem evidência de lesões ao longo do trajecto. Analiticamente não apresentava anemia ou alterações iónicas, hormonais ou endócrino-metabólicas.

Foram recomendadas medidas higienodietéticas e

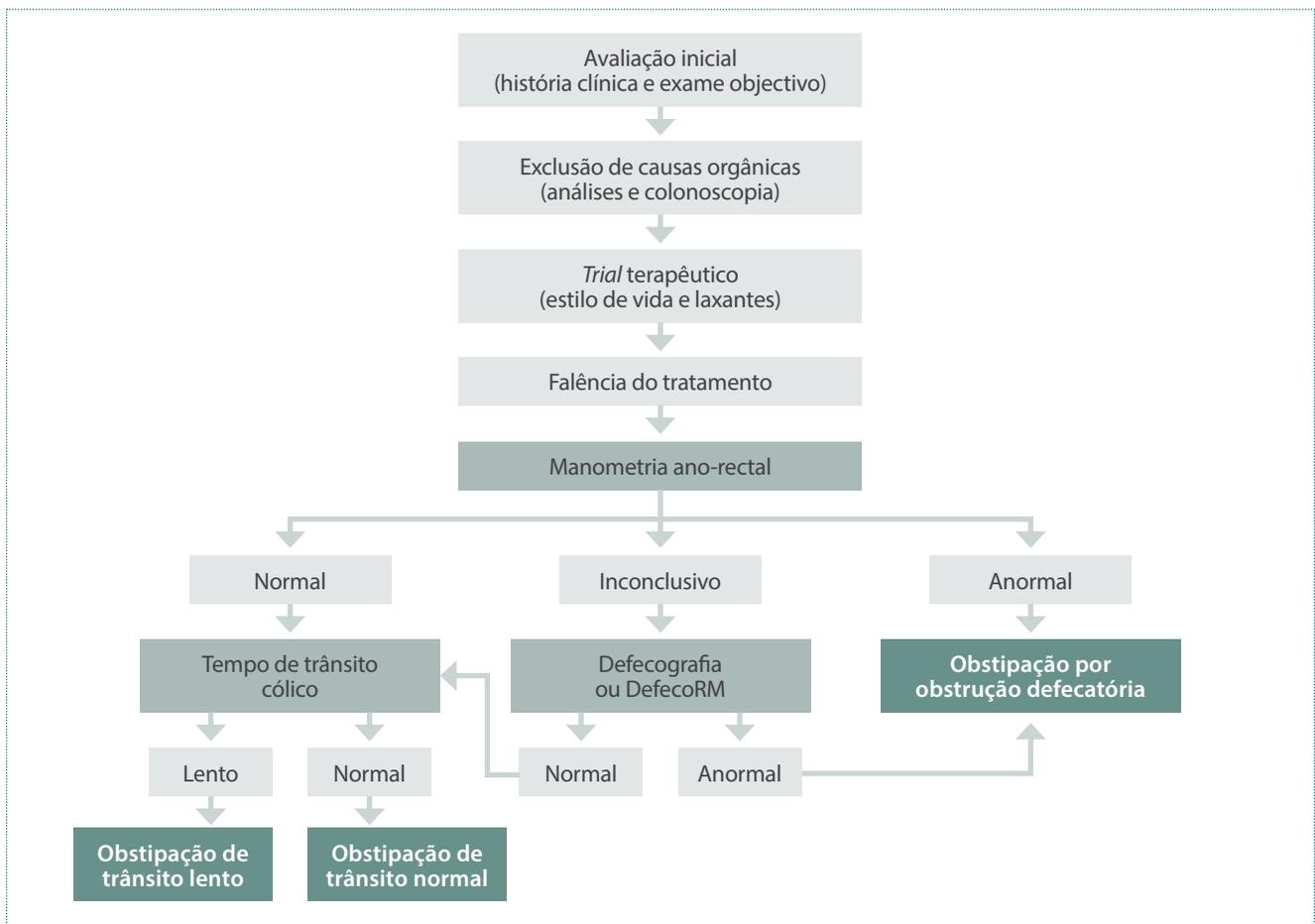


FIGURA 2 Algoritmo de orientação inicial da obstipação crónica, segundo AGA e WGO^{5,6}

foi proposto manter a medicação em curso, além de Klean-prep® e enemas de Clyss-go® (docusato de sódio e sorbitol) em SOS. Foi também pedido estudo complementar funcional de obstipação crónica.

O tempo de trânsito cólico revelou um tempo de trânsito total aumentado (17 dias) com atrasos segmentares de predomínio no cólon esquerdo (13 dias). A manometria ano-rectal revelou pressão de repouso, contração e esforço defecatório normais, ligeiro aumento da *compliance rectal* e reflexo inibitório ano-rectal normal.

Portanto, foi feito o diagnóstico de obstipação crónica com tempo de trânsito cólico lento – inércia cólica, com doença refractária ao tratamento médico instituído e com grande impacto na qualidade de vida da doente.

A doente foi observada em consulta de Cirurgia Geral tendo sido proposto tratamento cirúrgico, após expla-

nação de possíveis riscos, complicações e resultado clínico possível quer em termos de alteração dos hábitos intestinais quer em termos de qualidade de vida. Após ponderação cuidada a doente aceitou o tratamento proposto.

Realizada colectomia total com anastomose ileo-rectal latero-terminal mecânica por via laparoscópica, que decorreu sem intercorrências, assim como o restante internamento. Alta hospitalar ao 6º dia de pós-operatório, medicada com analgesia, loperamida conforme necessidade e profilaxia do tromboembolismo venoso. Exame histológico revelou dolico cólon com 103 cm de extensão, sem evidência de outras lesões.

No seguimento, a doente apresentou melhoria dos hábitos intestinais com 2-3 dejeções por dia, ausência de dor abdominal e com aumento ponderal, referindo melhoria muito significativa da sua qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A obstipação é uma entidade clínica caracterizada pela diminuição do número de dejetões semanais, mas a sua definição tem muito de subjectivo pois apresenta uma grande variação interpessoal do conceito de normalidade. Como referido anteriormente foram desenvolvidos múltiplos sistemas de classificação de obstipação, sendo os critérios de Roma IV² (Tabela I) os mais utilizados, permitindo uma definição mais objectiva da obstipação crónica. Estes critérios de Roma IV incluem o uso da Escala de Bristol⁹ (Figura 1), descrita em 1997, que facilita a descrição do aspecto das fezes auxiliando na caracterização dos hábitos intestinais e severidade da obstipação.

A etiologia da obstipação pode ser dividida em dois grandes subtipos: a obstipação primária ou funcional em que não existe uma causa orgânica para a obstipação sendo necessários exames funcionais para a sua caracterização; e a obstipação secundária em que é possível identificar uma causa responsável pela sintomatologia.^{5,10}

A obstipação primária ou funcional pode ser ainda classificada em três categorias: obstipação com tempo de trânsito normal ou idiopática; obstipação com tempo de trânsito lento ou inércia cólica; e obstipação por disfunção do pavimento pélvico ou com obstrução defecatória. Existem formas combinadas destes subtipos de obstipação, nomeadamente a associação de obstipação com tempo de trânsito lento e obstrução defecatória.¹¹

A abordagem inicial de um doente com obstipação deve incluir, além de uma história clínica e exame objectivo detalhados, o uso de *scores* de classificação de obstipação e de avaliação da qualidade de vida do doente, importantes na avaliação da progressão clínica e da resposta à terapêutica. Nesta fase inicial devem ser excluídas causas orgânicas para a obstipação, devendo ser realizado um estudo analítico extenso e estudo endoscópico.^{5,11} Se for identificada uma causa secundária para a obstipação deve ser instituído o tratamento dirigido à mesma. Se possível recomenda-se também a descontinuação ou ajuste terapêutico de medicação potenciadora de obstipação.^{5,7}

De acordo com as guidelines da American Gastroente-

rological Association (AGA) e da World Gastroenterology Organization (WGO), a orientação inicial da obstipação funcional deve incluir um *trial* de tratamento médico, com alterações ao estilo de vida e uso de laxantes. Apenas após falência do tratamento médico deve ser realizado estudo funcional complementar de acordo com o algoritmo seguinte (Figura 2). O estudo funcional deve incluir a realização de uma manometria ano-rectal que permite a identificação de distúrbios de obstrução defecatória, podendo ser complementada pela realização de defecografia ou defeco-ressonância.^{11,12} O segundo exame funcional é um tempo de trânsito cólico que permite distinguir entre obstipação de trânsito normal ou lento.^{5,6}

A inércia cólica ou obstipação com tempo de trânsito lento é portanto um distúrbio de motilidade intestinal funcional cuja etiologia ainda não está totalmente esclarecida. Estudos sugerem que neste tipo de obstipação há uma alteração da motilidade cólica em termos de frequência, amplitude e duração, em provável relação com miopatia, neuropatia (alterações do plexo mioentérico, dos transmissores neuroendócrinos ou neuropatia central) ou uma redução das células intersticiais de Cajal, sendo esta última o achado histológico mais frequentemente observado nesta patologia.³

O tratamento de primeira linha na inércia cólica é conservador com alterações do estilo de vida, modificações dietéticas e uso de laxantes, procinéticos e enemas.¹¹ Se ocorrer falência do tratamento médico inicial, que deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses com adequada adesão ao tratamento em causa, pode-se ponderar um tratamento cirúrgico.⁵

O tratamento cirúrgico na obstipação funcional por inércia cólica é controverso. Não existem estudos controlo sobre cirurgia na obstipação crónica, pelo que esta recomendação é realizada à base de estudos de casos e opinião de peritos.^{5,7} A seleção adequada e muito restrita de doentes para tratamento cirúrgico é essencial. Alguns artigos sugerem que a realização de manometria cólica poderá permitir uma distinção dos melhores candidatos a cirurgia, uma vez que o achado de normalidade ou miopatia implicam piores resultados com o tratamento cirúrgico enquanto que a presença de

neuropatia é indicador de melhores resultados.³ Além disso outros artigos também referem que a presença de dismotilidade do trato digestivo superior, diagnosticada com estudo de esvaziamento gástrico e/ou tempo de trânsito do intestino delgado, também é indicador de menor eficácia do tratamento cirúrgico na inércia cólica.^{7,8} Por fim, a associação de obstipação com tempo de trânsito lento e obstrução defecatória também é outro indicador de maus resultados funcionais no tratamento cirúrgico da inércia cólica. Assim, as *guidelines* da AGA e WGO para o tratamento cirúrgico na inércia cólica recomendam uma seleção adequada de doentes com diagnóstico de obstipação com tempo de trânsito cólico lento, sem obstrução defecatória ou dismotilidade do trato digestivo superior, com falência a todo o tratamento médico possível e prolongado e com sintomatologia severa o suficiente para implicar grande impacto na qualidade de vida do doente que suplante as possíveis complicações e possíveis maus resultados funcionais de um tratamento cirúrgico. Estima-se que este subgrupo de doentes altamente selecionados corresponda a cerca de 5% dos casos de inércia cólica.⁵

Relativamente ao tipo de cirurgia realizada, a colectomia total com anastomose ileo-rectal é actualmente o procedimento mais aceite. Outras opções passam por colectomia subtotal com anastomose cego-rectal, sigmoidectomia ou hemicolectomia esquerda ou apenas confecção de ileostomia. Apesar de colectomias segmentares esquerdas poderem apresentar melhorias temporárias dos hábitos intestinais, geralmente não apresentam resultados favoráveis sustentáveis a longo prazo,⁸ uma vez que é difícil determinar a partir dos estudos funcionais a parte específica do cólon que apresenta dismotilidade.³ As colectomias subtotais com anastomose cego-rectal apresentam menor risco de diarreia e incontinência pós-operatória, contudo a preservação da válvula ileo-cecal leva a maior taxa de recorrência ou persistência da obstipação.³ A ileostomia poderá ser uma opção em doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades ou idosos, e também em casos de dismotilidade generalizada de todo o trato digestivo ou de associação de inércia cólica e obstrução defecatória.⁵ Nestes casos de associação de inércia cólica e disfunção

do pavimento pélvico, a colectomia total deve apenas ser ponderada após correção do distúrbio defecatório, apresentando ainda assim resultados variáveis e menos satisfatórios do que na inércia cólica isolada.⁸ A colectomia total com anastomose ileo-rectal é a técnica que apresenta melhores resultados em termos de aumento do número de dejectões diárias, menor uso de laxantes e enemas e maior satisfação do doente a longo prazo,¹³ pelo que é o procedimento recomendado nas *guidelines* internacionais.^{5,6,7} Este tipo de procedimento pode ser realizado por via laparoscópica ou técnicas minimamente invasivas,^{8,11} que além de todos os benefícios conhecidos desta técnica, contribui para uma menor taxa de complicações a longo prazo nomeadamente oclusões intestinais por bridas e risco de infertilidade. A maioria dos estudos recentes relativos à alteração da qualidade de vida com a colectomia total na inércia cólica, referem 97% de satisfação global e 90% de melhoria da qualidade de vida.⁸

Conclusão: Apesar de nos últimos anos ter havido um aumento do conhecimento científico relativo à fisiopatologia da inércia cólica, este ainda é insuficiente. É fundamental a uniformização do estudo diagnóstico e de avaliação da resposta à terapêutica médica inicial de modo a individualizar o tratamento subsequente. Portanto, é de realçar a importância do estudo complementar, não apenas para confirmar o diagnóstico mas também para excluir outras comorbilidades que poderão estar associadas a piores resultados. O tratamento cirúrgico tem vantagens indubitáveis, sendo a seleção adequada e restrita de doentes o melhor preditor de bons resultados a longo prazo. ■■■

Contribuições:

Sara Catarino – análise de dados e elaboração do manuscrito

Fernando Valério – cirurgião responsável pela orientação clínica da doente e pelo procedimento cirúrgico; revisão do manuscrito.

Carlos Casimiro – revisão do manuscrito.

Os autores declaram a originalidade do caso clínico exposto e que cedem os direitos de propriedade. Sem conflitos de interesse ou patrocínios a declarar.

Correspondência: Sara Catarino

Centro Hospitalar Tondela-Viseu – Serviço de Cirurgia Geral

Avenida Rei D. Duarte, 3504-501 Viseu

Telefone: 917753048

E-mail: saracatarinosantos@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sobrado CW, Neto IJFC, Pinto RA, Sobrado LF, Nahas SC, Ceconello I. *Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria*. J Coloproctol (Rio J). 2018; 38:137–44. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.02.003>
2. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. *Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: implications for clinical practice*. Curr Gastroenterol Rep. 2017; 19:15.
3. Soares AS, Barbosa L. Colonic inertia: approach and treatment. J Coloproctol (Rio J). 2017; 37:63–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.006>
4. Fleming V, Wade WE. *A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults*. Am J Geriatr Pharmacother. 2010; 8:514–50.
5. American Gastroenterological Association; Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. *American Gastroenterological Association medical position statement on constipation*. Gastroenterology. 2013; 144:211–7.
6. *World Gastroenterology Organization Global Guidelines. Constipation: a global perspective*. WGO, 2010.
7. Shin JE, Jung HK, Lee TH, Jo Y, Lee H, Song KH, et al. *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Functional Constipation in Korea. 2015 Revised Edition*. J Neurogastroenterol Motil. 2016; 22:383–411.
8. Camilleri M, Ford A, Mawe G, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. *Chronic constipation*. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17095. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.95>
9. Lewis SJ, Heaton KW. *Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time*. Scand J Gastroenterol. 1997; 32:920–4.
10. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Santos JF, Rubio ERD, et al. *Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations*. Gastroenterol Hepatol. 2017; 40:132–41.
11. Bashashati M, Andrews CN. *Functional studies of the gastrointestinal tract in adult surgical clinics: When do they help?* Int J Surg. 2012; 10:280–4.
12. Quaresma AB, Baptistella AR, Rossoni C. *The real impact of colonic transit time and anorectal manometry in the diagnosis of adult patients with chronic constipation*. J Coloproctol (Rio J). 2020; 40:247–52. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2020.05.014>
13. Feng Y, Jianjiang L. *Functional outcomes of two types of subtotal colectomy for slow-transit constipation: ileosigmoidal anastomosis and cecorectal anastomosis*. Am J Surg. 2008; 195:73–7.

Cancro colorretal e lesões pré-malignas

INTRODUÇÃO

Amaro P

Os casos clínicos apresentados ilustram alguns dos aspectos da abordagem das lesões e condições precursoras de cancro colo-rectal, nomeadamente no que concerne à avaliação endoscópica, seja na definição da fronteira entre o tratamento endoscópico e o cirúrgico nas situações de cancro precoce ou inicial, situação tipificada na abordagem do pólipso maligno de que é exemplo a primeira apresentação, seja na perspectiva da vigilância de condições pré-neoplásicas de risco acrescido como as síndromes hereditárias, de que é bom exemplo o caso familiar objecto da segunda apresentação.

Assim, no manejo das situações de cancro inicial, talvez a questão mais impactante seja o facto, reconhecido desde há longa data e que se mantém pouco menos que inalterado, de que a maioria dos doentes operados após excisão endoscópica de um pólipso maligno não apresenta tumor na peça operatória; sendo conhecidos e compreensíveis os motivos por detrás deste problema, nomeadamente a impossibilidade de garantir a inexistência de disseminação loco-regional com segurança, tal não deixa de constituir uma lacuna da abordagem médica conducente a sobre-tratamento desnecessário.

Tendo em conta as considerações anteriores, existem desenvolvimentos que podem modificar esta abordagem clássica:

- A avaliação diagnóstica inicial, baseada nos recentes avanços tecnológicos de imagem e do conhecimento da morfologia das neoplasias superficiais colo-rectais, deve cada vez mais proporcionar um diagnóstico e estadiamento endoscópico em tempo real, isto é, no decurso da colonoscopia, que minimize a “surpresa” do diagnóstico patológico de pólipso maligno;
- A precisão diagnóstica endoscópica em tempo real

deverá possibilitar a opção por técnicas endoscópicas mais ajustadas à lesão a tratar, seja mediante ajuste da técnica de polipectomia, seja seleccionando técnicas avançadas como mucosectomia, dissecação submucosa ou ressecção transmural; esta terapêutica endoscópica ajustada, almeja diminuir o número de excisões fragmentadas e a obtenção de espécimes em bloco com margens lateral e profunda preservadas (ressecção R0) que validem uma abordagem terapêutica conservadora;

- Por último, a abordagem conservadora reside na adequada definição de critérios de ressecção curativa. Se no caso do pólipso maligno pediculado pouco tem mudado em relação à abordagem clássica baseada na classificação de Haggitt, no caso das lesões planas ou sésseis a situação é distinta e encontra-se ainda em evolução; com efeito, não só há um reconhecimento que os parâmetros utilizados têm diferente valor prognóstico, parecendo ser a invasão linfovascular o de maior peso, como poderá vir-se a assistir a uma mudança nos limiares ou cut-off estabelecidos. Tal poderá vir a ser o caso da profundidade de invasão na submucosa, em que o limite de 1000 micra poderá ser uma fronteira demasiado restritiva para determinar a opção entre a vigilância conservadora *versus* a excisão cirúrgica do segmento colo-rectal em análise.

Na segunda palestra foi apresentado um caso clínico familiar que constitui um muito interessante testemunho histórico de um caso de polipose cólica de uma síndrome, a polipose associada a mutação MYH, que à data da apresentação clínica ainda não havia sido caracterizada como entidade clínica autónoma nem a sua origem genética identificada, e que veio a ser o primeiro caso na sua instituição.

A penosa história da doença da doente X ilustra na perfeição o quanto o diagnóstico precoce destas síndromes e a adopção das estratégias adequadas, seja de vigilância e tratamento endoscópico, seja de escolha do momento e da modalidade cirúrgica mais recomendados, pode fazer toda a diferença em termos de morbilidade, qualidade de vida e mortalidade.

Pedro Amaro

Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CASO CLÍNICO 1

Cancro colorretal e lesões pré-malignas: a propósito de dois casos clínicos

Linhares M, Pinto JD, Caldeira A, Sousa R, Banhudo A

RESUMO

O rastreio do cancro colorretal permite o diagnóstico de lesões precoces potencialmente curativas com excisão endoscópica. Apesar dos avanços na imagem endoscópica que permitem uma previsão da invasão da submucosa, por vezes surgem surpresas no relatório anatomopatológico, como a excisão de um pólipó maligno.

Os autores descrevem o caso de dois doentes, um homem de 65 anos e uma jovem de 32 anos, submetidos a excisão endoscópica de pólipó maligno. Apesar de ambos terem sido mantidos em vigilância endoscópica, um deles apresentava critério de alto risco.

Os critérios histológicos do pólipó maligno são de extrema importância na estratificação de risco de invasão ganglionar e/ou doença residual e decisão entre intervenção cirúrgica versus vigilância endoscópica.

INTRODUÇÃO

O rastreio do cancro colorretal (CCR) tem como objetivo o diagnóstico precoce de lesões pré-malignas. Isto permite aumentar a probabilidade de uma excisão endoscópica curativa de modo a que o doente não seja submetido a uma intervenção cirúrgica e/ou tratamento sistémico ambos com maior morbimortalidade. No entanto, é necessária a avaliação intra-procedimento das lesões colorretais com o intuito de se identificar sinais de invasão com potencial de modificação da estratégia terapêutica.

Apesar de existirem diferentes classificações endoscópicas com recurso a cromoendoscopia (NICE, Kudo, JNET), que nos permitem fazer uma avaliação adequada, estas não são totalmente sensíveis e específicas pelo que surgem más surpresas no resultado anatomo-patológico.

Assim, após a excisão de lesões colorretais aparentemente benignas, que posteriormente na avaliação histológica já apresentam malignidade, é necessário haver

ABSTRACT

Colorectal cancer screening permits an early diagnosis of potentially curative lesions with endoscopic excision. Despite advances in endoscopic imaging that allows a prediction of submucosal invasion, sometimes surprises arise in the histologic report, such as the excision of a malignant polyp.

The authors describe the case of two patients, a 65-year-old man and a 32-year-old woman, who underwent endoscopic excision of a malignant polyp. Although both were kept under endoscopic surveillance, one of them had high risk criteria.

The histologic criteria of the malignant polyp are of extreme importance in stratifying the risk of lymph node invasion and/or residual disease and decision between surgical intervention versus endoscopic surveillance.

uma averiguação dos fatores de risco de metastização. Estes critérios vão permitir a decisão entre orientação para cirurgia oncológica ou vigilância endoscópica.

CASO CLÍNICO 1

Homem, 65 anos e sem antecedentes pessoais de relevo. Em 2017 foi submetido a colonoscopia total em ambulatório por PSOF positiva e foram identificados vários pólipos. Neste sentido, foi orientado para unidade hospitalar para a sua remoção.

Na colonoscopia foram identificados vários pólipos estando o maior localizado no colon descendente e descrito como “volumoso pólipó bilobado, NICE 2, com cerca de 25-30 mm, com pé longo no qual se observa vários pólipos sésseis, localizado no colon descendente, cerca de 40 cm do OECA. Aplicação de laço hemostático na base do pedículo e polipectomia em vários fragmentos. Aparente pólipó residual acima do laço que se opta por reavaliar num segundo tempo” (Figura 1). A histologia deste pólipó evidenciou “adenocarcinoma invasor de baixo grau, com infiltração focal do pedículo (Haggitt 1), sem invasão linfovascular nem *tumor budding*, desenvolvido em adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau (margem profunda livre)”.

Marisa Linhares, João Dias Pinto, Ana Caldeira, Rui Sousa, António Banhudo

Serviço de Gastrenterologia
- Unidade Local de Saúde Castelo Branco

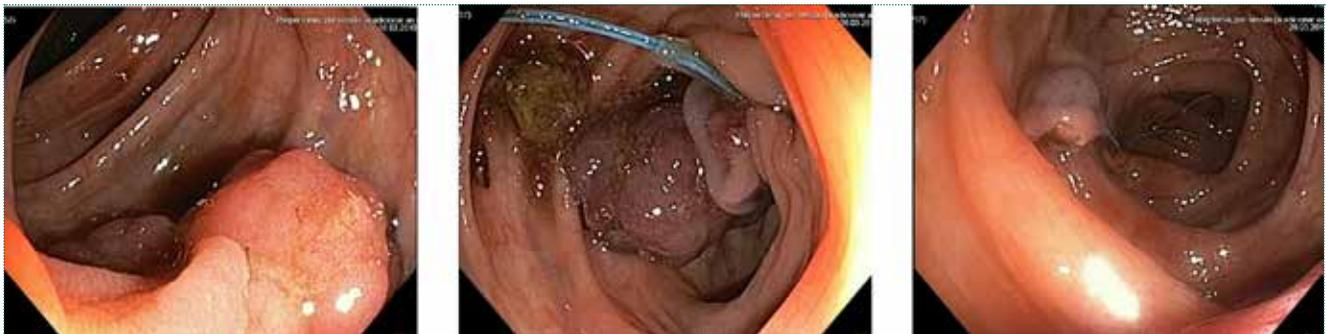


FIGURA 1 Pólipo bilobulado identificado no colon descendente e excisado em *piecemeal* após colocação de laço hemostático.



FIGURA 2 Pólipo pediculado excisado com ansa diatérmica.

Apesar de apresentar um critério de alto risco (resseção em *piecemeal*) foi decidida a vigilância endoscópica. Aos 1 e 3 anos após excisão endoscópica o doente foi submetido a colonoscopia total e TAC TAP que não evidenciaram recidiva local ou metastização, e doseamento sérico de CEA (0,6 e 1,17 ng/mL, respetivamente). O doente tem-se mantido clinicamente bem e terá a próxima reavaliação aos 5 anos após excisão endoscópica.

CASO CLÍNICO 2

Mulher com 32 anos e sem antecedentes de relevo. Em 2018 por retorragias foi submetida a colonoscopia de ambulatório onde foi identificado um pólipo pediculado com cerca de 25 mm. Neste sentido foi referenciada ao serviço hospitalar para a sua remoção. O pólipo foi caracterizado como sendo “pediculado, congestivo apresentando um pedículo relativamente grosso e com cerca de 18 mm” (Figura 2), tendo sido excisado em bloco com recurso a ansa

diatérmica. O relatório anatomopatológico descreveu um “adenocarcinoma polipoide, invasor de baixo grau com infiltração focal do pedículo e sem permeação linfovascular, com margem de resseção do pedículo livre (nível 1 da classificação Haggitt); pTNM T1; R0”. Pelo baixo risco de invasão ganglionar foi decidida vigilância endoscópica.

Um mês depois foi submetida a colonoscopia total para exclusão de lesões síncronas e tatuagem do local da polipectomia para futuras vigilâncias. Na TAC TAP de estadiamento não apresentava lesões à distância e CEA normal (0,5 ng/mL). O seguimento endoscópico foi realizado com colonoscopias aos 6 meses e 2 anos após excisão endoscópica que não evidenciaram recidiva local.

Adicionalmente, e atendendo à idade da doente, foi pedido estudo genético para exclusão de CCR hereditário que excluiu alterações genéticas associadas à síndrome de Lynch. A doente teve alta da consulta de Gastreenterologia Geral com indicação para repetir colonoscopia aos 5 anos após a excisão endoscópica.

DISCUSSÃO

O pólipo maligno é um adenocarcinoma precoce e é definido por uma lesão colorretal aparentemente benigna na endoscopia, mas que histologicamente apresenta invasão da muscular da mucosa com atingimento da submucosa.¹ Com a evolução da tecnologia na área da gastreenterologia a deteção de sinais de invasão das lesões precursoras foi otimizada após o recurso a cromoendoscopia virtual permitindo a excisão endoscópica segura em termos oncológicos, de lesões precursoras.

Após a excisão de pólipo maligno devem ser avaliados os seguintes critérios histológicos (Tabela 1) na estratificação

TABELA 1 Critérios histológicos na estratificação de risco

Fatores de risco	Baixo risco	Alto risco
Diferenciação tumoral G1: bem diferenciado G2: moderadamente diferenciado G3: pouco diferenciado	+ +	+
Profundidade de invasão da submucosa Classificação de Haggitt - pólipos pediculados Invasão da submucosa - pólipos sésseis	Haggitt 1-3 < 1 mm	Haggitt 4 >1 mm
Margem de resseção em profundidade	negativa	positiva, indeterminada, <1mm
Resseção em <i>piecemeal</i>	não	sim
Margem de resseção lateral	negativa	positiva
Invasão linfovascular	ausente	presente
Tumor <i>budding</i>	baixo	Intermédio-alto

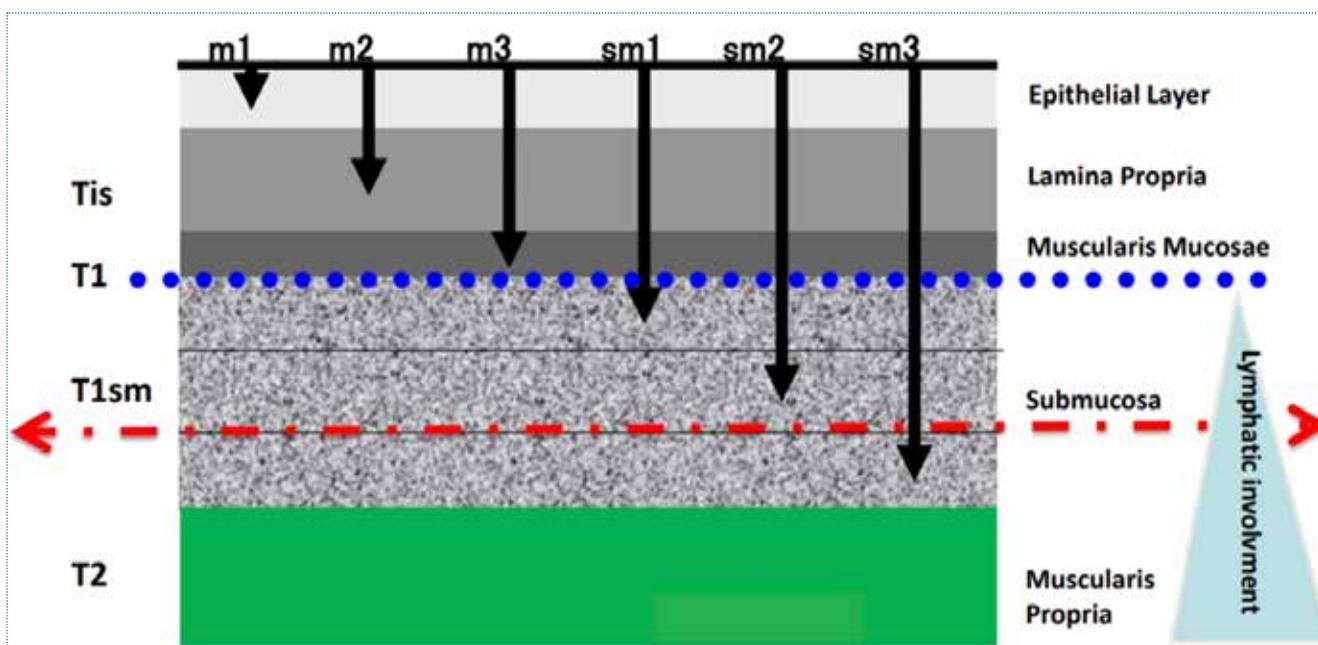


FIGURA 3 Invasão da submucosa em pólipos sésseis. Linha preta contínua – define o 1 mm de invasão da submucosa; T1sm (linha vermelha tracejado) - define o limite da excisão endoscópica curativa

de risco: diferenciação tumoral; a profundidade de invasão na submucosa (Figura 3) ou classificação de Haggitt no pólipo pediculado (Figura 4); margem de resseção; invasão linfovascular; e tumor *budding*.¹

Nos doentes submetidos a vigilância endoscópica o estadiamento com TAC, doseamento de CEA (e eco anorretal na neoplasia do reto) tem um papel maioritariamente comparativo para o restante seguimento, em detrimento da deteção de lesões metastáticas ou decisão

para intervenção cirúrgica. Esta avaliação deve ser feita as primeiras 4 semanas após excisão para evitar alterações secundárias à excisão (espessamento parietal ou adenopatias reativas).²

No seguimento inicial pode ser realizada uma colonoscopia precoce, isto é, aos 3 meses, para a realização de tatuagem cólica (caso não tenha sido realizada previamente) e avaliação de eventual recidiva precoce. O restante seguimento deve ser realizado com colonoscopia aos 1,

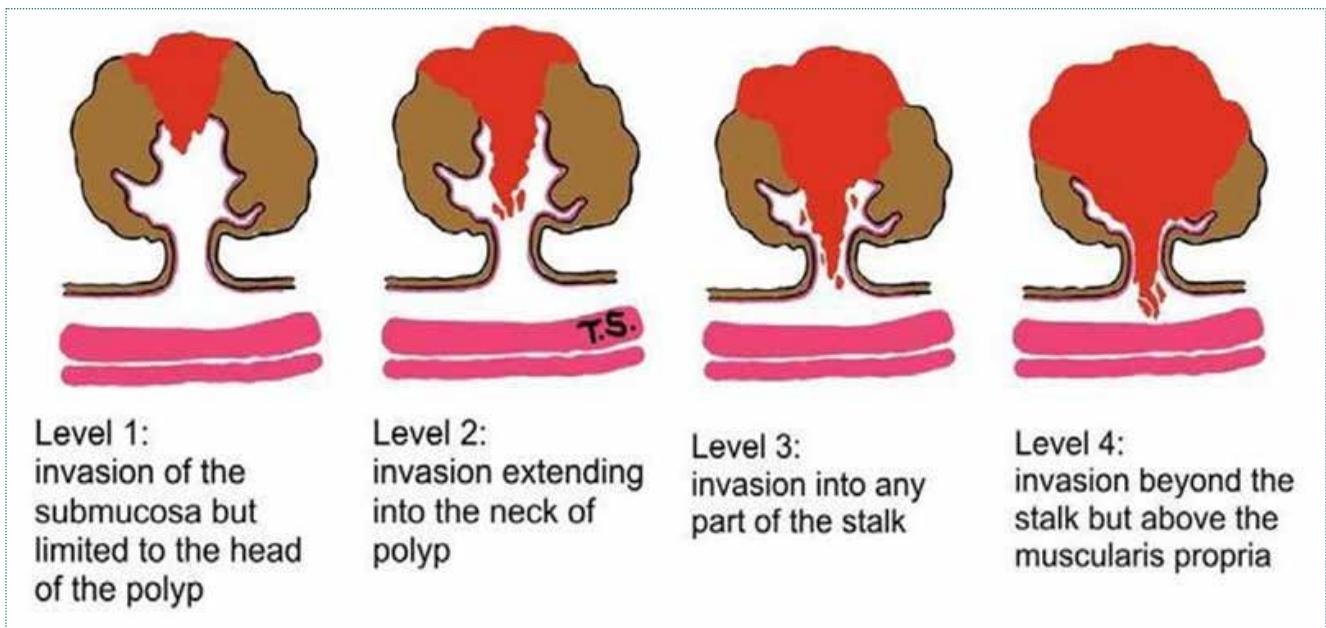


FIGURA 4 Classificação de Haggitt – invasão do pedículo nos pólipos pediculados

3 e 5 anos após resseção endoscópica.³ Durante a vigilância endoscópica não existem orientações no sentido de realização de biópsia da cicatriz sem sinais de recidiva. Adicionalmente, a realização de TAC e doseamento de CEA no pólipo maligno, à semelhança do doente do caso clínico 1, são opções *off-label* não havendo recomendações claras neste sentido.

Por outro lado, nos doentes de alto risco submetidos a intervenção cirúrgica na maioria das vezes a peça cirúrgica não apresenta evidência de neoplasia.⁴ Este facto permite aumentar o número de doentes a quem se pode oferecer uma vigilância endoscópica sem conferir um aumento de risco oncológico ou de morbimortalidade pós-operatória.

CONCLUSÃO

As lesões colorretais devem ser avaliadas com o maior cuidado possível com o objetivo de identificar eventuais sinais de invasão da submucosa. Adicionalmente, a excisão endoscópica, sempre que possível, deve ser realizada em bloco para aumentar a probabilidade de resseção curativa. E, por fim, é necessário o (re)conhecimento dos critérios histológicos necessários à estratificação de risco e que permitem definir a estratégia a seguir: intervenção cirúrgica ou vigilância endoscópica. ||

Autor correspondente: Marisa Linhares
Contacto telefónico: 938 787 458
Contacto eletrónico: marisa.d.linhares@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, Bhandari P, Dumonceau JM, Paspatis G, et al. *Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline ESGE.* Endoscopy. 2017; 49:270-97.
2. Rex DK, Shaukat A, and Wallace MB. *Optimal management of malignant polyps, from endoscopic assessment and resection to decisions about surgery.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2019; 17:1428-37.
3. Williams JG, Pullan RD, Hill J, Horgan PG, Salmo E, Buchanan GN, et al. *Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement.* Colorectal Dis. 2013; 15 Suppl 2:1-38.
4. Boenicke L, Fein M, Sailer M, Isbert C, Germer CT, Thalheimer A. *The concurrence of histologically positive resection margins and sessile morphology is an important risk factor for lymph node metastasis after complete endoscopic removal of malignant colorectal polyps.* Int J Colorectal Dis. 2010; 25:433–8.

CASO CLÍNICO 2

Polipose Associada ao MUTYH – Um caso familiar

Saraiva RP, Saraiva S, Silva TS

INTRODUÇÃO

O cancro colorretal (CCR) surge como tumor esporádico em 95-98% dos casos. Apenas em 3-5% dos casos o CCR se desenvolve associado a síndromes hereditárias determinadas por mutações germinativas.^{1,2} O gene MUTYH foi originalmente descrito em 1996, mas a sua correlação com CCR apenas foi reportada em 2002.³ Em regra, a sua expressão fenotípica traduz-se por polipose adenomatosa em número inferior a 100, com risco acrescido de desenvolvimento de CCR cerca dos 40-45 anos.⁴ Numa minoria, podem surgir pólipos hiperplásicos, serreados sésseis ou serreados tradicionais, por vezes em número superior a 1000.^{4,5} Os indivíduos homozigóticos desenvolvem pólipos na 2ª ou 3ª décadas de vida e possuem risco aumentado de pólipos duodenais, em relação à população geral.² No caso de heterozigotia, observa-se apenas ligeiro aumento do risco de CCR. A identificação familiar desta entidade inicia-se, quase sempre, com um caso índice que promove o estudo familiar e respetiva vigilância. Uma revisão sumária da literatura indica que as recomendações em matéria de síndromes hereditárias têm conhecido alterações no que diz respeito à vigilância, diagnóstico e conduta terapêutica, o que obriga à sua consideração aquando do estudo destes casos. Neste artigo, reporta-se o primeiro caso de uma família identificada com Polipose Associada ao MUTYH (PAM), na nossa instituição - Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOCFG) - com uma história clínica que conta já 26 anos de seguimento.

Raquel Prata Saraiva

Interna de Formação Específica de Cirurgia Geral, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG)

Sandra Saraiva

Assistente Hospitalar Graduada de Gastroenterologia, IPOCFG

Teresa Santos Silva

Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, IPOCFG

CASO CLÍNICO

Analisa-se o caso de uma família com mutação do gene MUTYH identificada em 9 indivíduos, em 2 gerações consecutivas. Considera-se a doente X como caso índice, uma vez que foi o membro da família inicialmente referenciado e, posteriormente, diagnosticado com carcinoma colorretal. Ademais, face ao contexto de história pessoal e familiar de CCR com idade inferior a 50 anos, a doente X predisps o estudo familiar (Figura 1) e a consequente referenciação da doente Y.

Contudo, o estudo genético familiar foi apenas realizado em 2006, 11 anos mais tarde, na sequência da identificação de polipose adenomatosa da doente Y, aos 55 anos de idade (Figura 2).

De seguida, descreve-se cronológica e individualmente a história clínica das doentes X e Y.

Doente X

Mulher de 39 anos referenciada ao IPOCFG, em 1995, por adenocarcinoma síncrono do cólon ascendente e transição retosigmoideia e dois adenomas tubulo-vilosos com displasia moderada do cólon sigmoide (excisados endoscopicamente). Como antecedentes familiares, são de referir uma irmã - doente Z - falecida aos 39 anos por CCR com metastização hepática e tio materno com CCR.

Após Reunião de Decisão Terapêutica foi submetida a hemicolectomia direita e resseção anterior do reto (EAP: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, pT2N0 no cólon e pT2N1 no reto), seguida de radioquimioterapia adjuvante. Manteve seguimento periódico na nossa instituição em consulta de Oncologia Médica (OM), Gastroenterologia (GE) e Cirurgia Geral.

Em 2006, após realização do estudo genético com identificação de homozigotia para a mutação Y165C do exão 7 do gene MUTYH, a vigilância endoscópica baixa passou a ser complementada com endoscopia digestiva alta (EDA). Em 2010, foi realizada a primeira polipectomia de pólipos duodenais, histologicamente compatível com adenoma tubulo-viloso com displasia de baixo grau

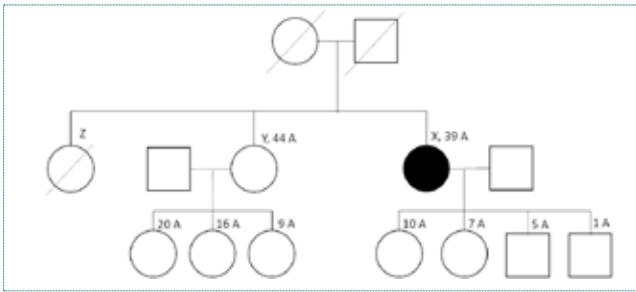


FIGURA 1 Árvore genealógica (1995): Identificação de familiar de 1º grau com 44 anos (doente Y) com indicação para estudo endoscópico baixo. A – anos.

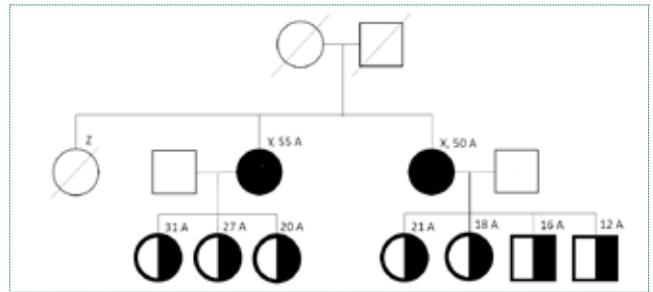


FIGURA 2 Estudo genético familiar (2006): Identificação da mutação Y165C do exão 7 do gene MUTYH em homozigotia nas doentes X e Y e heterozigotia nos respectivos filhos/as. A – anos.

(DBG). Desde essa data, surgiram pólipos adenomatosos com DBG, todos eles excisados oportunamente.

Em 2014, por persistência de quadros de suboclusão com necessidade de internamentos recorrentes, e após exclusão endoscópica e imagiológica de recidiva anastomótica, foi submetida a laparotomia exploradora com confecção de colostomia lateral (constatada intraoperatoriamente pélvis bloqueada secundária a fibrose rádica).

Na sequência da vigilância oncológica, em 2017, é proposta para colectomia segmentar, por recidiva de adenocarcinoma da anastomose ileocólica, seguida de quimioterapia adjuvante, que a doente aceitou.

Mais tarde, em 2019, por estenose infranqueável da anastomose colorretal (realizada em 1995) e por extensa lesão adenomatosa estenosante no ângulo esplênico do cólon, compatível com adenoma tubulo-viloso com DBG, foi submetida a proctocolectomia restante com confecção de ileostomia terminal. Atualmente, mantém seguimento anual em consulta de OM e de GE.

Doente Y

Mulher de 44 anos, assintomática e referenciada após o estudo familiar da doente X.

Iniciou vigilância endoscópica baixa, na nossa instituição, em 1995 e, desde então, foram descritos múltiplos micropólipos adenomatosos sésseis entre a ampola retal e os 40 cm da margem anal, excisados endoscopicamente. Em 2002, pela presença de mais de 20 pólipos adenomatosos com displasia ligeira no cólon ascendente, foi submetida a hemicolectomia direita (EAP: polipose adenomatosa com DBG). Manteve vigilância endoscópica baixa anual até 2006.

Nesta altura, pela existência de novo de mais de 18 pólipos adenomatosos com DBG entre os 35 cm da margem anal e a anastomose ileocólica, foi proposta colectomia restante, que a doente recusou, optando pela vigilância endoscópica anual.

Contudo, perante história pessoal de polipose adenomatosa associada a história familiar de CCR com idade inferior a 50 anos, procedeu-se ao estudo genético com pesquisa de mutação do gene MUTYH. Neste estudo, foi identificada homozigotia para a mutação Y165C do exão 7 do gene MUTYH, pelo que a vigilância endoscópica baixa passou, à semelhança da doente X, a ser complementada com EDA.

Assim, em 2006, na primeira EDA foi efetuada mucossectomia de lesão plana em D2 por adenoma tubulo-viloso com displasia (EAP: neoplasia intra-epitelial de baixo grau), complicada por perfuração iatrogénica, tendo, por isso, sido submetida a gastrojejunostomia, em regime de urgência.

Posteriormente, de registar polipectomia em D2 por adenoma tubulo-viloso com displasia alto grau (2011) e disseção submucosa endoscópica por pólipo com neoplasia intra-epitelial de baixo grau (2017).

Em 2010, pela presença de mais de 20 adenomas tubulares com DBG dispersos, é submetida a colectomia restante com anastomose ileorretal (EAP: múltiplos adenomas tubulares com DBG; 2 adenomas tubulares sésseis com displasia de alto grau no cólon esquerdo; anastomose ileocólica sem lesões). Desde então, mantém vigilância endoscópica do reto periódica.

Os familiares de 1º grau da doente Y iniciaram vigilância endoscópica baixa a partir dos 40 anos de idade,

não se registando, até ao momento, o aparecimento de lesões.

Em virtude da faixa etária, os familiares de 1º grau da doente X não cumprem ainda requisitos para início da vigilância endoscópica.

DISCUSSÃO

A Polipose Associada ao MUTYH é uma síndrome de transmissão autossómica recessiva causada por mutação no gene MUTYH e caracterizada por polipose adenomatosa com risco aumentado de CCR.⁶ Regra geral, traduz-se por menos de 100 pólipos adenomatosos cólicos, mas não exclusivamente, com expressão também de pólipos hiperplásicos, serrados sésseis e serrados tradicionais.⁴ A PAM foi descrita pela primeira vez em 2002⁷, pelo que é no decurso dos últimos vinte anos que se têm desenvolvido as recomendações, tanto para o diagnóstico como para a terapêutica desta síndrome.

Atualmente, deve-se considerar o estudo de mutações do gene MUTYH em doentes com mais de 10 adenomas cólicos (mais de 10 até aos 60 anos e mais de 20 a partir dos 60 anos)⁵, polipose com padrão familiar recessivo (filhos doentes, pais saudáveis) e aquando de polipose associada a CCR, independentemente da idade.²

No caso de identificação de homozigotia para mutação do gene MUTYH, o teste genético deve ser proposto aos familiares de 1º grau do caso índice.² Os indivíduos homozigóticos devem iniciar colonoscopia aos 18-20 anos, com periodicidade anual ou de 2 em 2 anos. Adicionalmente, começam EDA aos 25-30 anos, para vigilância de pólipos duodenais, de acordo com a classificação de *Spigelman* considerando o número, tamanho, histologia e grau de displasia dos pólipos. No caso de heterozigotia, observa-se apenas um ligeiro aumento do risco de CCR.⁴ Desta forma, cumprem o mesmo programa de vigilância de indivíduos com familiares de 1º grau com CCR – colonoscopia a partir dos 40 anos de idade ou 10 anos antes do diagnóstico familiar mais precoce.⁴

O tratamento cirúrgico é recomendado no momento do diagnóstico de CCR ou quando os pólipos não podem ser controlados endoscopicamente. A colectomia total com anastomose ileorretal é proposta sempre que não exista envolvimento do reto.^{2,4}

O caso clínico descrito reporta o seguimento realizado durante 3 décadas do primeiro caso diagnosticado na nossa instituição, de uma família com PAM. O primeiro membro da família, objeto de estudo, foi a doente X que desenvolveu CCR síncrono (cólon ascendente e transição retosigmoideia) aos 39 anos. À data do diagnóstico, em 1995, a doente não foi referenciada para consulta de estudo genético. O estudo genético foi realizado 11 anos mais tarde, aquando da identificação da polipose adenomatosa na sua irmã, doente Y, aos 55 anos. Sinalizou-se homozigotia nas duas irmãs, confirmando o padrão recessivo característico da PAM e 7 indivíduos (filhos) com heterozigotia para a mutação do gene MUTYH.

Baseado no resultado do estudo genético, a doente X manteve seguimento colorretal com colonoscopia total e iniciou EDA para estudo do tubo digestivo superior. Em simultâneo, propôs-se à doente Y cirurgia profilática que a doente recusou. Por conseguinte, manteve vigilância com colonoscopia total anual e EDA, tendo vindo a aceitar a cirurgia profilática 4 anos mais tarde.

Na família apresentada, destacam-se dois indivíduos com CCR (doente Z e doente X) e um indivíduo submetido a cirurgia profilática (doente Y). Atualmente encontram-se 4 indivíduos em programa de rastreio para prevenção de CCR na instituição.

Face aos mais recentes avanços científicos, a abordagem cirúrgica das doentes estudadas é passível de discussão. Segundo as recomendações internacionais, o tratamento cirúrgico a propor no caso de PAM consiste na colectomia total com anastomose ileorretal, sempre que não haja envolvimento do reto.

No entanto, quer no momento do primeiro diagnóstico de CCR da doente X quer do diagnóstico de polipose da doente Y, e apesar do diagnóstico de PAM ainda não ter sido confirmado, poder-se-ia ter proposto cirurgia menos conservadora.

De facto, a PAM é, em geral, considerada menos agressiva do que a Polipose Adenomatosa Familiar. No entanto, o risco de desenvolvimento de CCR na PAM mantém-se elevado, com valores de 19% aos 50 anos e de 43% aos 60 anos de idade,^{1,2} pelo que a realização de cirurgia menos invasiva é considerada pouco benéfica. O caso familiar apresentado é disso exemplo. Em ambos

os casos, a realização de cirurgias mais conservadoras permitiu o desenvolvimento de polipose no restante cólon, com necessidade de várias intervenções cirúrgicas com taxas de morbidade elevadas. A cirurgia profilática do cólon permite a prevenção do desenvolvimento de CCR, evitando assim tratamentos adjuvantes como quimioterapia e radioterapia.

CONCLUSÃO

Em conclusão, em resultado dos recentes avanços na abordagem da PAM, a conduta terapêutica do caso familiar descrito não foi, de todo, linear. Assim, a sua análise deve considerar esta evolução. A escolha da vigilância endoscópica em detrimento da cirurgia profilática demonstrou ser menos eficaz na prevenção de CCR. ■■■

REFERÊNCIAS

1. van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE, Dekker E, Jover R, Kaminski MF, et al. *Endoscopic management of polyposis syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. *Endoscopy*. 2019; 51:877–95.
2. Stjepanovic N, Moreira L, Carneiro F, Balaguer F, Cervantes A, Balmaña J, et al. *Hereditary gastrointestinal cancers: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Ann Oncol*. 2019; 30:1558–71.
3. Zorcolo L, Fantola G, Balestrino L, Restivo A, Vivanet C, Spina F, et al. *MUTYH-associated colon disease: Adenomatous polyposis is only one of the possible phenotypes. A family report and literature review*. *Tumori*. 2011; 97:676–80.
4. Gupta S, Weiss JM, Burke CA, Chen L-M, Chung DC, Clayback KM, et al. *NCCN Guidelines® Insights: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal Version 1.2021*. *J Natl Compr Canc Netw*. 2021; 19:1122–32.
5. Monahan KJ, Bradshaw N, Dolwani S, Desouza B, Dunlop MG, East JE, et al. *Guidelines for the management of hereditary colorectal cancer from the British Society of Gastroenterology (BSG)/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)/United Kingdom Cancer Genetics Group (UKCGG)*. *Gut*. 2020; 69:411–44.
6. Colas C, Bonadona V, Baert-Desurmont S, Bonnet D, Coulet F, Dhooge M, et al. *MUTYH-associated polyposis: Review and update of the French recommendations established in 2012 under the auspices of the National Cancer institute (INCa): MUTYH-associated polyposis: review and French recommendations*. *Eur J Med Genet*. 2020; 63:104078.
7. Venesio T, Balsamo A, D'Agostino VG, Ranzani GN. *MUTYH-associated polyposis (MAP), the syndrome implicating base excision repair in inherited predisposition to colorectal tumors*. *Front Oncol*. 2012; 2:83.

Doença inflamatória intestinal: três casos clínicos que refletem a necessidade de abordagens médico-cirúrgicas diferenciadas

INTRODUÇÃO

Ministro P

Um dos paradigmas da necessidade de articulação médico cirúrgica para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados são as Doenças Inflamatórias do Intestino (DII).

As DII são doenças crônicas com um espectro clínico determinado pelo tipo de doença, extensão, existência de manifestações extraintestinais (MEI) e, na Doença de Crohn, pelo comportamento e localização. A evolução das DII caracteriza-se pela alternância de períodos de agudização com períodos de remissão. O objetivo último da terapêutica é a remissão clínica, endoscópica e manutenção da qualidade de vida.

Doenças complexas, exigem abordagens complexas e equipas diferenciadas para, a cada momento, tomar as decisões necessárias tendo como objetivo alcançar os alvos terapêuticos possíveis e desejáveis para cada doente.

Apesar dos avanços da terapêutica médica, em termos de fármacos e de estratégias terapêuticas, a cirurgia é fundamental no processo terapêutico, quer para tratar complicações após falha da terapêutica médica, quer precocemente para indução de remissão, sendo o paradigma

desta abordagem a doença ileal; na Doença de Crohn perianal essa comunhão terapêutica é efetuada passo a passo, desde o início até terapêuticas tecnicamente mais avançadas.

Sendo os objetivos da terapêutica amplamente conhecidos, obtê-los pode ser uma tarefa árdua. A complexidade que alguns doentes apresentam pode estar relacionada com a doença (fenótipo, falha de resposta terapêutica, MEI), comorbilidades (cardiovasculares, oncológicas) objetivos de vida a curto prazo, condições psicológicas, profissionais e sociais. As opções terapêuticas devem ser pensadas partindo desta base por equipas multidisciplinares, mais ou menos alargadas, cuja base é a gastroenterologia e a cirurgia coloproctológica.

Nesta reunião da coloproctologia apresentámos três casos que exemplificam a forma como a interação médico cirúrgica é imprescindível para a terapêutica das DII.

Paula Ministro

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CASO CLÍNICO 1

Proctite refratária

Rodrigues C, Valério F, Casimiro C, Ministro P

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso de uma mulher de 31 anos diagnosticada aos 22 anos de idade (em 2012) com colite ulcerosa, segundo a classificação de Montreal (E1) – proctite ulcerosa (PU). Previamente a este diagnóstico, não apresentava antecedentes pessoais de relevo e desconhecia antecedentes familiares de doença inflamatória intestinal ou cancro colorectal. Não estava medicada e negava hábitos tabágicos. Foi efetuada otimização da terapêutica com 5-ASA tópica e oral, mas houve necessidade da instituição de corticosteroides orais para controlo sintomático da doença. Por apresentar proctite refratária e corticodependência, em 2016 iniciou terapêutica imunomoduladora com azatioprina. Contudo, mantinha atividade clínica, biológica e endoscópica marcada, pelo que, de 2018 a 2020 foi tentada toda a linha terapêutica biológica disponível (infliximab, vedolizumab e por fim ustecinumab) nunca se conseguindo remissão clínica ou endoscópica. Em 2021 iniciou tofacitinib, com a qual a doente apresentou uma resposta clínica inicial sem remissão com manutenção da atividade endoscópica. Todavia recidiva sintomaticamente quando se tenta a redução para a dose manutenção pelo que se aumentou de novo a dose para 10 mg 2 id. Durante todo o curso da doença foi excluída, sistematicamente, a existência de sobreinfecções, nomeadamente por *Citomegalovirus*, *Clostridioides difficile* e doenças sexualmente transmissíveis.

Volvidos quase dez anos de doença de difícil controlo

Cláudio Rodrigues

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE

Fernando Valério

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Paula Ministro

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE

e tratando-se de uma jovem que ambiciona ser mãe a curto-prazo, impôs-se a questão de que novos trilhos terapêuticos se poderiam perseguir. Após extensa e informada discussão com a paciente acerca da evidência médica disponível atualmente, e em concertação e em estreita proximidade com a equipa de cirurgia colorectal, decidiu-se a abordagem cirúrgica com realização de apendicectomia laparoscópica numa tentativa de controlo da doença e a possibilidade de regressão terapêutica. A cirurgia eletiva decorreu sem incidentes e o exame histológico do apêndice ileocecal revelou apenas alterações reativas inespecíficas. Manteve-se a terapêutica com tofacitinib 10 mg bid. Reavaliada um mês depois, não apresentava sintomas proctológicos, mas mantinha, contudo, 3 a 4 dejeções diárias com perdas hemáticas vestigiais em menos de 50% das dejeções. Ao 3º mês a doente apresentava-se em remissão clínica, sem remissão biológica ou endoscópica.

DISCUSSÃO

No espectro da CU, 25–55% dos doentes apresentam-se com PU no momento do diagnóstico. A extensão proximal acontece em até 28% dos casos de PU após 5A de follow-up.¹ Na primeira linha de tratamento na PU activa ligeira-a-moderada permanece o ácido aminosalicílico rectal (5-ASA), não obstante os casos de refratariedade poderem determinar o uso de imunomoduladores, biológicos e cirurgia. O tratamento da PU refratária é desafiante, porque tradicionalmente estes doentes são sistematicamente excluídos dos ensaios clínicos randomizados com os novos fármacos para a doença inflamatória intestinal.

O apêndice ileocecal apesar de classicamente descrito como um órgão vestigial, afigurar-se como peça importante do sistema imunitário, com uma função distinta no *gut associated lymphoid tissue* (GALT), aparentemente sediada na interação e handling das bactérias intestinais.² Desde 1987 tem sido apontada a associação de menores taxas de apendicectomia nos pacientes com CU comparativamente

TABELA 1 Apendicectomia e CU

Tabela 1 Apendicectomia e CU	Tipo de estudo	Nº de doentes	Follow-up médio	Apendicectomia antes do diagnóstico	Apendicectomia após diagnóstico	Conclusões
Naganuma <i>et al.</i> 2001 ⁶	Case-control	325	-	✓	-	Proteção contra desenvolvimento
Selby <i>et al.</i> 2002 ⁷	Case-control	259	-	✓	✓	Proteção contra desenvolvimento, mas não afeta o curso
Radford-Smith <i>et al.</i> 2002 ⁸	Case-control	307	-	✓	-	Papel protector no início e severidade; < necessidade de imunossupressão
Florin <i>et al.</i> 2004 ⁹	Case-control	294	-	✓	-	Favorável: menores taxas de colectomia
Bolin <i>et al.</i> 2009 ¹⁰	Coorte prospectivo	30 (PU)	14 m	-	✓	Favorável
Bageacu <i>et al.</i> 2011 ¹¹	Case series	8 (PU)	3.6 anos	-	✓	Favorável
Lee <i>et al.</i> 2015 ¹²	Coorte retrospectivo	2648	-	✓	-	Sem influência na extensão da doença ao diagnóstico, na terapêutica, extensão proximal ou colectomia
Sahami <i>et al.</i> 2016 ⁴	Estudo piloto prospectivo (PASSION study)	30	12m	-	✓	Favorável

aos controlos saudáveis, pelo que se tem indagado acerca da sua influência no risco de desenvolvimento da doença e também no curso da doença estabelecida.³

Sahami e colegas sugeriram as ligações mecánicas entre a CU e o apêndice: (1) na CU existe redução significativa na quantidade de células caliciformes e um conseqüente defeito na barreira interna de mucina, condicionando maior penetração pelas bactérias luminais. Atendendo à consideração de que o apêndice poderá ser um reservatório para bactérias comensais, a apendicectomia pode aliar-se a um potencial benefício ao evitar a recolonização do cólon, potencialmente melhorando o curso da doença pela menor carga bacteriana passível de despoletar inflamação; (2) o apêndice aparenta ser um local proeminente na geração de linfócitos B produtores de Imunoglobulina A, dotados da capacidade de migração para o cólon e de atuar contra estirpes bacterianas colitogénicas. Foi sugerido que os doentes com CU possam ter um repertório aberrante daquelas células imunitárias que encimam um ambiente colitogénico; (3) o apêndice é curiosamente rico em células T *Natural Killer*

produtoras de Interleucina-13 (IL-13) comparativamente ao cólon e delgado. A IL-13, por sua vez, pode no contexto da CU, mediar uma resposta Th₂ aberrante, afetando a função de barreira epitelial e aumentando a exposição ao conteúdo luminal, contribuindo, em última instância, para a cascata inflamatória da doença. Compreende-se, portanto, que a remoção do apêndice afigura-se uma hipótese atrativa particularmente quando se esgotam todas as opções médicas disponíveis como foi exposto no caso clínico apresentado.⁴

Em 2009 um estudo de base binacional da Dinamarca e Suécia mostrou que apendicectomia quando realizada antes dos 20 anos de idade por apendicite ou linfadenite mesentérica parece reduzir o risco do desenvolvimento de CU.⁵ Globalmente a maioria dos estudos neste tópico (tabela 1) sugerem um efeito benéfico da apendicectomia no curso da CU (redução da taxa de recidiva, redução da necessidade de imunossupressão, entre outros), sendo que no caso da PU a evidência é mais escassa, mas ainda assim favorável. Porém, o papel terapêutico da apendicectomia para a CU refratária permanece por ser provado. ■■■

BIBLIOGRAFIA

1. Dubois E, Moens A, Geelen R, Sabino J, Ferrante M, Vermeire S. *Long-term outcomes of patients with ulcerative proctitis: Analysis from a large referral centre cohort*. United European Gastroenterol J. 2020; 8:933-41.
2. Kooij IA, Sahami S, Meijer SL, Buskens CJ, Te Velde AA. *The immunology of the vermiform appendix: a review of the literature*. Clin Experiment Immunol. 2016; 186:1-9.
3. Gilat T, Hachohen D, Lilos P, Langman MJ. *Childhood factors in ulcerative colitis and Crohn's disease: An international cooperative study*. Scand J Gastroenterol. 1987; 22:1009-24.
4. Sahami S, Kooij IA, Meijer SL, Van den Brink JR, Buskens CJ, Te Velde AA. *The link between the appendix and ulcerative colitis: Clinical relevance and potential immunological mechanisms*. Am J Gastroenterol. 2016; 111:163-9.
5. Frisch M, Pedersen BV, Andersson RE. *Appendicitis, mesenteric lymphadenitis, and subsequent risk of ulcerative colitis: cohort studies in Sweden and Denmark*. BMJ 2009; 338:b716.
6. Naganuma M, Iizuka B, Torii A, Ogihara T, Kawamura Y, Ichinose M, et al. *Appendectomy protects against the development of ulcerative colitis and reduces its recurrence: Results of a multicenter case-controlled study in Japan*. Am J Gastroenterol. 2001; 96:1123-6.
7. Selby WS, Griffin S, Abraham N, Solomon MJ. *Appendectomy protects against the development of ulcerative colitis but does not affect its course*. Am J Gastroenterol. 2002; 97:2834-8.
8. Radford-Smith GL, Edwards JE, Purdie DM, Pandeya N, Watson M, Martin NG, et al. *Protective role of appendectomy on onset and severity of ulcerative colitis and Crohn's disease*. Gut. 2002; 51:808-13.
9. Florin TH, Pandeya N, Radford-Smith GL. *Epidemiology of appendectomy in primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: its influence on the clinical behaviour of these diseases*. Gut. 2004; 53:973-9.
10. Bolin TD, Wong S, Crouch R, Engelman JL, Riordan SM. *Appendectomy as a therapy for ulcerative proctitis*. Am J Gastroenterol. 2009; 104:2476-82.
11. Bageacu S, Coatmeur O, Lemaitre JP, Lointier P, Del Tedesco E, Phelip JM, et al. *Appendectomy as a potential therapy for refractory ulcerative proctitis*. Aliment Pharmacol Ther. 2011; 34:257-8.
12. Lee HS, Park SH, Yang SK, Kim SO, Soh JS, Lee S, et al. *Appendectomy and the clinical course of ulcerative colitis: a retrospective cohort study and a nested case-control study from Korea*. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 30:470-7.

CASO CLÍNICO 2

Cirurgia em doente com Doença de Crohn e Melanoma

Temido MJ, Lopes S, Manso A, Portela F

CASO CLÍNICO

Doente de 47 anos, do sexo feminino, referenciada a consulta de Gastrenterologia por alterações sugestivas de Doença de Crohn (DC) ileal em tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica realizada para estadiamento de neoplasia. O exame de imagem revelava espessamento parietal com hiperrealce de segmento de 26cm de íleon terminal, bem como espessamento e estenose focais de ansa ileal a montante, totalizando 40-50cm de extensão, com sinal do “pente”. Em consulta, a doente referia quadro de desconforto abdominal generalizado e diarreia, que não tinha anteriormente valorizado. Reportava quadro com cerca de três anos de evolução de 2 a 3 dejeções por dia sem sangue ou muco, sem urgência defecatória e sem dejeções noturnas. Relatava ainda que, nos cinco meses precedentes, havia perdido cerca de oito quilos. A doente tinha como antecedentes pessoais de relevo melanoma maligno, inicialmente totalmente removido com biópsia excisional, mas submetido a alargamento excisional e esvaziamento ganglionar por focos de lesão residual compatíveis com microsaturitose. A avaliação anatomo-patológica mostrou focos neoplásicos em 2

gânglios pelo que foi discutida a hipótese de tratamento adjuvante. A sua medicação habitual incluía alprazolam e probiótico, bem como loperamida em SOS. Negava hábitos alcoólicos, era fumadora com carga tabágica de 10 unidades-maço-ano. Realizou colonoscopia total que não mostrava alterações, apesar de percorridos os 5 centímetros distais do ileon terminal. As biópsias de ileon realizadas mostravam mucosa ileal de morfologia preservada. Posteriormente, foi submetida a enteroscopia de duplo balão que mostrou no íleon terminal, a partir de percorridos 10 centímetros várias úlceras serpiginosas e estenose relativa com ulceração que não se conseguiu franquear. As biópsias realizadas mostraram lléite crónica com atividade severa, tendo sido estabelecido o diagnóstico de DC. A doente iniciou terapêutica com budesonido, tendo obtido algum alívio sintomático. A reavaliação com ecografia axilar e tomografia por emissão de positrões (PET) não mostrou sinais de doença metastática pelo que manteve apenas protocolo de seguimento oncológico. Cerca de três meses depois, volta a ter novo quadro de agravamento com diarreia e dor abdominal. Analiticamente, apresentava hemoglobina 6g/dL e ferritina indoseável. Realizou uma ecografia abdominal que mostrou espessamento da parede do íleon terminal compreendendo um segmento com 25- 30 cm, com sinal de Doppler (score Limberg 3) e com dilatação ligeira a montante. Iniciou, então, ciclo de corticoterapia com prednisolona 40 miligramas por dia em esquema de desmame. Houve novamente melhoria sintomática até se encontrar a tomar 5 miligramas por dia. Nesta semana, a doente apresentou queixas de astenia marcada e desconforto à palpação da fossa ilíaca direita. Analiticamente apresentava novamente anemia ferropénica. Realizou ecografia abdominal que revelou novamente o espessamento da parede do íleon terminal, desta vez com aparente presença de plastron, sem coleções abcedadas. O caso foi discutido em reunião de decisão terapêutica (RDT) multidisciplinar pelo que foi proposto

Maria José Temido

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Sandra Lopes

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

António Manso

Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Francisco Portela

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ciclo de antibioterapia com ciprofloxacina e terapêutica com vedolizumab. Iniciou novamente corticoterapia, desta vez com prednisolona 20 miligramas por dia em esquema de desmame, enquanto aguardava aprovação do fármaco biológico. A terapêutica com vedolizumab não levou a remissão sintomática tendo a doente iniciado novamente clínica de diarreia e dor abdominal após término da corticoterapia. Foi intensificada a terapêutica com o biológico e reiniciou corticoterapia. Cerca de um mês depois, foi reavaliada com enterografia por TC que mostrou espessamento e estratificação do íleon terminal, associado a redução do lúmen e sinal do pente, com uma extensão de 33cm. O caso foi novamente discutido em RDT e foi decidido alterar a terapêutica médica para ustecinumab. Apesar disto, também este fármaco não promoveu o alívio completo de sintomas e, um mês após o início da medicação, a doente apresenta-se com astenia marcada e valor de hemoglobina de 5.8g/dL: O quadro de doença ativa manteve-se apesar da intensificação do esquema terapêutico (ustecinumab, 90 mg, 4 em 4 semanas). Adicionalmente a doente teve dois episódios de infeções do trato urinário. Este facto, levou à revisão das imagens de entero-TC, tendo sido levantada a suspeita de fistula entero-vesical. Assim sendo, e por falência de terapêutica médica, foi proposta para cirurgia de ressecção, tendo sido realizada ressecção ileocecal (segmento ileal com 58 cm, sem evidencia de fistula entero-vesical). Nove meses após a cirurgia, a doente mantém-se com alívio sintomático e sem alterações analíticas sugestivas de doença em atividade.

DISCUSSÃO

Apresentamos o caso de uma doente com DC com melanoma maligno associado. A doença inflamatória intestinal parece estar associada a um aumento de risco de melanoma, principalmente em casos de DC.¹ Para além disto, terapêuticas anti-fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF) como infliximab ou adalimumab parecem ter associação com um aumento do risco de neoplasias malignas da pele, principalmente não-melanoma, mas também de melanoma.¹⁻³ Terapêuticas mais recentes, como o vedolizumab, não parecem aumentar o risco de neoplasias malignas⁴ e a toma de ustecinumab associa-

-se a taxas de melanoma semelhantes às da população geral.³ No caso apresentado, a utilização de terapêuticas anti-TNF, apesar de serem a primeira linha para tratamento de DC, não foi considerada por se tratar de uma doente com neoplasia cutânea concomitante. Assim sendo, em doente com DC, cortico-dependente, com melanoma maligno disseminado, a primeira opção terapêutica foi início de terapêutica médica com vedolizumab, dado o potencial menor risco de agravamento da neoplasia que esta terapêutica acarreta.

A maioria dos doentes com DC necessitam de cirurgia ao longo da sua vida.⁵ A ressecção cirúrgica foi sendo, geralmente, apenas reservada para doentes em que ocorra fraca resposta à terapêutica médica ou com complicações como estenoses, fistulas ou abscessos.⁶

Apesar disto, o ensaio controlado e randomizado LIRIC mostrou que, nos casos de doença ileocecal limitada (menor que 40cm) não estenosante e não penetrante, a cirurgia representa uma alternativa à terapêutica médica, com resultados semelhantes.⁷ Este estudo mostrou não haver diferenças na qualidade de vida um ano após o início do *follow-up* e que os custos eram mais reduzidos nos doentes submetidos a cirurgia. No seguimento verificou-se que os doentes submetidos a ressecção não necessitaram de reintervenção e que mais de metade dos doentes inicialmente submetidos a terapêutica biológica tiveram necessidade de cirurgia. Este trabalho levantou a discussão acerca de qual a melhor arma terapêutica a utilizar em DC inflamatória localizada e pouco extensa. Esta indicação foi nomeadamente acrescentada às recomendações europeias mais recentes para a abordagem cirúrgica na DC.⁸

Para além disto, começa a ser levantada controvérsia acerca de qual a melhor estratégia a implementar em doentes com DC refratária a terapêutica médica e em que momento deverá ser abandonada a escalada de terapêutica médica e ser iniciada a abordagem cirúrgica. Com o crescente número de opções terapêuticas disponíveis poderá existir a tendência de as esgotar, perdendo o momento mais adequado para a opção cirúrgica, resultando em futilidade terapêutica.⁹ Por outro lado, é importante ressaltar que a abordagem cirúrgica na DC não é curativa, pelo que deve ter, como principal

objetivo o controlo de sintomas, preservando a maior extensão intestinal possível e mantendo a função.¹⁰ No caso desta doente, por se tratar de um segmento longo de doença, o risco de recorrência seria alto, pelo que haveria a necessidade de terapêutica profilática.

Após falência do vedolizumab, foi novamente privilegiada a opção médica, desta vez com ustecinumab atendendo ao previamente exposto, nomeadamente à previsível necessidade de manter terapêutica profilática após a intervenção cirúrgica. Apenas após a ausência de resposta completa ao Ustecinumab foi considerada a terapêutica cirúrgica. Para além da refratariedade a várias terapêuticas imunomoduladoras, a presença de fistulas entero-vesicais é indicação para ressecção cirúrgica, sobretudo na presença de doença sintomática como infeções do trato urinário recorrentes.¹¹ Assim sendo, a cirurgia de ressecção foi considerada a melhor opção no caso desta doente. ■■■

REFERÊNCIAS

1. Long MD, Martin CF, Pipkin CA, Herfarth AA, Sandler RS, Kappelman MD. *Risk of melanoma and nonmelanoma skin cancer among patients with inflammatory bowel disease*. Gastroenterology. 2012; 143:390-9.e1.
2. Esse S, Mason KJ, Green AC, Warren RB. *Melanoma risk in patients treated with biologic therapy for common inflammatory diseases: A systematic review and meta-analysis*. JAMA Dermatology. 2020; 156:787-94.
3. Moran GW, Lim AW, Bailey JL, Dubeau MF, Leung Y, Devlin SM, et al. *Review article: Dermatological complications of immunosuppressive and anti-TNF therapy in inflammatory bowel disease*. Aliment Pharmacol Ther. 2013; 38:1002-24.
4. Click B, Regueiro M. *Managing risks with biologics*. Curr Gastroenterol Rep. 2019; 21:1.
5. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. *Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohn's disease*. Ann Surg. 2000; 231:38-45.
6. Torres J, Mehndru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. *Crohn's disease*. Lancet. 2017; 389(10080):1741-55.
7. Ponsioen CY, de Groof EJ, Eshuis EJ, Gardenbroek TJ, Bossuyt PMM, Hart A, et al. *Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial*. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017 ;2:785-92.
8. Adamina M, Bonovas S, Raine T, Spinelli A, Warusavitarne J, Armuzzi A, et al. *ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment*. J Crohn's Colitis. 2020; 14:155-68.
9. Kroesen AJ. *Early Surgery in Inflammatory Bowel Diseases Is a Better Option than Prolonged Conservative Treatment*. Visc Med. 2019; 35:355-8.
10. Feinberg AE, Valente MA. *Elective abdominal surgery for inflammatory bowel disease*. Surg Clin North Am. 2019; 99:1123-40.
11. Meima-van Praag EM, Buskens CJ, Hompes R, Bemelman WA. *Surgical management of Crohn's disease: a state of the art review*. Int J Colorectal Dis. 2021; 36:1133-45.

CASO CLÍNICO 3

Doença de Crohn perianal – terapêutica com células estaminais

Ministro P, Pavão T, Valério F, Casimiro C

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino com 39 anos de idade com diagnóstico de Doença de Crohn (DC) classificado como A2 L1 B3p (Classificação de Montreal).

O diagnóstico foi efetuado em 2002, aos 21 anos de idade. A apresentação da doença fez-se com quadro de ventre agudo com perfuração intestinal e necessidade de cirurgia emergente. Foi efetuada resseção ileo ceco cólica e anastomose primária. Em 2006 foi diagnosticada a doença perianal. Desde 2006 até 2020 foi submetido a três cirurgias anais, duas em 2006 e uma 2016 que envolveram drenagem de coleções abcedadas e colocação de setons. Foi medicado previamente com corticosteróides, antibioterapia, azatioprina, infliximab, adalimumab e vedolizumab.

Em Novembro 2020 apresentava em termos da doença luminal recidiva endoscópica Rutgerts i4 (estenose) mas com ausência de recidiva clínica. Os marcadores biológicos de atividade séricos e fecais traduziam a atividade endoscópica (PCR e calprotectina); a doença perianal mantinha atividade apresentando drenagem hemato-purulenta persistente, dor e tumefação perianal com impacto na atividade sexual.

O estudo combinado de RMN pélvica e ecoendoscopia endoanal com sonda rígida mostrou a existência de fistula complexa, transesfinctérica, com uma abertura interna e duas aberturas externas, ausência de coleções e hiperin-

tensidade nos trajetos fistulosos após administração de *gadolinium*.

Em termos de terapêutica médica estava medicado com ustecinumab 90 mg sc cada 8 semanas. Foi proposto em reunião multidisciplinar de DII terapêutica com células estaminais, a qual efetuou em Dezembro de 2020. O protocolo de injeção células estaminais envolve a exploração prévia do/dos trajetos com colocação loose setons e drenagem de focos séticos. O procedimento foi efetuado com o doente em posição de litotomia sob anestesia geral, foram retirados os setons efetuada curetagem dos trajetos, lavagem com soro fisiológico, encerramento do orifício interno com fio monofilamentar absorvível e posteriormente procedeu-se à injeção das células começando junto do orifício interno e ao longo dos trajetos (120 milhões de células). No pós-operatório apresentou algumas queixas álgicas com necessidade de analgesia oral tendo tido alta no dia seguinte ao procedimento

Manteve durante 2021 terapêutica com ustecinumab, não teve necessidade de antibioterapia. Após 12 meses de seguimento apresenta encerramento do orifício interno, sem encerramento do orifício externo, drenagem escassa e episódica referida pelo doente mas não presenciada, ausência tumefação, dor, ou limitações na atividade sexual (avaliação clínica, por RMN e eco endo-anal). Apresentou um quadro sub-oclusivo Outubro de 2021 o qual respondeu à terapêutica médica. Realizou dilatação endoscópica com balão CRE.

Paula Ministro

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE

Tiago Pavão

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Fernando Valério

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu

DISCUSSÃO

A Doença de Crohn apresenta-se como um processo inflamatório transmural e pode ocorrer em qualquer localização do tubo digestivo bem como na região perianal. Apresenta um curso clínico diversificado em que se alternam períodos de remissão com períodos sintomáticos. Os sintomas estão relacionados com o fenótipo da doença, localização e comportamento.

A doença perianal penetrante apresenta uma incidência cumulativa crescente com a evolução da doença, a qual

se situa entre os 26 a 30% aos 20 anos de evolução.^{1,2} A prevalência da doença perianal é mais elevada quando a doença luminal atinge o cólon ou reto, sendo mais baixa na localização ileal.

As fistulas associadas à DC são complexas em 50 a 80% dos casos, ou seja, supra, extra ou transesfincterias altas ou múlti-orificiais, podendo ainda, envolver outros órgãos pélvicos como a vagina e a uretra.³⁻⁵ A classificação das fistulas entre simples e complexas é importante pois as fistulas complexas apresentam uma taxa de cicatrização de 64,4 % e apenas 37% dos casos apresentam remissão aos 10 anos enquanto que nas fistulas simples a taxa de cicatrização é de 88,2 % e aos 10 anos 66,4% dos doentes estão em remissão.^{6,7}

Os objetivos da terapêutica da DC perianal são o tratamento da sépsis perianal, preservação estrutural do esfíncter anal e da função esfíncteriana, cicatrização dos trajetos fistulosos, prevenção da recorrência, evitar a derivação do trânsito intestinal e otimizar a qualidade de vida nas suas diferentes dimensões.

O tratamento das fistulas complexas associadas à DC combina abordagem médica e cirúrgica, a qual engloba de forma sequencial o controlo da sépsis com antibio-terapia sistémica e drenagem das coleções através da colocação de loose setons e o controlo da doença de base através de fármacos biotecnológicos associados ou não a imunomoduladores.

A doença perianal refratária define-se como aquela em que, sob terapêutica médica otimizada, não ocorre cicatrização dos trajetos fistulosos, persiste a drenagem com recorrência de coleções; há recorrência da doença previamente em remissão. Um terço dos doentes tem doença refratária e 20% dos doentes com doença refratária necessita de proctectomia para controlo da doença.⁸

Na doença refratária existem opções cirúrgicas, similares às usadas para o tratamento das fistulas criptogénicas, contudo, com resultados dispare e sem evidência robusta que suporte a sua utilização. Como último recurso poderá haver necessidade de realização de derivação do trânsito com a construção de ostomia temporária ou definitiva.

Uma revisão sistemática das diferentes opções terapêuticas usadas na DC fistulizante perianal mostrou uma grande variabilidade em termos de ausência de resposta

(0 a 80%) e recidiva (0 a 66%) . No entanto, os resultados são difíceis de interpretar devido a heterogeneidade dos estudos, diferente metodologia, definição de objetivos e duração do seguimento. Apesar de todas as limitações, os achados sugerem que existe elevada percentagem de insucesso terapêutico e de recidiva realçando a necessidade de novas opções terapêuticas.⁹

Dentro das novas opções terapêuticas, encontram-se a utilização de matrizes biológicas e artificiais, injetáveis localmente, bem como as células estaminais (CE) autólogas ou alogénicas.

As CE são células indiferenciadas que têm a capacidade de autorrenovação, diferenciação e são programáveis por fatores transcricionais. Elas podem adotar um fenótipo anti-inflamatório ou pró-inflamatório segundo o meio em que se encontram, estabelecendo uma relação dinâmica com o sistema imune inato e adaptativo.¹⁰

As CE adiposas podem ser obtidas de modo autólogo ou alogénico. As CE autólogas são colhidas do próprio doente e injetadas a nível dos tecidos circundantes às fistulas. A metodologia utilizada para a preparação, conservação e injeção das células é heterogénea e a evidência que suporta o seu uso é escassa.¹¹⁻¹⁵ As CE alogénicas são obtidas de um dador saudável, sofrem um processo de preparação homogéneo, têm baixa imunogenicidade, tolerância adequada, estão prontas a utilizar e têm uma qualidade consistente.^{16,17} O mecanismo de ação das CE é complexo e diversificado salientando-se a imunomodulação, promoção e regeneração tecidual, angiogénese e cicatrização.¹⁸ Alguns autores defendem que o efeito terapêutico na DC perianal é mediado principalmente pelas suas propriedades anti inflamatórias.¹⁹

O darvadstrocel (DVT), consiste numa suspensão de células estaminais alogénicas, expandidas com origem em tecido adiposo, e é a primeira terapêutica celular aprovada para a DC. Foi aprovado pela Agência Europeia do Medicamento para uso da doença perianal refratária ao tratamento convencional, do qual fazem parte os imunomoduladores ou terapêutica biotecnológica, após análise da evidência resultante de estudo de fase III.¹⁷

O DVT foi comparado com a terapêutica standard num estudo randomizado, controlado, duplamente cego, multicêntrico. Todos os doentes apresentavam fistulas

complexas com dois ou mais orifícios externos associadas a coleções abcedadas; os critérios adicionais de seleção foram a existência de não mais do que 2 orifícios internos e não mais do que 3 orifícios externos com drenagem persistente há mais de 6 semanas. Só foram considerados para terapêutica doentes refratários a 1 ou mais tratamentos concomitantes: antibióticos durante 1 mês, imunomoduladores durante 3 meses ou anti TNF em fase de terapêutica de manutenção. Foram excluídos doentes com proctite severa, fistulas reto vaginais, estenose anal, naíves de terapêutica médica, sob corticosteróides nas 4 semanas anteriores ao tratamento. Todos os doentes foram submetidos a avaliação prévia com drenagem das coleções, colocação de *loose setons* e posteriormente submetidos a encerramento do/dos orifício/s interno/s. No grupo placebo foi injetado soro fisiológico e no braço ativo o DVT (120 milhões de células). O objetivo primário do estudo era o encerramento de todos os orifícios externos que apresentavam drenagem na avaliação clínica pré terapêutica e a ausência de coleções abcedadas superiores a 2 cm na RMN pélvica, às 24 semanas. Foram randomizados 212 doentes, 107 para DVT e 105 para o grupo de controlo, sem diferenças nos dados demográficos ou características da doença. O objetivo primário, remissão clínica e imagiológica (RMN) pelos critérios definidos, foi conseguido. Verificou-se que a taxa de remissão combinada às 24 semanas foi significativamente maior no grupo do DVT do que o grupo controlo (49.5% vs. 34.3%, respetivamente; diferença 15.2% com IC 97.5% 0.2-30.3; $p=0.024$) e que às 52 semanas a resposta persistia (54.2% vs 37.1%, respetivamente; diferença de 17.1% com IC 95% 3.9-30.3; $p=0.012$). Durante as 52 semanas de seguimento não se verificaram efeitos adversos graves sendo os mais frequentes a proctalgia e os abscessos perianais, sem diferenças significativas entre os grupos.¹⁷

O caso clínico que expusemos ilustra as limitações da terapêutica médica da doença de Crohn em fenótipos mais agressivos e salienta a necessidade de abordagem diferenciada e multidisciplinar. Pelo que expusemos a evidência para o uso das células estaminais em doentes refratários parece-nos clara. Neste caso, o DVT acrescentou à terapêutica standard uma remissão clínica e imagiológica duradora em relação à localização perianal.

No entanto, a terapêutica com ustecinumab não conseguiu evitar a recidiva clínica e endoscópica da doença luminal tendo sido necessário a realização de dilatação de estenose no ileon neoterminal. ■■■

BIBLIOGRAFIA

1. Park SH, Aniwan S, Scott Harmsen W, et al. Update on the natural course of fistulizing perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Inflamm Bowel Dis*. 2019; 25:1054–60. doi:10.1093/ibd/izy329
2. Schwartz DA, Loftus E V., Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002; 122:875–80. doi:10.1053/gast.2002.32362
3. Bell SJ, Williams AB, Wiesel P, et al. The clinical course of fistulating Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003; 17:1145–51. doi:10.1046/j.1365-2036.2003.01561.x
4. Chaparro M, Burgueno P, Vera I, et al. Epidemiological study of perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2011; 140 Suppl:S736. doi:10.1016/S0016-5085(11)63061-8
5. Eglinton TW, Barclay ML, Geary RB, et al. The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum* 2012; 55:773–7. doi:10.1097/DCR.0B013E31825228B0
6. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, et al. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003;125:1508–30. doi:https://doi.org/10.1016/j.gastro.2003.08.025
7. Hellers G, Bergstrand O, Ewerth S, et al. Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease. *Gut* 1980; 21:525–7. doi:10.1136/gut.21.6.525
8. Molendijk I, Peeters KCMJ, Baeten CIM, et al. Improving the outcome of fistulising Crohn's disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2014; 28:505–18. doi:https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.04.011
9. Panes J, Reinisch W, Rupniewska E, et al. Burden and outcomes for complex perianal fistulas in Crohn's disease: Systematic review. *World J Gastroenterol* 2018; 24:4821–34. doi:10.3748/wjg.v24.i42.4821
10. Bernardo ME, Fibbe WE. Mesenchymal stromal cells: sensors and switchers of inflammation. *Cell Stem Cell* 2013; 13:392–402. doi:10.1016/j.stem.2013.09.006
11. Dietz AB, Dozois EJ, Fletcher JG, et al. Autologous mesenchymal stem cells, applied in a bioabsorbable matrix, for treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2017. 153; 59–62.e2. doi:10.1053/j.gastro.2017.04.001
12. Philandrianos C, Serrero M, Grimaud F, et al. First clinical case report of local microinjection of autologous fat and adipose-derived stromal vascular fraction for perianal fistula in Crohn's disease. *Stem Cell Res Ther*. 2018; 9:4. doi:10.1186/s13287-017-0736-6
13. Dige A, Hougaard HT, Agnholt J, et al. Efficacy of injection of freshly collected autologous adipose tissue into perianal fistulas in patients with Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2019;156: 2208–2216.e1. doi:10.1053/j.gastro.2019.02.005
14. Laureti S, Gionchetti P, Cappelli A, et al. Refractory complex Crohn's perianal fistulas: A role for autologous microfragmented adipose tissue injection. *Inflamm Bowel Dis*. 2020; 26:321–30. doi:10.1093/ibd/izz051
15. Sørensen KM, Jensen CH, Sheikh SP, et al. Treatment of fistulizing perianal Crohn's disease by autologous microfat enriched with adipose-derived regenerative cells. *Inflamm Bowel Dis*. 2021. doi:10.1093/ibd/izab276
16. de la Portilla F, Alba F, García-Olmo D, et al. Expanded allogeneic adipose-derived stem cells (eASCs) for the treatment of complex perianal fistula in Crohn's disease: results from a multicenter phase I/IIa clinical trial. *Int J Colorectal Dis*. 2013; 28:313–23. doi:10.1007/s00384-012-1581-9
17. Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, et al. Expanded allogeneic adipose-derived mesenchymal stem cells (Cx601) for complex perianal fistulas in Crohn's disease: a phase 3 randomised, double-blind controlled trial. *Lancet*. 2016; 388:1281–90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31203-X
18. Carvello M, Lightner A, Yamamoto T, et al. Mesenchymal stem cells for perianal Crohn's disease. *Cells*. 2019;8:764. doi:10.3390/cells8070764
19. Bisleghi G, Wolthuis A, Van Assche G, et al. Cx601 (darvadstrocel) for the treatment of perianal fistulizing Crohn's disease. *Expert Opin Biol Ther*. 2019; 19:607–16. doi:10.1080/14712598.2019.1623876

FORMAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA

Visão do Interno de Gastreenterologia

Leal C

A formação em coloproctologia é parte integrante do programa de internato em gastreenterologia, espelhando a elevada prevalência das patologias deste foro no dia-a-dia do gastreenterologista. A nível nacional e internacional, são várias as entidades que asseguram a qualidade assistencial, a investigação e o ensino em coloproctologia; a Sociedade Portuguesa de Coloproctologia acompanha as suas congéneres europeias na multidisciplinaridade dos seus corpos sociais. O interno de gastreenterologia atua diariamente em diversas áreas: doença inflamatória intestinal, doença diverticular, lesões do cólon e reto, distúrbios funcionais e proctologia. Em relação à doença inflamatória intestinal (DII), tem sido feito um esforço no sentido de definir as necessidades de aprendizagem e os conteúdos programáticos ao longo do internato.¹ Vários estudos publicados na literatura, como o de Gallinger *et al*,² mostram que as expectativas de internos e formadores não são as mesmas e que, no final da formação, uma percentagem importante de formandos não se considera competente na abordagem das manifestações extraintestinais e gravidez. Quanto às lesões do cólon e reto, a gastreenterologia tem hoje um papel fundamental no diagnóstico, tratamento e gestão de complicações. Considera-se que o interno deve ser capaz de executar uma colonoscopia diagnóstica de qualidade, com o mínimo desconforto para o doente e de excisar lesões não avançadas.³ Num inquérito nacional realizado em período pré-pandémico, foram identificadas como necessidades a formação endoscópica apoiada, a autonomia progressiva e a prática de diagnóstico ótico. Em relação às doenças funcionais, apesar da sua elevada prevalência, internos nacionais e internacionais destacam a pouca relevância

que lhes é dada nos vários currículos.⁴ Por último, em relação à proctologia, no mesmo inquérito nacional já citado, os internos consideraram os números mínimos de proctologia terapêutica inferiores ao adequado. Estes dados acompanham vários estudos reportados na literatura que evidenciam a alta taxa de erro diagnóstico em doença anorretal benigna.⁵ Sugerem-se a promoção de um currículo específico e a formação noutras áreas de especialidade como estratégias de melhoria. Assim, considera-se que a formação em coloproctologia, ainda que variável, se encontra globalmente acautelada no programa de internato, carecendo apenas da definição de competências/conhecimentos em áreas específicas. Para muito têm contado a possibilidade de realização de estágios opcionais, o feedback de formadores e os cursos e congressos ministrados por diversas sociedades. Independentemente de números, a formação do interno deve reger-se por objetivos concretos e ser pautada pela qualidade, o que se mede não só em sucesso técnico, como na satisfação dos doentes e na capacidade de integrar e melhorar uma equipa. ■■■

1. Mahadevan U. *How to Get an Education in Inflammatory Bowel Disease During Fellowship: Expectations and Realities*. *Gastroenterology*. 2017; 152:1813-16. doi: 10.1053/j.gastro.2017.04.031
2. Gallinger ZR, Rumman A, Pivovarov K, *et al*. *Inflammatory Bowel Disease Training During Adult Gastroenterology Residency: A National Survey of Canadian Program Directors and Trainees*. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2019; 2:118-25. doi:10.1093/jcag/gwy034
3. ASGE Training Committee, Walsh CM, Umar SB, Ghassemi S, Aihara H, Anand GS, *et al*. *Colonoscopy core curriculum*. *Gastrointest Endosc*. 2021; 93:297-304. doi: 10.1016/j.gie.2020.06.054
4. Singla MB, Law R. *Gastroenterology fellowship programs: the fellows' perspective*. *Clin Transl Gastroenterol*. 2015; 6:e83. doi:10.1038/ctg.2015.6
5. Grucela A, Salinas H, Khaitov S, Steinhagen RM, Gorfine SR, Chessin DB. *Prospective analysis of clinician accuracy in the diagnosis of benign anal pathology: comparison across specialties and years of experience*. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53:47-52. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181bbf89

Carina Leal

Serviço de Gastreenterologia, Hospital de Santo André – Hospital Distrital de Leiria



FORMAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA

Visão do Interno de Cirurgia Geral

Simões J

A Cirurgia Geral é uma especialidade vasta que abrange diferentes áreas, desde a Cirurgia Endócrina, abordagem do politraumatizado, Senologia e patologia do abdómen e sistema digestivo. De entre as várias áreas de atuação, a Coloproctologia surge como uma das que apresenta um maior número de doentes com patologia. Segundo a *Union Européenne des Médecins Spécialistes*, a Coloproctologia é a subespecialidade que investiga, diagnostica e trata patologia do cólon, recto e ânus. É uma área que contempla diversas patologias: patologia proctológica benigna (doença hemorroidária, supurações perianais, fissuras), patologia do pavimento pélvico (incontinência, prolapso), patologia oncológica (cancro colorretal) e desenvolvimento de estomas. Dada a diversidade de patologia, é também uma área que desenvolveu um grande número de técnicas cirúrgicas, com tendência minimamente invasiva, para o tratamento destas patologias.

O gosto pessoal do interno e a influência do seu Orientador de Formação são duas condicionantes que podem alterar o gosto pela Coloproctologia. A anatomia complexa do pavimento pélvico e da região ano-rectal, bem como a fisiologia do pavimento pélvico, podem ser complexas e desencorajar o gosto por esta área. Além disso, a multiplicidade de técnicas cirúrgicas, em que todas podem ser aplicadas com resultados aceitáveis, e a tendência para a cirurgia minimamente invasiva, como a TAMIS ou a TEM, condicionam também o gosto pela Coloproctologia.

Os cursos de formação são importantes, muitos dos quais resultantes de iniciativas das Sociedades de Cirurgia ou de Coloproctologia, sendo importante a formação para aumentar a qualidade. No caso particular

do tratamento cirúrgico do cancro do recto, a formação cirúrgica demonstrou melhoria na preservação da função do esfíncter, no controlo local e na sobrevivência a longo prazo.¹ O desenvolvimento de programas de formação, não apenas para cirurgiões, mas multidisciplinares, são também um ponto importante e que melhora os resultados das técnicas cirúrgicas aplicadas.^{2,3} Além de importante, é seguro formar, uma vez que parece não haver diferença significativa nas complicações e no tempo de internamento em doentes submetidos a colectomias laparoscópicas por internos que estejam devidamente tutorizados.⁴

Contudo, não parece haver ainda um modelo universal para uniformizar a formação em Coloproctologia, sendo que esta difere em diferentes países da Europa, sendo de carácter obrigatório em alguns ou opcional noutros.⁵ Em Portugal a formação é tida durante o Internato de Cirurgia Geral, com um número mínimo de procedimentos necessários durante os seis anos de formação, mas que poderão não ser suficientes para tornar um cirurgião autónomo em Coloproctologia.

A formação de programas de formação, cursos e iniciativas com objetivos ou números de formação técnica e não técnica são importantes para aperfeiçoar a formação em Coloproctologia^{6,7}, sendo que em Portugal tanto pela Sociedade Portuguesa de Coloproctologia e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia são criadas reuniões e cursos que ajudam e facilitam na formação em Coloproctologia. Falta-nos ainda um programa de formação especializada em Coloproctologia que forme Cirurgiões Gerais autónomos nesta área.⁸ Com a tendência da subespecialização das diversas áreas da Cirurgia Geral com uma perspectiva de melhor tratamento dos doentes⁹, sendo adquirida em fases mais precoces, coloca-se a questão do papel do Cirurgião Geral e da reformulação da formação especializada de forma a providenciar uma formação especializada ainda durante o internato. ■■■

João Simões

Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

1. Mack LA, Temple WJ. *Education is the key to quality of surgery for rectal cancer*. Eur J Surg Oncol. 2005; 31:636-44. doi: 10.1016/j.ejso.2005.02.013. PMID: 16023945.
2. Sheehan-Dare GE, Marks KM, Tinkler-Hundal E, Ingeholm P, Bertelsen CA, Quirke P, West NP. *The effect of a multidisciplinary regional educational programme on the quality of colon cancer resection*. Colorectal Dis. 2018; 20:105-15. doi: 10.1111/codi.13830. PMID: 28755446.
3. West NP, Sutton KM, Ingeholm P, Hagemann-Madsen RH, Hohenberger W, Quirke P. *Improving the quality of colon cancer surgery through a surgical education program*. Dis Colon Rectum. 2010;53:1594-603. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181f433e3. PMID: 21178852.
4. Lobato LFC, Ferreira PCA, Oliveira PG, Durães LC, Almeida RM, Nóbrega dos Santos AC, Sousa JB. *Laparoscopic training in colorectal surgery: can we do it safely?* J Coloproctol. 2013; 33:3-8.
5. Ninkovic M, Fürst A, Hahnloser D, Kronberger IE. *Qualität in der koloproktologischen Ausbildung : Wie lässt sich koloproktologische Ausbildung in den nationalen Ausbildungskatalogen qualitativ integrieren? [Quality in coloproctology training : How is coloproctology training qualitatively integrated into the national training catalogue?]*. Chirurg. 2019;90:257-63. German. doi: 10.1007/s00104-019-0816-5. PMID: 30796461.
6. Francis NK, Curtis NJ, Weegenaar C, Boorman PA, Brook A, Thorpe G, et al. *Developing a national colorectal educational agenda: a survey of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Colorectal Dis. 2018; 20:68-73. <https://doi.org/10.1111/codi.13804>
7. Gaitanidis A, Simopoulos C, Pitiakoudis M. *What to consider when designing a laparoscopic colorectal training curriculum: a review of the literature*. Tech Coloproctol. 2018;22:151-60. doi: 10.1007/s10151-018-1760-y.
8. Teixeira Farinha H, Matzel KE, Nicholls J, Hetzer F, Zimmerman DDE, Warusavitarne J, et al. *Training in colorectal surgery in Europe and 20 years of the European Board of Surgical Qualification coloproctology examination*. Colorectal Dis. 2020; 22:831-38. doi: 10.1111/codi.14984.
9. Goodfellow PB, Buchanan GN; DUKES club. *The future of coloproctology in the UK: the trainees view*. Colorectal Dis. 2005;7:79-80. doi: 10.1111/j.1463-1318.2004.00731.x.

FORMAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA

Formação, perspetiva da Gastreterologia

Caetano AC

Falar de formação em Coloproctologia para Gastreterologistas é sempre difícil.

Antes sequer de falar em formação em Coloproctologia para Gastreterologistas é necessário definir os limites dessa área de formação: o cancro colo-rectal – para gastreterologistas – os limites de acção no cancro colo-rectal são o rastreio, o diagnóstico, o tratamento de lesões pré-malignas e as técnicas de palição na outra ponta do espectro; a Doença Inflamatória Intestinal; as patologias do pavimento pélvico; as patologias do eixo cérebro-intestino, ditas “funcionais”, digestivas baixas; as doenças peri-anais sexualmente transmissíveis; a diverticulose e as suas complicações; as proctites e colites hemorrágicas; as supurações ano-perineais.

É uma vasta área a que o gastreterologista se pode dedicar e em que a formação durante o internato se debate com poucos números e estágios opcionais pouco detalhados. Pese embora um novo plano de formação de Gastreterologia com uma nova grelha de avaliação a aguardar publicação em Diário da República possa vir colmatar algumas destas falhas, esta formação (correspondente ao Internato Complementar de Gastreterologia) deve sempre vestir um traje predominantemente generalista. E então que desafios e oportunidades enfrenta o jovem gastreterologista que pretende dedicar-se à Coloproctologia?

A nível europeu, as actividades formativas na área de Coloproctologia para gastreterologistas são promovidas pelas várias Sociedades de Coloproctologia nacionais e incluem os Congressos Anuais de Coloproctologia, as bolsas de estágio e as bolsas de investigação quer para internos quer para especialistas. Países como a França e a Alemanha têm programas de formação/

subespecialização em Proctologia coesos e bem delineados, com número mínimo de aulas assistidas e procedimentos técnico-cirúrgicos. O objectivo destes programas de formação é garantir a uniformização dos conhecimentos e das práticas a especialistas dedicados à Coloproctologia, permitindo o acesso a essa qualificação a “não cirurgiões”.

Portugal tem uma Sociedade Portuguesa de Coloproctologia com provas dadas nos seus 33 anos de existência que se reflectem no seu Congresso Nacional que vai já na sua trigésima edição, além de diversas reuniões regionais. As bolsas de estágios e de investigação promovidas junto dos gastreterologistas e cirurgiões colorectais são também pontos fortes desta Sociedade. Relativamente a subespecialização ou qualificação adicional em Coloproctologia, a formação actual dos gastreterologistas dedicados à Coloproctologia é multidimensional mas pouco uniformizada. Haverá um verdadeiro interesse na uniformização dessa formação? Ou esta diversidade formativa poderá ser uma mais-valia, usada em prol do doente? O levantamento dessa informação, anónima e o mais detalhada possível, poderá ser o início de uma discussão pertinente no seio da Sociedade Portuguesa da Coloproctologia sobre a organização de um currículo Coloproctológico para gastreterologistas portugueses.

Por último, referir que alguns artigos dedicados à agenda educacional referem a importância da informação sobre as oportunidades de formação, apontando para a necessidade de aperfeiçoar e manter um foco constante nas ferramentas digitais e na transmissão dos projectos promovidos pelas Sociedades de Coloproctologia.

Apesar de identificarmos sempre aspectos a melhorar, só o facto de estar em debate a formação dos gastreterologistas coloproctológicos numa mesa redonda de uma (extraordinária) reunião regional mostra a vitalidade da Coloproctologia portuguesa.. |||

Ana Célia Caetano

Serviço de Gastreterologia, Hospital de Braga

FORMAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA DO INTERNO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CIRURGIA GERAL

Perspetiva de um Especialista em Cirurgia Coloproctológica

Santos MD

O Internato de Formação Específica de Cirurgia Geral é algo complexo que pretende fornecer ao médico que terminou a sua formação geral, não só ferramentas de aprendizagem, conhecimentos teóricos e de técnica cirúrgica, mas também autonomia e sensatez na decisão clínica, todos estes aspetos fundamentais para uma especialização em Cirurgia Geral.

A Coloproctologia é um dos principais pilares de formação dentro da Especialidade de Cirurgia Geral. Isto prende-se com a elevada frequência desta patologia com indicação cirúrgica, tanto eletiva como urgente, com a potencial gravidade dos casos clínicos, frequentemente subvalorizados, e com a elevada morbimortalidade resultante da deficiente preparação do cirurgião no diagnóstico e tratamento da patologia desta área.

A qualidade de formação em Coloproctologia, de um Interno de Formação Específica, em Cirurgia é variável, dependendo de vários fatores que passo a analisar:

1. Características do hospital em que está inserido

As características do hospital em que está inserido o Interno, são fator de grande impacto que deve condicionar todo o plano formativo. Por exemplo: no Hospital de Nível Primário e Secundário, em princípio, há um volume considerável de doentes com patologia proctológica enquanto num Hospital Terciário a patologia tratada é mais diferenciada e as técnicas cirúrgicas executadas, mais complexas. Assim, todo o médico em formação num hospital com nível de diferenciação 1 ou 2 deve realizar parte da sua formação em Coloproctologia num hospital de nível terciário. Apenas desta forma o interno terá a

possibilidade de participar no tratamento cirúrgico de patologias mais diferenciadas.

Mas a caracterização de um Hospital como Terciário, não é suficiente. A existência nesses Hospitais Terciários de Centros de Referência em Tratamento de Cancro do Reto e de Unidades Diferenciadas para tratamento de Patologia Colorretal, são fatores significativos não só da qualidade assistencial prestada como da qualidade formativa que podem oferecer ao interno. São exemplos dessas unidades diferenciadas: Unidade/consulta de Doença Inflamatória Intestinal, Unidade/Consultas de Patologia do Pavimento Pélvico, Unidade/consulta de Proctologia, Unidade de Cirurgia Colorretal, Unidade de Tratamento de Síndrome de Intestino Curto. A utilização de protocolos de atuação e tratamento, bem como a discussão multidisciplinar das patologias são uma mais-valia permitindo ao interno participar, sedimentar e sistematizar conhecimentos, contactando desse modo com entidades patológicas mais raras e mais complexas no seu tratamento.

2. Existência de Ensino Universitário e Investigação

A existência de Ensino Universitário é importante, na medida em que promove a atualização de conhecimentos dos clínicos, simultaneamente permitindo ao interno a assistência e participação nas aulas teóricas e práticas sobre Patologia Coloproctológica.

A integração do interno em projetos de investigação é igualmente uma área de grande interesse, obrigando à sua participação e envolvimento na produção de artigos científicos nesta área do conhecimento.

3. Programação do internato de formação específica, tanto em termos de produção cirúrgica como de preparação teórica

O número mínimo de cirurgias a realizar durante o internato de cirurgia em termos quantitativos e qualitativos está estipulado em Diário da República, 1.ª série — N.º 18 — 26 de Janeiro de 2011 Portaria n.º 48/2011,

Marisa D. Santos

Coordenadora Unidade de Cirurgia Colorretal e do Centro de Referência de Tratamento do Cancro do Reto do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professora Associada do ICBAS, Universidade do Porto

Cirurgias
a) Herniorrafias/plastias — 75
b) Apendicectomias — 60
c) Lobectomias da tiróide — 5
d) Cirurgia oncológica da mama — 6
e) Gastrectomias/DRGE — 6
f) Enterectomias — 3
g) Colectomias — 5
h) Cirurgia radical do reto — 4
i) Colectistectomias — 25
j) Histerectomias — 3
l) Cirurgia do baço — 2
m) Cirurgia de varizes — 10
n) Cirurgia anal e perianal — 20
n) Amputações — 10

Em termos de programação teórica não está previsto qualquer plano aprovado pelo colégio da especialidade.

Essa programação teórica deverá passar por participação ativa em reuniões hospitalares tais como reuniões de Unidade de Cirurgia Colorretal, reuniões de Serviço, apresentação de casos clínicos na Unidade/Serviço, reuniões de morbimortalidade, em congressos/cursos de índole nacional tais como Curso de Coloproctologia da SPCIR, Curso de Laparoscopia de Cirurgia Colorretal, Reunião do Capítulo de Coloproctologia da SPCIR, Reuniões/Congresso da SPCP, Congresso de Gastroenterologia e ainda em congressos/cursos internacionais tais como o European Congress of Coloproctology, European Congress of Surgery, UEG week - United European Gastroenterology .

É igualmente essencial a realização anual de avaliação de conhecimentos sob a forma de prova clínica, prova curricular e prova de conhecimentos teóricos. Este tipo de avaliação permite ao interno e ao orientador terem a percepção das deficiências curriculares e do conhecimento teórico que possam ou não existir, e desta forma estabelecer um plano de trabalho e estudo.

Há igualmente bolsas de estágio e de investigação na Sociedade Portuguesa de Coloproctologia que constituem um benefício, podendo permitir aos internos realizar estágios em áreas da sua preferência, valorizando o seu currículo.

A certificação dos serviços, dos cirurgiões e plano de formação do Internato de Especialidade de Cirurgia Geral ainda não é uma realidade nacional, mas poderá no futuro permitir uma redução das assimetrias existentes entre os diversos Hospitais na sua capacidade formativa.

4. Existência de orientadores com particular interesse na área de Coloproctologia fomentando a motivação e empenhamento do interno de formação específica.

O fator humano influencia igualmente a qualidade de formação do Interno. É um facto que a atribuição de um orientador com particular interesse na área de Coloproctologia poderá fornecer ao interno maior número de oportunidades na participação do tratamento de Patologia Coloproctológica, bem como a publicação de artigos e projetos de investigação. Não menos relevante é a motivação e empenhamento do interno que pode contribuir de uma forma decisiva na qualidade da formação em Coloproctologia.

CONCLUINDO

- Para além da casuística operatória há outros parâmetros bem mais importantes para avaliar a qualidade da formação em Coloproctologia.
- É importante operar mas é igualmente importante adquirir conhecimentos teóricos e práticos de forma a que o Interno da Especialidade adquira maturidade e autonomia cirúrgica.
- A forma como é construído CV pode auxiliar na percepção da qualidade da formação existente em Coloproctologia.
- No entanto, o método de classificação do Internato e da avaliação curricular são frequentemente injustos não correspondendo ao real valor do interno e não beneficiando em nada a qualidade do internato. ■■■

FORMAÇÃO EM COLOPROCTOLOGIA

Comentários Finais

Casimiro C, Ministro P

A coloproctologia tem uma história que se perde no tempo. Herdeira da proctologia, ganhando um outro estatuto, mais nobre e importante e uma amplitude, que progressivamente a tornou, na subespecialidade mais abrangente, pelas patologias que se propõe tratar. O seu nascimento data de 1935, com a fundação do Saint Marks Hospital, considerado a Meca da coloproctologia, verdadeira escola de inúmeros cirurgiões e gastroenterologistas de todo o mundo.

Com a crescente tendência para sectorização da medicina, onde a cirurgia geral não é exceção, a diferenciação tem como objetivo primeiro a obtenção de resultados de excelência. Esta diferenciação tem impacto na dinâmica organizativa dos serviços hospitalares, em termos assistenciais, bem como, no processo de formação pós-graduada.

A coloproctologia tem características que contribuem para a sua sectorização: a abrangência das patologias que trata, desde as neoplásicas às funcionais; as implicações que algumas doenças têm na qualidade de vida dos doentes; a diferenciação técnica que se exige atualmente, quer endoscópica quer cirúrgica, com crescentes desafios tecnológicos e, finalmente, a obrigação, a cada momento, de atuarmos na melhor evidência científica disponível.

Por outro lado, a coloproctologia evidencia de modo único a necessidade da multidisciplinaridade, não apenas em reuniões esporádicas, mas na prática clínica diária. Afinal, já o maior cirurgião hindu da antiguidade, tinha como lema *"o médico que só entende de clínica ou só de cirurgia, é como um pássaro com uma só asa"*.

Infelizmente, muito se tem questionado a formação específica do internato médico, mas pouco se tem discutido ou planificado. Perante as novas realidades, os desafios presentes e futuros, há necessidade de encontrar a melhor forma de estruturar a formação dos cirurgiões e gastroenterologistas.

Assim, foi nossa intenção, dar um pequeno passo, incluindo nesta reunião, o tema da formação em coloproctologia. Procurámos ouvir a opinião de internos e especialistas de cirurgia e de gastroenterologia, obtendo assim, uma visão alargada do problema. A participação viva da assembleia, contribuiu decisivamente para o objetivo pretendido.

Num breve comentário às excelentes apresentações, parece claro que a formação em coloproctologia, é um tema desafiante, pela sua complexidade, condicionada pela sua extensão, diversidade e frequência. Salientou-se que a qualidade da formação resulta da diferenciação do Serviço e do Hospital, onde se realiza o internato, nomeadamente na possibilidade de desenvolver investigação de qualidade, ou usufruir, da dinâmica multidisciplinar de centros de referência.

Foi também salientado que a sectorização dos serviços, pela diferente dinâmica que imprime ao internato, diminui a proximidade com os orientadores, mas estes continuam a ter um papel fundamental na formação.

Tornou-se evidente, das várias apresentações e da discussão posterior, a inexistência de um programa de formação adequado. Este deveria englobar não só o número mínimo de procedimentos, mas também a vertente científica, igualmente fundamental à construção de uma formação de excelência.

O envolvimento das Sociedades Científicas e em particular da SPCP, no que à formação em coloproctologia diz respeito, parece ser o caminho, mais consensual, para a criação de um programa global de formação, centrado em parâmetros quantitativos e qualitativos, assim como, na definição de estágios complementares em centros de referência, ou de reconhecida capacidade formativa.

O papel da SPCP, ao longo destes mais de 33 anos, quer pela organização de reuniões e congressos, quer pela criação de bolsas de estágios e de investigação, promovidas junto de gastroenterologistas e cirurgiões colo rectais, foram pontos fortes desta Sociedade, tendo contribuído significativamente para o desenvolvimento da coloproctologia portuguesa, sendo unânime esse reconhecimento.

Que as ideias e a discussão continuem... III

Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Paula Ministro

Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar Tondela Viseu