

19

Cromoendoscopia e Cromoendoscopia de Ampliação

RECOMENDAÇÕES



Cromoendoscopia e Cromoendoscopia de Ampliação¹

Objectivo

A cromoendoscopia e a cromoendoscopia de ampliação têm como objectivos a detecção e a caracterização qualitativa (aferição da natureza neoplásica e grau de invasividade) das lesões do tubo digestivo.

Segurança

Não há demonstração clínica que a utilização de corantes na mucosa digestiva (com ou sem ampliação) acrescente riscos ao procedimento endoscópico inicial.

Técnica

Cromoendoscopia – A cromoscopia pressupõe a colocação de corantes em contacto com a mucosa digestiva, a qual pode ser levada a cabo por meio de um cateter introduzido pelo canal de trabalho do endoscópio, através do canal de trabalho ele mesmo ou mediante a sua ingestão directa. Diversas têm sido as soluções corantes utilizadas, resultando a sua classificação da sua forma de actuar: corantes vitais ou de absorção, se utilizam constituintes ou características dos diferentes epitélios para a sua definição (solução de Lugol, azul de metileno azul de toluidina ou violeta de cresilo); corantes de reacção se através de uma reacção determinada característica bioquímica do agente é obtida (como o vermelho de Congo ou o ácido acético); e corantes de contraste para realçar e melhor delimitar as lesões (índigo carmim).

Ampliação e alta resolução – Se as técnicas de cromoscopia são conhecidas há muitos anos, o enorme desenvolvimento na última década dos vídeo-endoscópios tem possibilitado um novo ânimo na sua utilização. Os novos endoscópios incorporam 'charged-coupled devices' (CCD) que permitem um aumento de resolução (capacidade de distinção de dois pontos como separados). Em termos de imagem digital, a resolução é factor directo do número de pixel ('picture element'). Os actuais endoscópios de alta-resolução obtêm imagens com 100-200.000 e até 1.200.000 pixel, com a possibilidade de distinção de áreas tão diminutas como até 10 µm, como separadas. A ampliação endoscópica ('magnification') constitui a possibilidade de ampliação da imagem (até 150x) observada através de uma lente. Essa lente pode

ser accionada através de um pedal, por mecanismo de rotação no punho do endoscópio ou por alavanca accionada em local semelhante ao elevador no duodenoscópio. Para a manutenção da resolução da imagem teremos que admitir por isso uma diminuição da área observada. A utilização da ampliação tem sido quase sempre ligada ao uso da cromoscopia (cromoscopia de ampliação) para a melhor visualização de aspectos morfológicos dos elementos epiteliais ou 'à transparência' para avaliação das alterações vasculares.

Disponibilidade – O uso de corantes está facilmente acessível; a ampliação está dependente da utilização de endoscópios específicos;

Utilização – A cromoscopia é de fácil aplicação ainda que dependente de treino adequado que encontra como principais limitações ou implicações a ausência de avaliação ou problemas de reprodutibilidade.

Esófago – Epitélio pavimentoso

A utilização do Lugol como corante no esófago apresenta-se consistentemente como uma técnica sensível mas pouco específica na detecção de lesões displásicas ou neoplásicas epidermóides.

A utilização da cromoendoscopia com Lugol deve ser usada para detecção de lesões neoplásicas em indivíduos com história de neoplasias do foro ORL com tratamento curativo.

O uso da ampliação associada à cromoendoscopia com Lugol no esófago mostrou melhores resultados em termos de especificidade num estudo não comparativo.

Esófago – Esófago de Barrett

A cromoscopia com azul de metileno mostrou resultados díspares na identificação de metaplasia intestinal ou displasia no esófago de Barrett, embora em diversos estudos apresente melhores resultados que as biopsias aleatórias.

¹ O presente texto resulta de uma reunião de consenso realizada em Abril de 2007 no Porto organizada pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED)

A cromoscopia de ampliação (com diferentes corantes) obteve resultados melhorados em termos de especificidade *versus* endoscopia convencional em pelo menos um ensaio nos doentes com segmento curto de Barrett.

Estômago

A pancromoendoscopia na detecção de lesões da mucosa gástrica não se encontra estudada e não há evidência de que possa ser superior à endoscopia convencional.

No que concerne ao diagnóstico diferencial de lesão neoplásica, as várias técnicas apresentam validade aumentada face à endoscopia convencional, não existindo estudos comparativos entre si.

A cromoscopia de ampliação parece mostrar-se útil na predição de invasibilidade das lesões identificadas.

A cromoscopia de ampliação poderá ser útil no seguimento de indivíduos com condições associadas ao cancro gástrico, designadamente metaplasia intestinal (se se demonstrar o seu benefício).

Cólon e Recto

A pancromoscopia no cólon e recto não é recomendável em exames de rotina.

Após a visualização ou suspeição de lesões, o uso de cromoscopia assim dirigida, designadamente no que se refere à caracterização de lesões polipóides, poderá ser útil.

Nos doentes com colite ulcerosa a cromoscopia poderá ser útil na vigilância para diagnóstico de displasia.

Aquando da decisão sobre a potencial exérese ou sobre a presença de lesão residual após a ressecção de uma determinada lesão o uso da endoscopia de ampliação poderá ser útil.

Comentário final

Será desejável uma melhoria formal dos estudos realizados em termos de processos de validação.

Será desejável uma uniformização das classificações existentes. O problema da reprodutibilidade, das observações e classificações baseadas na cromoscopia e ampliação deverá constituir motivação para a uniformização de critérios, definir estratégias de ensino e verificação através de novos trabalhos o seu papel na prática clínica em termos de diagnóstico e, aspecto fundamental, apoio às decisões terapêuticas.

As novas técnicas de cromoscopia electrónica permanecem de cariz investigacional. São aguardados para a maioria das situações estudos comparativos com as novas tecnologias de 'cromoscopia electrónica'.