

A tecnologia e o progresso da gastroenterologia

A Medicina procura, entre outros objetivos, promover a saúde, prevenir e tratar a doença, em todos os momentos deste percurso que é a nossa vida, para que esta decorra com a melhor qualidade possível. Como prática profissional que o é, incorpora conhecimentos de outras ciências, como a física, a biologia e a matemática, mas também não fica indiferente ao desenvolvimento tecnológico. Na edição anterior do Perspetivas abordámos as patologias mais comuns associadas à gastroenterologia e vamos hoje resumir a evolução tecnológica nesta especialidade.



A aplicação da fibra óptica na gastroenterologia determinou um avanço muito significativo e marcou decisivamente esta especialidade. Com a fibra óptica desenvolveram-se os endoscópios – tubos flexíveis, com uma fonte de luz e sensores na parte mais distal que captam e transmitem a imagem num ecrã; dispõem ainda os endoscópios de canais no seu interior, que permitem instilar água ou outras substâncias, aspirar o conteúdo dos órgãos que observam e introduzir inúmeros dispositivos que complementam o objetivo primeiro da endoscopia digestiva - observar os órgãos do aparelho

digestivo. Hoje dispomos de equipamento que permite observar o revestimento da generalidade dos órgãos do aparelho digestivo – esófago, estomago, duodeno, intestino delgado, cólon e recto, vias biliares e via excretor do pâncreas.

Inicialmente a endoscopia digestiva limitava-se a observar e eventualmente a colher pequenos fragmentos de tecido – biópsias – para estudo microscópico. Rapidamente desenvolveram-se dispositivos que permitem atitudes terapêuticas – anas - que, com ou sem o auxílio de corrente elétrica, permitem a remoção de estruturas salientes do revestimento dos órgãos digestivos e que se designam em geral por pólipos – a polipectomia. Este primeiro passo, no início dos anos 70 do século passado, originou a endoscopia terapêutica que em muitas situações passou a substituir a cirurgia com vantagens óbvias para o doente. Hoje esta componente, a terapêutica, é um complemento da observação simples, extremamente utilizada e que permite gestos extremamente complexos que substituem com vantagem para o doente o recurso a intervenções cirúrgicas. Remoção de grandes lesões, ou lesões planas, não acessíveis à polipectomia, colocação de próteses no esófago, estomago, vias biliares, pâncreas e no cólon e recto, são procedimentos

correntes que retiraram estes doentes de uma solução cirúrgica. Naturalmente a estes gestos mais complexos podem associar-se complicações, como pode suceder em todas as intervenções cirúrgicas, mas sempre com um prévio balanço entre riscos e benefícios e com a anuidade do doente devidamente esclarecido.

Nas vias biliares, é possível não apenas visualizar o seu aspeto mas também intervir interiormente na remoção de cálculos ou colocação de próteses; a sua observação é também possível com endoscópios de pequeno calibre que são introduzidos através dum endoscópio convencional apropriado para a exploração das vias biliares. São ainda utilizados através dos endoscópios ultrassons, radiofrequência e diferentes tipos de “laser” para fins terapêuticos.

Sendo possível a observação do intestino delgado com endoscópios especialmente desenhados para esse fim, dado o comprimento deste órgão, mais frequentemente recorre-se a uma pequena cápsula que o doente engole, cápsula essa que dispõe de uma câmara fotográfica que emite as imagens para um gravador que o doente leva consigo durante as cerca de 8 horas que o exame demora. Posteriormente o gastroenterologista faz a observação dessas imagens. Mais recentemente surgiu uma cápsula para observar o cólon e recto - de dimensões semelhantes à cápsula já existente para ver o intestino delgado, que dispõe de uma bateria de maior duração, de 2 câmaras fotográficas com uma angular de

cerca de 175°, que fazem 4 a 32 imagens por segundo consoante a velocidade de deslocação ao longo do tubo digestivo. As imagens são transmitidas para um gravador que o doente transporta durante cerca de 12 horas, imagens que são posteriormente estudadas pelo gastroenterologista.

No final da década de 80 do século passado a ecografia foi também integrada na endoscopia e surgiram os ecoendoscópios. Desenvolveu-se um ecógrafo de pequenas dimensões que está colocado na extremidade distal do endoscópio que permite fazer ecografia muito próximo do órgão a observar o que lhe dá uma definição muito superior a qualquer técnica existente. O endoscópio serve apenas para colocar o ecógrafo na posição mais adequada para estudar o órgão alvo. Esta técnica foi introduzida em Portugal em 1991, mercê da compreensão do Dr. Azeredo Perdigão através da Fundação Calouste Gulbenkian. Também aqui se verificou a mesma evolução que na endoscopia. Inicialmente apenas se observava e posteriormente foi possível colher amostras de tecido, colheitas estas dirigidas para o local que está a ser observado pela ecografia – são as biópsias ecoguiadas.

A investigação nesta área é muito ativa e vem evidenciando, não apenas novos equipamentos, mas também novos dispositivos que expandem as capacidades de intervenção da endoscopia digestiva. A atualização permanente em Medicina é um imperativo ético aceite pela profissão.

Clínica de Gastroenterologia

Prof. Doutor Carlos Nobre Leitão

Av. António Augusto Aguiar, 23, 1º – 1050-012 Lisboa

Tel.: 213 543 272 / 213 543 163

Email: consultorionl@outlook.pt www.carlosnobreleitao.pt