

LEVANTAMENTO DE DIAGNÓSTICOS REALIZADOS PELO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG NUM PERÍODO DE CINCO ANOS (1993-1997)

ANTÔNIO C. SPARVOLI*
JUCÉLI MÁRCIA HENDGES**
JARBAS JOEL HENDGES **
MAURO GARCIA SEVERO **

RESUMO

Os autores coletaram dados referentes aos diagnósticos realizados num período de cinco anos, de janeiro de 1993 a dezembro de 1997, no Setor de Endoscopia Digestiva do Hospital Universitário da FURG. São mostrados os resultados dos exames analisados através de gráficos com percentuais relativos aos valores totais dos diagnósticos mais freqüentes.

PALAVRAS-CHAVE: Levantamento de diagnósticos, endoscopia digestiva

ABSTRACT

The authors collected data referring to diagnoses performed during five years, between 1993 and 1997 in the Endoscopy Service of the University Hospital of Rio Grande. The results are presented as total and percentual numbers of diagnoses related to digestive diseases verified during the endoscope examinations.

KEY WORDS: Survey of diagnoses, digestive endoscopy.

1 – INTRODUÇÃO

Através da análise de laudos diagnósticos arquivados pretende-se mostrar dados estatísticos coletados no Serviço de Endoscopia Digestiva no período de janeiro de 1993 a dezembro de 1997. O trabalho visa mostrar dados diagnósticos de forma estatística usando laudos, não tendo como objetivo usá-los para fazer inferências das patologias.

* Professor Titular do Departamento de Medicina Interna – FURG, Mestre e Doutor.

** Acadêmicos de Medicina.

1.1 – Endoscopia digestiva

A endoscopia tem-se estabelecido como uma ferramenta central na investigação e conduta do paciente com problemas gastroduodenais.^{1,2}

1.2 – Técnica

Em situação normal, quando não houver sintomas de estase gástrica deve ser feito um jejum de oito a doze horas para realização do exame.³ Devem ser avaliadas as causas do encaminhamento, com ênfase à história da doença atual, a presença de outras enfermidades associadas e alergias a drogas que possam contra-indicar o método.⁴

Quatro tipos de medicações são usadas comumente em Endoscopia Digestiva Alta:

- Antiespumantes⁵
- Anestésicos tópicos⁶
- Sedativos⁷
- Supressores da motilidade gastrointestinal.⁸

1.3 – Indicações

Qualquer sintoma persistente ou que ocasione alteração da homeostase, relacionado ao tubo digestivo alto, leva à realização de endoscopia digestiva. As investigações podem ser divididas em diagnósticas e terapêuticas.⁹

1.3.1 – Indicações diagnósticas

Dispepsia, dor epigástrica, azia ou pirose, náuseas ou vômitos, hemorragia digestiva alta, emagrecimento, ingestão caústica, raio-X anormal ou inconclusivo, doença de Barret (potencialmente pré-cancerosa) e no controle do tratamento clínico da doença ulcerosa péptica.¹⁰

1.3.2 – Indicações terapêuticas

Hemostasia, esclerose de varizes, dilatação de estenoses, gastrotomia, polipectomia, colocação de próteses, retirada de corpo estranho, colocação de sondas naso-enterais e biópsia de duodeno.¹⁰

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revisados 781 laudos emitidos entre janeiro de 1993 e dezembro de 1997. A coleta consistiu na transferência de dados diagnósticos dos pacientes, considerando o sexo e a idade dos mesmos.

Dentro dos laudos analisados, foram encontrados 1154 diagnósticos, pois alguns continham mais de um diagnóstico, chegando no máximo a cinco.

Os dados colhidos foram agrupados considerando a incidência por sexo, órgão e sobre tipos de diagnósticos.

3 – RESULTADOS

Foram analisados no Serviço de Endoscopia do Hospital Universitário da FURG 781 exames de endoscopia digestiva entre janeiro de 1993 e dezembro de 1997.

Entre os exames realizados, foram encontrados os seguintes diagnósticos: úlcera de esôfago (21 casos), esofagite (128 casos), neoplasia de esôfago (41 casos), varizes de esôfago sem sangramento (30 casos), com sangramento (4 casos), hérnia de hiato (138 casos), úlcera gástrica (144 casos), gastrite (340 casos), gastrite alcalina (13 casos), neoplasia gástrica (22 casos), varizes gástricas sem sangramento (5 casos), úlcera duodenal (124 casos), duodenite (144 casos). Entre outros diagnósticos, também foram encontrados: pólipos gástricos, megaesôfago, neoplasia de duodeno, metaplasia intestinal, epitélio de Barret.

Do total de 781 laudos, com 1154 diagnósticos, encontrou-se a seguinte frequência de patologias: gastrite (29,4%), úlcera gástrica (12,5%), duodenite (12,5%), hérnia de hiato (11,9%), esofagite (11,1%), úlcera duodenal (10,7%), neoplasia de esôfago (3,5%), varizes esofágicas sem sangramento (2,6%), neoplasia gástrica (1,9%), úlcera de esôfago (1,8%), gastrite alcalina (1,1%), varizes gástricas sem sangramento (0,4%), varizes esofágicas com sangramento (0,3%) (Fig. 1).

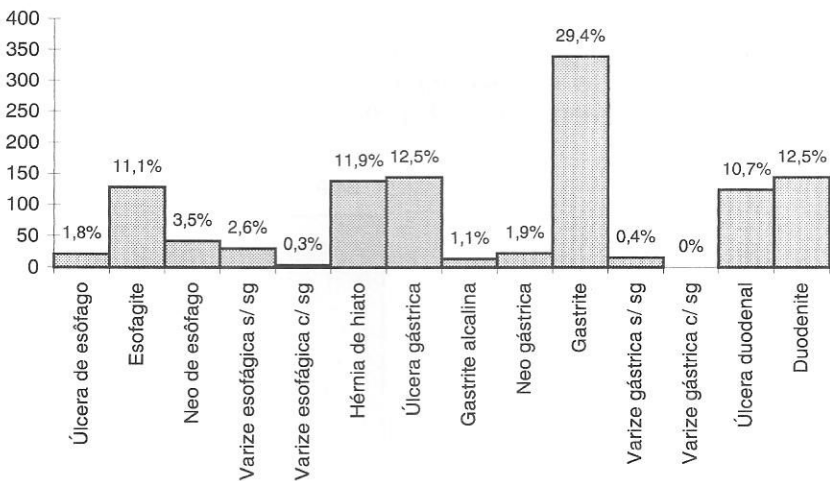


FIGURA 1 – Gráfico referente à porcentagem de patologias no total de 1154 diagnósticos.

Dos 1154 diagnósticos, 362 referem-se a patologias esofágicas: hérnia de hiato (38,1%), esofagite (35,3%), neoplasia esofágica (11,3%),

varizes esofágicas sem sangramento (8,2%), úlcera de esôfago (5,8%), varizes com sangramento (1,1%) (Fig. 2).

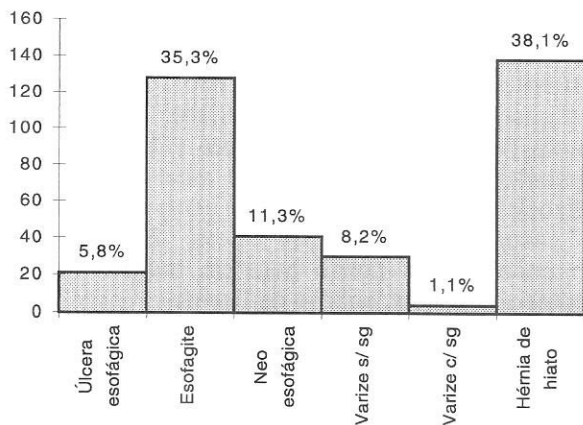


FIGURA 2 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofágicas no total de 362 casos.

Dos 1154 diagnósticos, 524 referem-se a patologias gástricas: gastrite (64,9%), úlcera gástrica (27,4%), neoplasia gástrica (4,2%), gastrite alcalina (2,4%), varizes gástricas sem sangramento (1%). Não foram encontradas varizes gástricas com sangramento (Fig. 3)

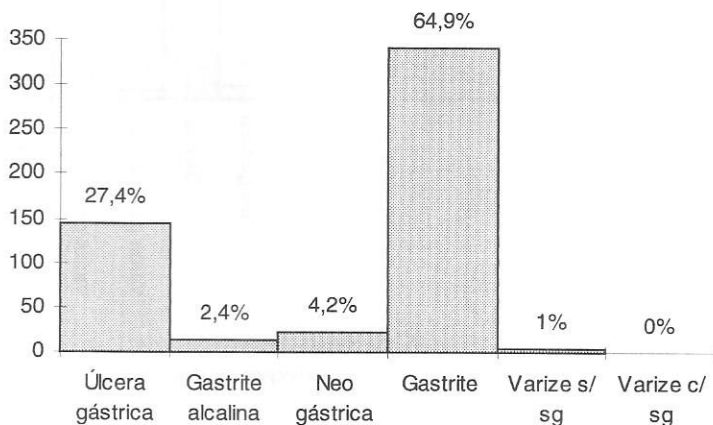


FIGURA 3 – Gráfico referente à porcentagem de patologias gástricas no total de 524 casos.

Dos 1154 diagnósticos, 268 referem-se a patologias duodenais: úlcera duodenal (53,7%), duodenite (46,3%) (Fig. 4).

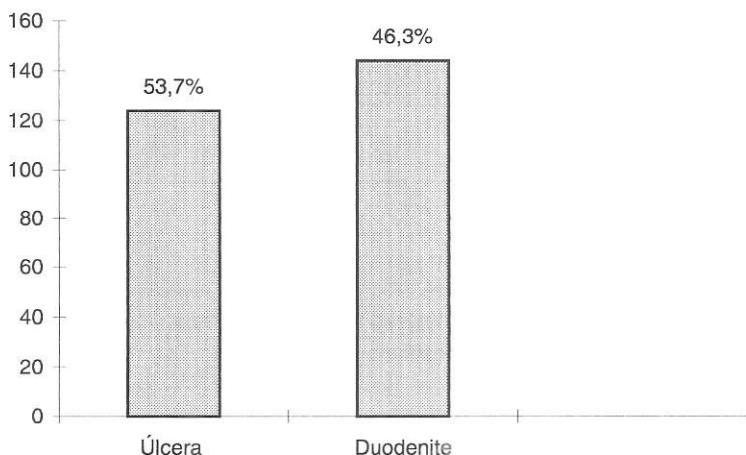


FIGURA 4 – Gráfico referente à porcentagem de patologias duodenais no total de 268 casos.

No estudo das patologias esofágicas por sexo, vê-se:

- Úlcera de esôfago: 23,8% nos homens e 76,2% nas mulheres
- Esofagite: 39,9% nos homens e 60,1 nas mulheres
- Neoplasia esofágica: 70,8% nos homens e 29,2% nas mulheres
- Varizes esofágicas sem sangramento: 60% nos homens e 40% nas mulheres
- Varizes esofágicas com sangramento: 75% nos homens e 25% nas mulheres
- Hérnia de hiato: 35,5% nos homens e 64,5% nas mulheres (Fig. 5)

No estudo das patologias gástricas por sexo, vê-se:

- Úlcera gástrica: 64,6% nos homens e 35,4% nas mulheres
- Gastrite alcalina: 69,3% nos homens e 30,7% nas mulheres
- Neoplasia gástrica: 63,7% nos homens e 36,3% nas mulheres
- Gastrite: 55,3% nos homens e 44,7% nas mulheres
- Varizes gástricas sem sangramento: 60% nos homens e 40% nas mulheres (Fig. 6)

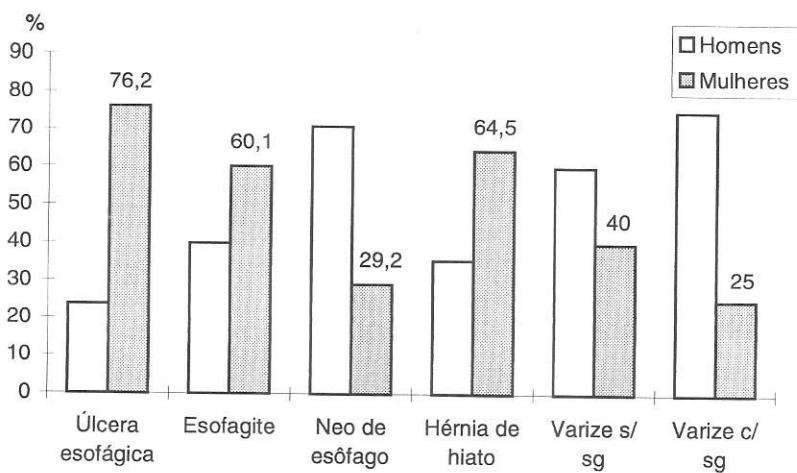


FIGURA 5 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofágicas por sexo: 155 são homens e 207 são mulheres, num total de 362 diagnósticos.

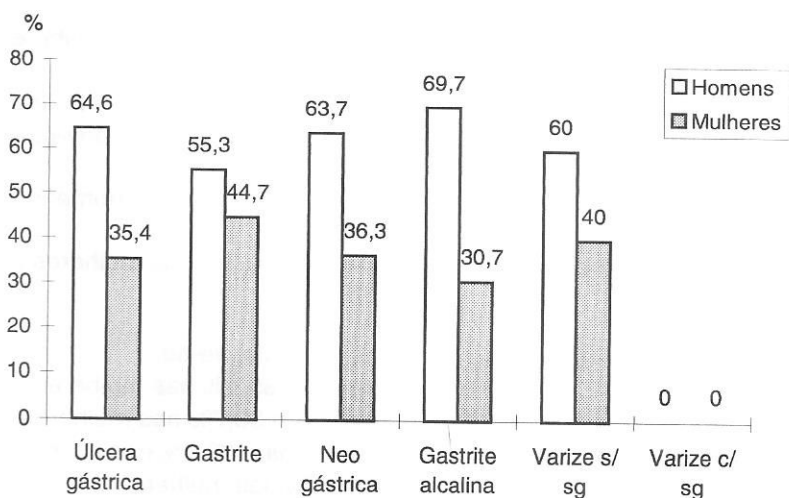


FIGURA 6 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofágicas por sexo: 307 são homens e 217 são mulheres, num total de 524 diagnósticos.

No estudo das patologias duodenais por sexo, vê-se:

- Úlcera duodenal: 58,1% nos homens e 41,9% nas mulheres
- Duodenite: 55,6% nos homens e 44,4% nas mulheres (Fig. 7)

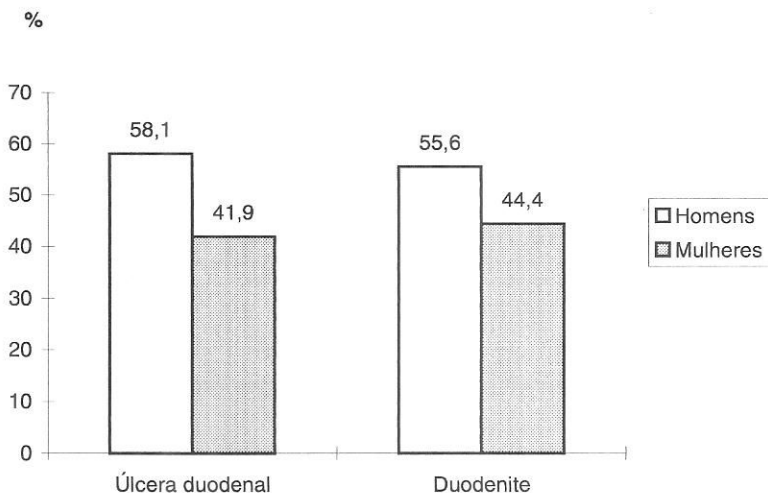


FIGURA 7 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofágicas por sexo: 152 são homens e 116 são mulheres, num total de 268 diagnósticos.

Dos 1154 diagnósticos, 614 são de pacientes do sexo masculino, sendo as seguintes porcentagens: úlcera de esôfago (0,8%), esofagite (8,3%), neoplasia esofágica (4,7%), varizes esofágicas sem sangramento (2,9%), varizes esofágicas com sangramento (0,4%), hérnia de hiato (7,9%), úlcera gástrica (5,1%), gastrite (30,6%), gastrite alcalina (1,4%), neoplasia gástrica (2,2%), varizes gástricas (2,2%), varizes gástricas com sangramento (0%), úlcera duodenal (11,7%), duodenite (13%) (Fig. 8).

Dos 1154 diagnósticos, 540 são de pacientes do sexo feminino, sendo as seguintes porcentagens: úlcera de esôfago (2,9%), esofagite (14,2%), neoplasia esofágica (2,2%), varizes esofágicas sem sangramento (2,2%), varizes esofágicas com sangramento (0,2%), hérnia de hiato (15,7%), úlcera gástrica (9,4%), gastrite (28,1%), gastrite alcalina (0,7%), neoplasia gástrica (1,9%), varizes gástricas com sangramento (0,3%), varizes gástricas sem sangramento (0%), úlcera duodenal (9,6%), duodenite (11,8%) (Fig. 9).

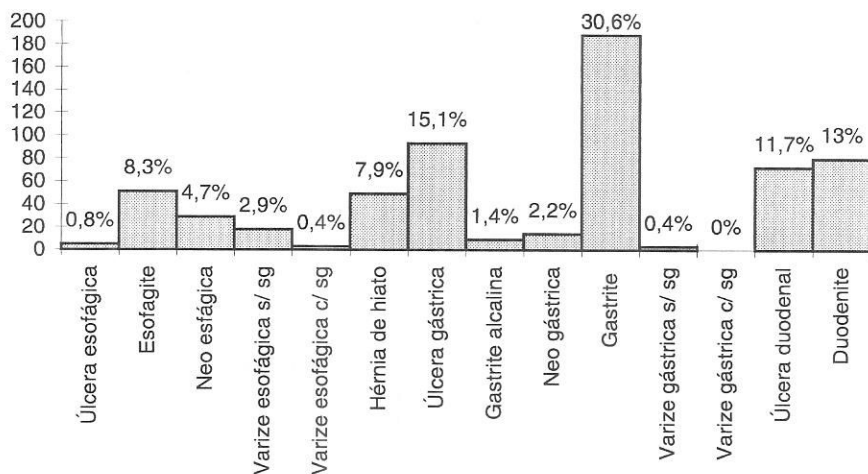


FIGURA 8 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofagogastroduodenais no sexo masculino.

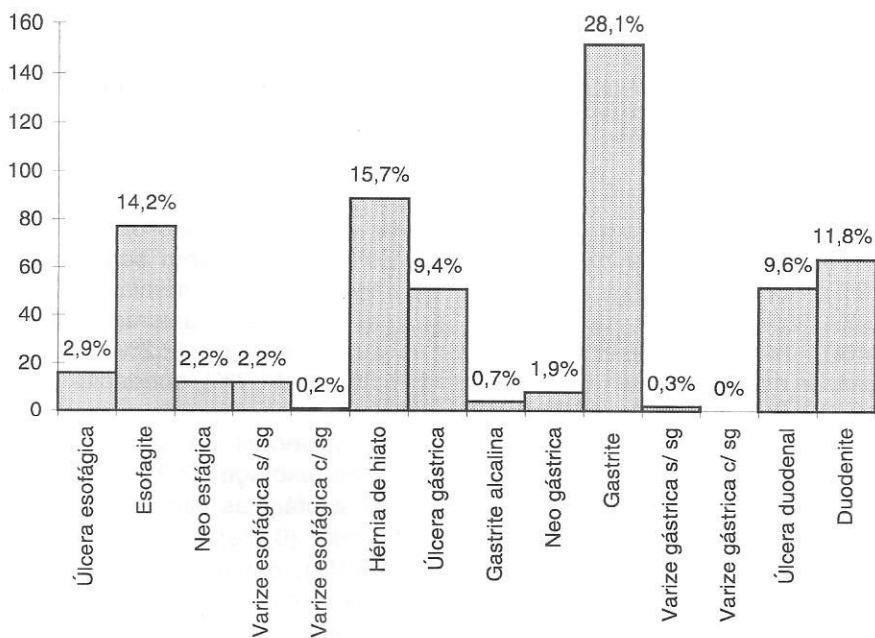


FIGURA 9 – Gráfico referente à porcentagem de patologias esofagogastroduodenais no sexo feminino.

4 – DISCUSSÃO

Nos últimos anos a endoscopia digestiva experimentou um progresso notável, constituindo-se num recurso imprescindível para o diagnóstico de numerosas afecções de trato gastrointestinal. Permite ampliar com rapidez o conhecimento das doenças digestivas e levou o diagnóstico a níveis de mais alta segurança, com resultados que ultrapassam as melhores expectativas. A endoscopia complementa e muitas vezes substitui a radiologia no diagnóstico de muitas doenças, observando-se uma tendência crescente e em muitos casos justificada a utilizá-la como primeiro e único método.

Mais recentemente foram desenvolvidas numerosas possibilidades de tratamento endoscópico que se divulgam rapidamente e que em muitos casos chegam a ser consideradas com método de eleição para solucionar numerosos problemas da especialidade.

Esse impressionante avanço exige por sua vez uma grande precisão na indicação, execução e interpretação dos procedimentos endoscópicos.

Em relação aos dados obtidos no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Universitário da FURG, deve-se destacar que são de pacientes com pequeno poder aquisitivo e com razoável dificuldade em obter acesso ao procedimento devido às peculiaridades do sistema de saúde.

Em relação à Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) verificou-se que o complexo relacionado com a esofagite, a úlcera esofágica e a hérnia de hiato perfazem quase um quarto dos diagnósticos, o que justifica plenamente a crescente preocupação com esta entidade.

A análise da diferença dos sexos demonstrou uma maior preponderância de úlcera do esôfago, hérnia de hiato e esofagite nas mulheres, o que contradiz o trabalho de Wienbeck e Barnert (1989) que encontrou proporções aproximadamente iguais de DRGE, mas uma preponderância masculina de esofagite (2:1 a 3:1).¹¹

Em relação à neoplasia de esôfago, ocorreu um predomínio masculino, o que está compatível com o verificado nos Estados Unidos e em várias regiões da Europa¹². O maior número de homens com neoplasia esofágica está de acordo com o verificado internacionalmente.¹³

Em relação às úlceras, observou-se um predomínio no sexo masculino, particularmente nas úlceras gástricas, mas com valores mais aproximados nas úlceras duodenais. Kurata (1993) assinalou uma mudança na prevalência geral de úlcera péptica que se transformou de uma doença predominante nos homens para uma com prevalência comparável em ambos os sexos. É interessante notar que as taxas de tabagismo estão declinando em indivíduos mais jovens, particularmente homens, mas aumentando em mulheres, o que pode estar influenciando o declínio da taxa homem/mulher.¹⁴

Nessa amostra constatou-se que a neoplasia gástrica apresentava uma taxa um pouco inferior a dois homens para cada mulher. Destaca-se

que a epidemiologia do carcinoma gástrico encontra-se num estado de evolução e fluxo. Considera-se que atualmente esteja ocorrendo um declínio mundial na prevalência e mortalidade. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade era 33 por 100000 pessoas em 1930. Essa diminuição foi observada independente do sexo, raça ou idade. Atualmente, os homens têm 1,7 vezes mais chance de ter o carcinoma gástrico do que as mulheres, o que foi aproximadamente verificado na amostra estudada.¹⁵

Verificou-se um número discretamente maior de úlceras gástricas do que duodenais. Entretanto, esse dado deve ser analisado com cautela, já que devido ao tratamento de pacientes atendidos no Hospital Universitário essa diferença pode representar simplesmente uma maior preocupação dos médicos assistentes em encaminhar os pacientes com úlceras gástricas para estabelecer o diagnóstico diferencial com as neoplasias ulceradas.

Este estudo, por seu caráter retrospectivo, não pode ser considerado como definitivo, entretanto sugere interessantes inferências que permitem promissoras linhas epidemiológicas de pesquisa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 McCloy RF. Endoscopy. Current Opinion in Gastroenterology 1987;3:967-70.
- 2 Cotton PB. Endoscopy Current Opinion in Gastroenterology 1988;4:1024-33.
- 3 Hirschowitz BI. Gastroscopy. In: Endoscopy. New York: Appleton Century-Crofts; 1976. p. 371-81.
- 4 American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Standards of practice of gastrointestinal endoscopy. Manchester; 1986.
- 5 Jornal Brasileiro de Medicina. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. DEF 91/92. Rio de Janeiro, 1991.
- 6 Raj PP. Bronchoscopy and tracheal intubation In: Practical Regional Anaesthesia. Oxford: Ed. Blackwell Scientific Publications; 1983. p.289-300.
- 7 Tamayo E, Munoz R, Alvarez FJ. Midazolam: aspectos farmacológicos y clínicos. Revision Esp. Anesthesiol. Reanim 1990;37(2):81-4.
- 8 Sivak Jr. MV. Technique of upper gastrointestinal endoscopy. In: Gastroenterologic endoscopy. Ed. W. B. Company; 1987. p.272-5.
- 9 Morrissy, JF, Reichelderfer M. Gastrointestinal Endoscopy (First of two parts). The New England Journal of Medicine 1991;325(16):1142-9.
- 10 Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Endoscopia digestiva. Ed. Medsi; 1994. p.9-12.
- 11 Wienbeck M, Barnert J. Epidemiology of reflux disease and reflux esophagites. Scand J Gastroenterol 1989;24(Suppl/SG):7-10.
- 12 Blot WJ. Esophageal cancer trends and risk factors. Semin Oncol 1994;21:403-408.
- 13 Axelrad AM, Fletscher DE. Esophageal tumors. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. W. B. Saunders; 1998. p.540-54.
- 14 Kurata JH. Epidemiology of peptic ulcer. Semin Gastrointest Dis 1993;4:100-15.
- 15 Luk GD. Tumors of the stomach. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. W. B. Saunders; 1998. p. 733-57.