



ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico dos exames de Endoscopia Digestiva Alta no Hospital Nossa Senhora da Conceição de 2007 a 2010

Epidemiological profile of Endoscopy of Digestive System examinations in a Tertiary Hospital in South Brazil between 2007 and 2010

Thiago Mamôru Sakae¹, Gislene Rosa Feldman Moretti Sakae², Rafaela Fernanda Lebbos Ruzon²

Resumo

Introdução: A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) revolucionou a Gastroenterologia. Suas principais indicações são diagnósticas e terapêuticas. **Métodos:** estudo transversal incluindo exames de endoscopia digestiva alta de pacientes internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição. **Resultados:** 51% eram do sexo masculino com idade média de 58,2 anos. Os sintomas mais prevalentes foram dor abdominal (54%) e vômitos (41%). As indicações do exame mais prevalentes foram dor abdominal (34%), hemorragia digestiva alta (21%) e anemia a esclarecer (12%). Foi realizada biópsia em 32% das endoscopias. **Discussão:** A EDA é procedimento com bom custo benefício mesmo com baixa incidência para patologias malignas.

Descritores: Endoscopia do sistema digestório. Perfil de saúde. Biópsia. Assistência hospitalar.

Abstract

Introduction: The Esophagogastroduodenoscopy made a revolution in Gastroenterology. These main indications are diagnostic and therapeutic. **Methods:** Cross sectional study, including high digestive endoscopies of patients. **Results:** 51% were male with mean age of 58,2 years old. The most prevalent symptoms were abdominal pain (54%) and vomiting (41%). The most prevalent indications were abdominal pain (34%), upper gastrointestinal bleeding (21%) and anemia to clarify (12%). It was made biopsy in 32% of the endoscopies. **Discussion:** The esophagogastroduodenoscopy has a good cost-effective even with a low incidence for malignancies.

Keywords: Endoscopy digestive system. Health profile. Biopsy. Hospital care.

Introdução

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com aparelhos flexíveis de fibra óptica começou a ser realizada na década de 1950 em adultos, no Brasil ⁽¹⁾. O exame consiste em introduzir um aparelho tubular pela boca com finalidade de visualizar o esôfago, estômago, duodeno e, se necessário, realizar biópsias da mucosa para caracterizar a natureza anatomopatológica das lesões. Em geral, o procedimento é indicado pelo clínico ou cirurgião que faz a consulta e solicita a sua realização ao endoscopista ou, outras vezes, o próprio solicitante a executa com uma explicação sumária sobre o tipo de investigação a ser realizada ⁽²⁾.

No Brasil, em 1954 os aparelhos mais usados eram

1. Médico. Doutorando em Ciências Médicas - UFSC, Mestre em Saúde Pública - UFSC. Residência em Saúde da Família e Medicina Comunitária - Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão/SC.

2. Médica. Residência em Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão/SC. Residência em Cardiologia pelo Hospital Evangélico de Curitiba/PR.

os esofagoscópios de Tomenius e o gastroscópios semiflexível de Cameron. Ambos introduzidos com o paciente deitado em decúbito lateral esquerdo. O esofagoscópio de Tomenius era um cano de aço inoxidável e a iluminação era obtida por uma lâmpada na extremidade de uma haste. A imagem era boa, permitindo que detalhes de úlceras, erosões e cor da mucosa pudessem ser avaliados. O problema básico era representado pelos pontos cegos, pois a parte alta do estômago, a parte da pequena curvatura do antro, logo depois da incisura, não conseguiam ser examinados ⁽¹⁾.

No Japão, em 1960 utilizou-se a gastrocâmara e posteriormente os panendoscopios, que permitiam exames dos três segmentos: esôfago, estômago e duodeno. Em 1983, a imagem passou a ser transmitida através de um sistema conhecido como CCD (Charge-Couple Device), chegando até monitores de televisão ⁽³⁾. Novos aparelhos surgiram de fábricas japonesas, americanas e alemãs, com magnificação de imagens e ultra-sonografia endoscópica foram às últimas e notáveis novidades, possibilitando a realização de diagnósticos diferenciais, precisos e orientando cirurgias quanto à invasão tumoral e a ressecabilidade dos tumores, o que ampliou muito a indicação deste exame nos últimos tempos ⁽¹⁾.

As principais indicações para a endoscopia digestiva alta são diagnósticas (dor abdominal, vômitos, disfagia e odinofagia, hemorragia digestiva alta, má absorção, diarreia crônica, suspeita de esofagite, ingestão de cáusticos, varizes de esôfago, achados anormais em exame radiológico seriado de esôfago, estômago e duodeno) e terapêuticas (hemorragia digestiva alta, hemostasia de varizes e lesões não varicosas, dilatações, remoção de corpos estranhos, polipectomias, colocação de sondas alimentares e gastrostomias, entre outras) ^(5,6).

Este estudo teve como objetivos, descrever o perfil epidemiológico, avaliar as indicações de endoscopia digestiva alta (EDA) e a prevalência de alterações endoscópicas em pacientes submetidos a este procedimento no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão-SC, entre 2007 e 2010.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal com os laudos de exame de Endoscopia Digestiva Alta do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão-SC no período de 01/01/2007 a 31/12/2010. Foi coletada uma amostra representativa, aleatória por ano do total de endoscopias realizadas no período. Não houve critérios de exclusão por idade ou comorbidades. Do total de 7382 exames de endoscopias, utilizando-se uma frequência de 50% e erro alfa de 10%, a amostra

necessária para realização do estudo foi de 95 exames.

Os dados foram coletados do sistema informatizado TASY®, disponível no Hospital Nossa Senhora da Conceição desde 2007. As variáveis estudadas foram: idade, gênero, procedência, HIV, diabetes mellitus, doença hepática, uso de corticosteróide, uso de AINE, sintomas (náuseas, vômitos, odinofagia, dor torácica, dor abdominal, pirose), indicação da EDA, achados endoscópicos (hemorragia, úlcera, esofagite, varizes esofágicas, sugestivo de infecção por citomegalovírus, sugestivo de infecção por *Candida sp*, gastrite, duodenite), biópsia, pesquisa de *Helicobacter pylori*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Direção do Hospital Nossa Senhora da Conceição por termo de autorização para uso de prontuários em 03 de fevereiro de 2011. Não houve conflito de interesses nem exposição de risco para os pacientes, uma vez que os dados foram coletados diretamente do sistema informatizado do Hospital.

A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS 15.0, e os resultados apresentados como frequências ou médias com o desvio padrão associado. Os testes do qui-quadrado, ou exato de Fisher, quando apropriado, foram usados para testar a significância estatística de diferenças observadas nas proporções das variáveis categóricas, considerando-se estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$ bi-caudal.

Resultados

A população de estudo foi composta de 100 laudos de exames de Endoscopia Digestiva Alta no Hospital Nossa Senhora da Conceição, na cidade de Tubarão - Santa Catarina, no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2010. Do total de exames coletados, 51 (51%) eram do sexo masculino e 49 (49%) do sexo feminino.

A média de idade da população estudada foi de 58,2 anos (DP=17,88). A idade mínima foi de 13 e a máxima de 96 anos completos.

Oito pacientes (8%) utilizavam corticosteróides cronicamente, 17% apresentavam doença hepática documentada, 17% apresentavam diabetes mellitus e 6% HIV positivo.

Os sintomas mais prevalentes referidos pelos pacientes antes da realização do exame endoscópico foram dor abdominal (54%) e vômitos (41%) (Tabela 1). As indicações do exame mais prevalentes foram dor abdominal (34%), hemorragia digestiva alta (21%), anemia a esclarecer (12%) e hemorragia digestiva baixa

(11%) (Tabela 2). É importante lembrar que as endoscopias podiam apresentar mais do que uma indicação.

Foi realizada biópsia em 32% das endoscopias. Nessas, foram encontradas quatro alterações neoplásicas nas biópsias realizadas, sendo dois adenocarcinomas, uma doença linfoproliferativa e uma lesão ulcerada gástrica. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi realizada em 20% das endoscopias, sendo positiva em 4 casos.

Discussão

A sensibilidade do trato gastrointestinal aos antiinflamatórios não esteroidais (AINE) é atribuída principalmente à inibição da enzima ciclooxigenase (COX) e à diminuição na produção de prostaglandinas. As prostaglandinas são responsáveis pela proteção da mucosa gastrointestinal, como a produção de muco e secreção de bicarbonato, a alta taxa de renovação epitelial e o aporte sanguíneo adequado para a mucosa^(7,8).

Em dois estudos realizados na cidade de Belo Horizonte^(9,10), foi investigada a prevalência de uso de AINE nos pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta. Neste estudo, 34,1% relataram uso de algum AINE durante algum período nos 30 dias que antecederam a entrevista, totalizando 249 medicamentos utilizados. Dentre esses, a maioria (70,9%) utilizou apenas um AINE no período estudado. Entretanto, 6,6% dos usuários relataram o uso de três ou mais antiinflamatórios não esteróides no período considerado^(9,10).

A principal característica foi de uso esporádico e por período inferior a sete dias (51,4%). Por outro lado, entre os pacientes que relataram uso contínuo de AINE, a maioria o fez por um período superior a 30 dias. Continuamente ou de maneira esporádica, 25,7% dos AINE foram utilizados por mais de 30 dias. O fármaco mais utilizado foi o ácido acetilsalicílico (59,5%), seguido do diclofenaco (28,1%) e do piroxicam (2,8%). Sexo feminino apresentou uma prevalência 30% maior de uso de AINE comparado ao sexo masculino⁽¹⁰⁾.

Na tentativa de se demonstrar uma maior proteção gástrica, autores descreveram os achados endoscópicos com uso de nimesulida, monofenilbutazona e meloxicam em cães. Este estudo afirma que estes AINEs mostraram-se seguros em animais, sendo encontrados apenas achados de lesões consideradas de baixo grau⁽¹¹⁾.

Estudos com populações de pacientes com doenças específicas têm ganhado destaque na descrição de lesões e perfil epidemiológico principalmente associado às manifestações gastroenterológicas da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

Em estudo realizado em pacientes com SIDA no sul do Brasil, o exame endoscópico se encontrou normal em mais de 25%, com achados de esofagite em 20% dos casos, gastrite em 20%, seguido de candidíase esofágica em 18,1% dos exames endoscópicos⁽¹²⁾.

Dentre os 55 pacientes examinados, 20 (36,3%) foram submetidos à biópsias de lesões suspeitas, tendo como resultado anátomo-patológico a presença de esofagite em 7 (12,7%), gastrite crônica em 5 (9,0%), candidíase esofágica em 3 (5,4%), inflamação crônica duodenal em 3 (5,4%) e citomegalovírus em 2 (3,6%). A pesquisa de *H. pylori* foi realizada em 6 casos (três casos de duodenite erosiva e 3 casos de gastrite erosiva), sendo negativa em todos⁽¹²⁾.

O estudo concluiu que a grande maioria dos pacientes HIV positivo que apresenta sintomas digestivos altos e que é submetido à EDA já apresenta SIDA. Entretanto, o fato de pacientes com SIDA apresentarem sintomas digestivos altos não significa existência de doença oportunista, já que EDA normal ou com alterações não relacionadas a essa foram encontradas em até 78% destes pacientes⁽¹²⁾.

Wilheim et al.⁽¹³⁾ coletaram dados de 2672 endoscopias, nas quais em 40 delas (1,5%) tiveram achados endoscópicos compatíveis com candidíase esofágica. A média de idade destes pacientes foi de 49,1 anos. Vinte e um pacientes (52,5%) tinham menos de 50 anos de idade, dos quais 82,6% eram infectados pelo HIV. A maior parte deles (52,5%) era do sexo masculino e 65,0% estavam internados⁽¹³⁾.

As diferenças nas prevalências de candidíase esofágica descritas anteriormente (1,5⁽¹³⁾ a 18,1%⁽¹²⁾) podem se justificar pelas diferentes populações dos estudos aqui apresentados, sendo que a relativa alta prevalência desta doença encontrada no presente estudo (9,0%) fosse esperada por se tratar de hospital terciário de referência na região.

A prevalência de realização de biópsias de lesões suspeitas no presente estudo (32,5%) foi semelhante ao do estudo com pacientes com SIDA (12) (36,3%)

A EDA mostrou-se um procedimento com bom custo benefício mesmo com baixa incidência para patologias malignas.

Referências

1. Nakadaira A, Zaterk S. História da endoscopia digestiva moderna no Brasil. In: Federação brasileira de gastroenterologia. A gastroenterologia no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Editora Revinter; 2001.

2. Nakadaira, A. Endoscopia digestiva alta: satisfação dos pacientes após o exame. São Paulo (SP): C.U.S.C; 1998.
3. Leitão, OR. et.al. Endoscopia digestiva alta. In: Coelho, J. Aparelho digestivo. Rio de Janeiro (RJ): Editora Medsi; 1996.
4. Cotton P, Williams C. Fundamentos de endoscopia digestiva. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1998.
5. Herrán GP, Santos GD. Hallazgos en ileoscopias realizadas en el servicio de endoscopia del Hospital Universitario de Neiva entre 1996 y 2009. Rev Col Gastroenterol [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2010 Oct 14]; 25(2): 112-117. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000200003&lng=en.
6. Sommer J, Souza AR, Frank L, Both CT, Meine GC . Achados à endoscopia digestiva alta em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 47, p. 265-268, 2003.
7. Kore AM. Toxicology of nonsteroidal antiinflammatory drugs. Vet. Clin. N. Am.: Small Anim. Pract., v.20, p.419-430, 1990.
8. Webb C, Twedt DC. Canine gastritis. Vet. Clin. N. Am.: Small Anim. Pract., v.33, p.969-985, 2003.
9. Ribeiro AQ, Sevalho G, César CC. Prevalência e fatores associados ao uso de antiinflamatórios não esteróides por pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3): 306-15
10. Ribeiro AQ, Sevalho G, César C. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the occurrence of gastric lesions among patients undergoing upper endoscopy in a university hospital in Brazil. CLINICS. 2006;61(5): 409-16.
11. Costa PRS, Araújo RB, Costa MC Maia REN. Endoscopia gastroduodenal após administração de nimesulida, monofenilbutazona e meloxicam em cães Arq. Bras. Med. Vet. Zootec., v.59, n.4, p.903-909, 2007
12. Sommer JW, Meine GC, Franke LA, Souza AR, Tovo CV. Achados à endoscopia digestiva alta em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Revista AMRIGS, Porto Alegre, 47 (4): 265-268, out.-dez. 2003
13. Wilhelm AB, Miranda-Filho DB, Nogueira RA, Rêgo RSM, Lima KM, Pereira LM. The Resistance To Fluconazole In Patients With Esophageal Candidiasis. Arq Gastroenterol. v. 46 – no.1 – jan./mar. 2009

Anexos

Tabela 1: Sintomas referidos antes da realização da EDA

Sintoma	N	%
Náuseas	41	41,0
Odinofagia	8	8,0
Dor torácica	5	5,0
Dor abdominal	54	54,0
Pirose	8	8,0

Tabela 2: Indicações da EDA

Indicações	N	%
Dor abdominal	34	34,0
Hemorragia Digestiva Alta	21	21,0
Hemorragia Digestiva Baixa	11	11,0
Disfagia	7	7,0
Moniliase oral	3	3,0
Icterícia	1	1,0
Emagrecimento	8	8,0
Anemia a esclarecer	12	12,0
Cirroze	3	3,0
Vômitos	4	4,0
Dor precordial	3	3,0
Neoplasias	3	3,0
Febre de Origem Obscura	1	1,0

Tabela 3: Achados endoscópicos

Achados endoscópicos	N	%
Esofagite	26	26,0
Gastrite	46	46,0
Duodenite	9	9,0
Úlcera gástrica	27	27,0
Úlcera duodenal	11	11,0
Úlcera sangrante	6	6,0
Varizes esofágicas	9	9,0
Candidíase	9	9,0
Citomegalovirus	1	1,0