



**2.<sup>a</sup>**  
edição

# Gastrenterologia

fundamental

*Coordenação:*

Pedro Narra de Figueiredo  
Marília Cravo  
Fernando Castro-Poças



# Índice

Autores .....	IX
Preâmbulo .....	XVII
Siglas, abreviaturas e acrónimos .....	XIX
<b>PARTE I – Semiologia</b>	
Capítulo 1 • Hemorragia digestiva .....	3
<i>Mara Sarmento da Costa</i>	
Capítulo 2 • Disfagia .....	11
<i>Ana Rita Gonçalves</i>	
Capítulo 3 • Dor abdominal .....	15
<i>Pedro Marílio Cardoso, Guilherme Macedo</i>	
Capítulo 4 • Alterações do trânsito intestinal .....	21
<i>Ana Teresa Ferreira, Marta Salgado, Fernando Castro-Poças</i>	
Capítulo 5 • Icterícia .....	27
<i>Pedro Lages Martins, João Coimbra</i>	
Capítulo 6 • Ascite .....	31
<i>Catarina O'Neill, Raquel R. Mendes</i>	
<b>PARTE II – Tubo Digestivo</b>	
Capítulo 7 • Patologia funcional	
7.1 Dispepsia funcional .....	37
<i>Mónica Velosa</i>	
7.2 Síndrome do intestino irritável .....	45
<i>Catarina Costa, Pedro Mesquita, Teresa Freitas</i>	
7.3 Obstipação funcional .....	58
<i>André Ruge Gonçalves, Carina Leal, Sandra Barbeiro</i>	
Capítulo 8 • Esófago	
8.1 Doença de refluxo gastroesofágico .....	69
<i>Armando Peixoto, Francisco Mendes, Miguel Martins</i>	
8.2 Perturbações motoras do esófago .....	79
<i>Paulo Souto</i>	

8.3	Neoplasias esofágicas .....	90
	<i>Margarida R. Saraiva, Pedro Currais</i>	
Capítulo 9 • Estômago		
9.1	<i>Helicobacter pylori</i> .....	99
	<i>Elisa Gravito-Soares</i>	
9.2	Gastrites e doença ulcerosa péptica .....	111
	<i>Pedro Pimentel Nunes</i>	
9.3	Neoplasias gástricas .....	121
	<i>Catarina Neto do Nascimento</i>	
Capítulo 10 • Intestino delgado		
10.1	Doença Celíaca .....	133
	<i>Mariana Verdelho Machado</i>	
10.2	Neoplasias do intestino delgado .....	155
	<i>João Gonçalves, Bruno Rosa, José Cotter</i>	
Capítulo 11 • Cólon e reto		
11.1	Doença diverticular do cólon .....	169
	<i>Mafalda Cainé João</i>	
11.2	Doenças inflamatórias do intestino .....	178
	<i>Paula Ministro, Francisco Portela</i>	
11.3	Colite infecciosa .....	205
	<i>Raquel Pimentel</i>	
11.4	Neoplasias colorretais .....	218
	<i>Rita Gomes de Sousa</i>	
Capítulo 12 • Proctologia		
12.1	Semiologia e exame proctológico .....	231
	<i>Luísa Gonçalves, Andreia Rei, Miguel Mascarenhas Saraiva</i>	
12.2	Abcessos e fístulas perianais .....	241
	<i>Sofia Bragança, Ana Maria Oliveira</i>	
12.3	Doença hemorroidária .....	249
	<i>João Pedro Paulo, Paulo Salgueiro, Fernando Castro-Poças</i>	
12.4	Fissura anal .....	258
	<i>Ana Célia Caetano, Andreia Guimarães, Tiago Almeida Leal</i>	
12.5	Incontinência fecal .....	261
	<i>Sofia Bizarro Ponte, Daniela Ferreira, Fernando Castro-Poças</i>	
12.6	Proctites infecciosas .....	267
	<i>Rosa Coelho</i>	

12.7 Prurido anal .....	271
<i>Sandra Ribeiro Correia, Tiago Pereira Guedes, Fernando Castro-Poças</i>	

### PARTE III – Fígado

#### Capítulo 13 • Fígado

13.1 Alterações da bioquímica hepática.....	279
<i>David Perdigoto</i>	
13.2 Doenças hepáticas agudas .....	289
<i>Francisco Faustino, Ana Craciun, Sofia Carvalhana</i>	
13.3 Doenças hepáticas crónicas.....	303
<i>Joana Mota, Miguel Martins, Hélder Cardoso, Guilherme Macedo</i>	
13.4 Nódulos hepáticos.....	318
<i>Marco Raposo Pereira, Ana Caldeira</i>	

### PARTE IV – Pâncreas e vias biliares

#### Capítulo 14 • Pâncreas e vias biliares

14.1 Litíase biliar.....	335
<i>Diogo Couto Sousa, Filipe de Sousa Damião, Carlos Noronha Ferreira</i>	
14.2 Pancreatite aguda .....	352
<i>Marta Gravito-Soares</i>	
14.3 Pancreatite crónica.....	365
<i>Nuno Almeida, Margarida Cristiano</i>	
14.4 Neoplasias das vias biliares e do pâncreas.....	382
<i>João Cortez Pinto, Rui Loureiro</i>	

### PARTE V – Nutrição

#### Capítulo 15 • Nutrição

15.1 Identificação do risco nutricional .....	391
<i>André Bargas, Luísa Glória</i>	
15.2 Formas de malnutrição .....	399
<i>Ana Catarina Bravo, Marília Cravo</i>	
15.3 Nutrição artificial .....	406
<i>Francisco Vara-Luiz, Jorge Fonseca</i>	

### PARTE VI – Endoscopia digestiva

#### Capítulo 16 • Endoscopia digestiva

16.1 Endoscopia digestiva alta.....	421
<i>Sara Archer, Ricardo Küttner Magalhães, Fernando Castro-Poças</i>	
16.2 Colonoscopia.....	427
<i>Joana Revés, Alexandre Ferreira</i>	

16.3	Enteroscopia .....	436
	<i>Mariana Sant'Anna, Sandra Lopes</i>	
16.4	Ecoendoscopia .....	446
	<i>João Afonso, Tiago Ribeiro, Pedro Moutinho-Ribeiro</i>	
16.5	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica .....	458
	<i>Marco Raposo Pereira, Miguel Bispo</i>	
16.6	Dilatações e próteses do tubo digestivo .....	468
	<i>Madalena Teixeira, Sara Lopes, Ricardo Freire</i>	
16.7	Hemóstase endoscópica .....	477
	<i>Rui F. Palma</i>	
16.8	Ressecção endoscópica de lesões .....	489
	<i>Filipe Craveiro, João Pedro Pereira, Francisco Baldaque-Silva</i>	
16.9	Endoscopia e nutrição .....	497
	<i>Ivo Mendes, Gonçalo Nunes</i>	

## **PARTE VII – Patologia digestiva na criança e no adolescente**

Capítulo 17 • Patologia digestiva na criança e no adolescente.....	509
<i>Ricardo Ferreira</i>	
Índice remissivo .....	517

# Autores

---

## Coordenadores/Autores

### **Pedro Narra de Figueiredo**

Médico Gastreenterologista; Professor de Gastreenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Gastreenterologia; Diretor do Serviço de Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE e Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia.

### **Marília Cravo**

Médica Gastreenterologista; Professora Associada com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Gastreenterologia; Diretora do Serviço de Gastreenterologia do Hospital da Luz Lisboa e Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia.

### **Fernando Castro-Poças**

Médico Gastreenterologista; Professor Catedrático convidado com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António da ULS de Santo António, EPE e Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia.

## Autores

### **Alexandre Ferreira**

Médico Gastreenterologista do Hospital da Luz Lisboa.

### **Ana Caldeira**

Assistente Hospitalar Graduada de Gastreenterologia do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Amato Lusitano da Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, EPE.

### **Ana Catarina Bravo**

Médica Interna de Formação Específica em Gastreenterologia no Hospital Beatriz Ângelo da ULS de Loures/Odivelas, EPE.

### **Ana Célia Caetano**

Assistente Hospitalar Graduada de Gastreenterologia da ULS de Braga, EPE; Professora Convidada da Escola de Medicina da Universidade do Minho.

### **Ana Craciun**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Santa Maria, EPE; Assistente Convidada de Gastreenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

### **Ana Maria Oliveira**

Assistente Hospitalar Graduada de Gastroenterologia da ULS de Amadora/Sintra, EPE e do Hospital Lusíadas Lisboa.

### **Ana Rita Gonçalves**

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia da ULS de Santa Maria, EPE.

### **Ana Teresa Ferreira**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS de Santo António, EPE.

### **André Bargas**

Médico Interno de Formação Específica em Gastroenterologia no Hospital Beatriz Ângelo da ULS de Loures/Odivelas, EPE.

### **André Ruge Andrade Gonçalves**

Médico Interno de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS da Região de Leiria, EPE.

### **Andreia Guimarães**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS de Braga, EPE.

### **Andreia Rei**

Médica Gastroenterologista da ULS de Santo António, EPE.

### **Armando Peixoto**

Médico Gastroenterologista do Serviço de Gastroenterologia da ULS de São João, EPE; Coordenador da Unidade de Gastroenterologia dos Hospitais Trofa Saúde Boa Nova e Maia.

### **Bruno Rosa**

Médico Gastroenterologista do Hospital da Senhora da Oliveira da ULS do Alto Ave, EPE.

### **Carina Leal**

Assistente Hospitalar de Gastroenterologia da ULS da Região de Leiria, EPE.

### **Carlos Noronha Ferreira**

Consultor Em Gastroenterologia do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia da ULS de Santa Maria, EPE; Professor Auxiliar Convidado na Clínica Universitária de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

### **Catarina Costa**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS de Gaia/Espinho, EPE.

### **Catarina Neto do Nascimento**

Assistente Hospitalar de Gastroenterologia do Hospital da Luz Lisboa e do Hospital Beatriz Ângelo da ULS Loures/Odivelas, EPE.

### **Catarina O'Neill**

Assistente Hospitalar de Gastroenterologia da ULS de Lisboa Ocidental, EPE.

### **Daniela Gonçalves Ferreira**

Assistente Hospitalar de Gastrenterologia no Hospital de Santo António da ULS de Santo António, EPE.

### **David N. Perdigoto**

Médico Gastrenterologista do Serviço de Gastrenterologia da ULS de Coimbra, EPE; Assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

### **Diogo Couto Sousa**

Médico Interno de Formação Específica em Gastrenterologia do Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia da ULS de Santa Maria, EPE.

### **Elisa Gravito-Soares**

Assistente Hospitalar de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra da ULS de Coimbra, EPE; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

### **Filipe Craveiro**

Médico Interno de Formação Específica em Gastrenterologia no Centro de Endoscopia Avançada Carlos Moreira da Silva do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Pedro Hispano da ULS de Matosinhos, EPE.

### **Filipe Damião**

Assistente Hospitalar de Gastrenterologia da ULS do Oeste, EPE.

### **Francisco Baldaque-Silva**

Diretor do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Pedro Hispano da ULS de Matosinhos, EPE; Consultor Sênior de Gastrenterologia do Hospital Karolinska em Estocolmo, Suécia; Investigador Afiliado do Instituto Karolinska em Estocolmo, Suécia.

### **Francisco Costa Mendes**

Médico Interno de Formação Específica em Gastrenterologia do Serviço de Gastrenterologia da ULS de São João, EPE.

### **Francisco Faustino**

Médico Interno de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS de Santa Maria, EPE.

### **Francisco Portela**

Assistente Graduado Sênior de Gastrenterologia; Diretor do Departamento de Cirurgia e Gastrenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

### **Francisco Vara-Luiz**

Médico Interno de Formação Específica em Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta da ULS de Almada/Seixal, EPE; Assistente Convidado da Egas Moniz School of Health & Science.

### **Gonçalo Nunes**

Assistente Hospitalar de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta da ULS de Almada/Seixal, EPE.

### **Guilherme Macedo**

Diretor do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João da ULS de São João, EPE.

### **Hélder Cardoso**

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João da ULS de São João, EPE.

### **Ivo Mendes**

Médico Interno de Formação Específica em Gastroenterologia no Hospital Garcia de Orta da ULS de Almada/Seixal, EPE.

### **Joana Mota**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologista do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São João do Centro Hospitalar de São João da ULS de São João, EPE.

### **Joana Revés**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologia no Hospital Beatriz Ângelo da ULS de Loures/Odivelas, EPE.

### **João Coimbra**

Médico Gastroenterologista; Professor Auxiliar Convidado da Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa; Diretor do Centro de Responsabilidade Integrado de Gastroenterologia da ULS de São José, EPE.

### **João Cortez Pinto**

Médico Gastroenterologista do Hospital da Luz e do Hospital Beatriz Ângelo da ULS Loures/Odivelas, EPE.

### **João Gonçalves**

Médico Interno de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS do Alto Ave, EPE.

### **João Pedro Lima Afonso**

Assistente Hospitalar do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Universitário de São João da ULS de São João, EPE; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

### **João Pedro Paulo**

Médico Interno de Formação Específica em Gastroenterologia da ULS de Santo António, EPE.

### **João Pedro Pereira**

Assistente Hospitalar de Gastroenterologista do Hospital Pedro Hispano da ULS de Matosinhos, EPE.

### **Jorge Fonseca**

Médico Gastroenterologista; Professor Catedrático da Egas Moniz School of Health & Science; Assistente Hospitalar Graduado Sênior do Hospital Garcia de Orta da ULS de Almada/Seixal, EPE; Presidente do Núcleo de Nutrição em Gastroenterologia da SPG; Competência em Nutrição Clínica da Ordem dos Médicos; ESPEN Diploma *in Clinical Nutrition and Metabolism*.

### **José Cotter**

Médico Gastroenterologista; Professor da Escola de Medicina da Universidade do Minho; Diretor do Serviço de Gastroenterologia do Hospital da Senhora da Oliveira da ULS do Alto Ave, EPE.

### **Luísa Freitas Gonçalves**

Médica Interna de Formação Específica em Gastroenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António da ULS de Santo António, EPE.

**Luisa Glória**

Diretora do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Beatriz Ângelo da ULS de Loures/Odivelas, EPE.

**Madalena Marques Teixeira**

Médica Interna de Formação Específica em Gastreenterologia no Hospital de São Bernardo da ULS da Arrábida, EPE.

**Mafalda Cainé João**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

**Mara Sarmiento da Costa**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

**Marco Raposo Pereira**

Médico Interno de Formação Específica em Gastreenterologia da ULS de Castelo Branco, EPE.

**Margarida Cristiano**

Médica Interna de Formação Específica em Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

**Margarida R. Saraiva**

Médica Interna de Formação Específica em Gastreenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG).

**Mariana Sant'Anna**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

**Mariana Verdelho Machado**

Médica Gastreenterologista do Hospital da Luz Oeiras e do Hospital da Luz Clínica da Amadora; Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente Graduada de Gastreenterologia do Hospital de Vila Franca de Xira da ULS do Estuário do Tejo, EPE.

**Marta Gravito-Soares**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra da ULS de Coimbra, EPE; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Marta Salgado**

Médica Gastreenterologista; Professora Associada Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduada de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Santo António da ULS de Santo António, EPE.

**Miguel Bispo**

Assistente Hospitalar Graduado de Gastreenterologia do Centro Clínico Champalimaud.

**Miguel Martins**

Médico Gastreenterologista do Serviço de Gastreenterologia da ULS de São João, EPE.

**Miguel Mascarenhas Saraiva**

Diretor do Manoph, Porto; Diretor do Serviço de Gastreenterologia do Instituto CUF Porto.

### **Mónica Velosa**

Médica Gastreenterologista do Hospital da Luz Lisboa.

### **Nuno Almeida**

Médico Gastreenterologista; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar Graduado de Gastreenterologia da ULS de Coimbra, EPE.

### **Paula Ministro**

Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Gastreenterologia da ULS de Viseu Dão-Lafões, EPE; Responsável da Consulta e Grupo Multidisciplinar de Doença Inflamatória Intestinal da ULS Viseu Dão-Lafões, EPE.

### **Paulo Salgueiro**

Médico Gastreenterologista; Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Gastreenterologia da ULS de Santo António, EPE.

### **Paulo Souto**

Médico Gastreenterologista; Consultor do Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra da ULS de Coimbra, EPE.

### **Pedro Currais**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia do IPO Lisboa.

### **Pedro Lages Martins**

Médico Interno de Formação Específica em Gastreenterologia da ULS de São José, EPE.

### **Pedro Marílio Cardoso**

Médico Interno de Formação Específica em Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João da ULS de São João, EPE.

### **Pedro Mesquita**

Médico Interno de Formação específica em Gastreenterologia da ULS de Gaia-Espinho, EPE.

### **Pedro Moutinho-Ribeiro**

Médico Gastreenterologista; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Universitário de São João da ULS de São João, EPE.

### **Pedro Pimentel Nunes**

Médico Gastreenterologia; Professor Catedrático Convidado de Fisiologia da Faculdade Medicina da Universidade do Porto; Diretor do UNILABS Portugal.

### **Raquel Pimentel**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra da ULS de Coimbra, EPE.

### **Raquel R. Mendes**

Médica Interna de Formação Específica em Gastreenterologia da ULS de Lisboa Ocidental, EPE.

**Ricardo Ferreira**

Médico Gastrenterologista Pediátrico da CUF Coimbra e CUF Viseu; Diretor do Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico de Coimbra da ULS de Coimbra, EPE.

**Ricardo Freire**

Assistente Hospitalar Graduado de Gastrenterologia da ULS da Arrábida, EPE.

**Ricardo Küttner-Magalhães**

Médico Gastrenterologista; Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS); Assistente Hospitalar Graduado do Hospital de Santo António da ULS de Santo António, EPE.

**Rita Gomes de Sousa**

Médica Gastrenterologista do Hospital da Luz Lisboa.

**Rosa Coelho**

Assistente Hospitalar de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de São João da ULS de São João, EPE; Assistente Convidada de Gastrenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**Rui Loureiro**

Assistente Graduado de Gastrenterologia do Hospital Beatriz Ângelo da ULS Loures/Odivelas, EPE; Coordenador do Centro de Endoscopia Digestiva e Respiratória do Hospital da Luz Lisboa.

**Rui Palma**

Assistente Hospitalar Graduado de Gastrenterologia do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria da ULS de Santa Maria, EPE.

**Sandra Barbeiro**

Assistente Hospitalar do Serviço de Gastrenterologia da ULS da Região de Leiria, EPE.

**Sandra Lopes**

Assistente Hospitalar Graduada de Gastrenterologia da ULS de Coimbra, EPE; Coordenadora da Unidade Funcional de Doença Inflamatória Intestinal da ULS de Coimbra, EPE.

**Sandra Ribeiro Correia**

Médica Interna de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS de Santo António, EPE.

**Sara Archer**

Médica Interna de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS de Santo António, EPE.

**Sara Ramos Lopes**

Médica Interna de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS da Arrábida, EPE.

**Sofia Bizarro Ponte**

Médica Interna de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS de Santo António, EPE.

**Sofia Bragança**

Médica Interna de Formação Específica em Gastrenterologia da ULS de Amadora/Sintra, EPE.

**Sofia Carvalhana**

Assistente Hospitalar do Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia da ULS de Santa Maria, EPE do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Teresa Freitas**

Assistente Hospitalar Sénior de Gastreenterologia do Serviço de Gastreenterologia da ULS de Gaia/Espinho, EPE; Diretora do Serviço Gastreenterologia da ULS de Gaia/Espinho, EPE.

**Tiago Filipe Ribeiro**

Assistente Hospitalar do Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Universitário de São João da ULS de São João, EPE; Assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**Tiago Leal**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Braga, EPE.

**Tiago Pereira Guedes**

Assistente Hospitalar de Gastreenterologia da ULS de Santo António, EPE.

# Preâmbulo

---

Tendo a primeira edição da “Gastrenterologia Fundamental” sido editada em 2013, era imperativo proceder à sua reedição, revista e atualizada. Esta circunstância é, também, o espelho da Gastrenterologia, especialidade que tem sofrido alterações importantes ao longo dos últimos anos. De facto, a patologia digestiva, que inclui, além da do tubo digestivo, a do fígado e das vias biliares e pâncreas, tem evoluído, não só ao nível do diagnóstico, mas também da terapêutica. A endoscopia digestiva, na sua vertente diagnóstica, com um elevado apuro na sua capacidade para detetar lesões com potencial evolutivo, bem como a terapêutica, com uma aproximação crescente aos procedimentos cirúrgicos, são disso testemunho. Mas a Gastrenterologia não se esgota, longe disso, na endoscopia digestiva, sendo múltiplas as áreas onde existe intervenção dos gastrenterologistas, seja em patologias mais específicas da especialidade, seja em áreas em que a primeira intervenção é de outras especialidades, designadamente da Medicina Geral e Familiar.

Tendo a primeira edição surgido no âmbito do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, a segunda edição resulta de uma proposta da Direção da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG). Em boa hora o fez na medida em que, não só este tipo de atividade, a que poderemos chamar educacional, está plasmado nos estatutos da SPG, como é do nosso entendimento que a obra que agora se publica, pelo seu caráter abrangente, é importante no panorama deste género de publicações em língua portuguesa.

Procurámos abordar os temas que entendemos serem os mais relevantes tendo em atenção a quem se dirige esta obra. Assim, incluímos um capítulo sobre semiologia, seguido por capítulos onde se analisa a patologia do tubo digestivo, do fígado, e das vias biliares e pâncreas. A nutrição, a endoscopia digestiva, nas suas vertentes diagnóstica e terapêutica, bem como a patologia digestiva na infância e adolescência são temas obrigatórios que não poderiam deixar de constar numa publicação com a índole generalista como a que esta possui.

O público-alvo que pretendemos atingir é, não só os estudantes de Medicina, mas também médicos e outros profissionais de saúde que pretendam melhorar os seus conhecimentos de patologia digestiva. Pensamos, igualmente, que poderá constituir um bom instrumento de trabalho para os médicos que iniciam o seu Internato em especialidades que lidam, direta ou indiretamente, com a patologia digestiva.

*Pedro Narra de Figueiredo  
Marília Cravo  
Fernando Castro-Poças  
(Coordenadores)*

# Hemorragia digestiva

Mara Sarmento da Costa

## INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva afeta 35 a 259 doentes por cada 100 000 indivíduos/ano. Mais de metade correspondem a **hemorragia digestiva alta (HDA)**, com origem no trato digestivo superior, até à ampola de Vater. A **hemorragia digestiva baixa (HDB)**, cuja sede é distal à válvula ileocecal, contabiliza cerca de 40% das hemorragias digestivas. A restante porção, cerca de 10%, corresponde à **hemorragia digestiva média (HDM)**, que tem sede no intestino delgado, da ampola de Vater à válvula ileocecal.

## AValiação Inicial

A hemorragia digestiva evidente pode apresentar-se sob a forma de:

- ▶ **Hematemese:** corresponde a vômito com sangue, desde sangue vivo a material digerido (vômito “borra de café”), e sugere hemorragia com origem no trato digestivo superior;
- ▶ **Melena:** definida como fezes negras, resultantes da degradação de sangue a hematina pelo microbioma intestinal. Pode traduzir hemorragia com origem no trato digestivo superior, no intestino delgado ou no cólon proximal e, geralmente, implica perda de, pelo menos, 50-100 ml de sangue;
- ▶ **Hematoquezia:** refere-se à passagem de sangue vivo pelo reto e sugere hemorragia com origem no cólon, no reto ou no canal anal, ou mesmo hemorragia ativa mais proximal, particularmente na presença de instabilidade hemodinâmica.

A avaliação inicial do doente com hemorragia gastrointestinal ativa implica a colheita de história clínica, a obtenção dos sinais vitais e a realização de exame objetivo completo, inclusivamente toque retal.

## HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME OBJETIVO

A sintomatologia do doente e os seus antecedentes pessoais podem sugerir determinadas etiologias de hemorragia e orientar a estratégia diagnóstica. A origem provável da hemorragia num doente com história de neoplasia nasofaríngea, radioterapia (RT) cervical ou com episódios recorrentes de epistaxe é a nasofaringe. Da mesma forma, num doente com patologia pulmonar ou quadro de tosse, a origem provável da hemorragia é o trato respiratório.

O doente deve ser questionado quanto a fatores de risco para hemorragia, como toma de antitrombóticos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINE).

O exame objetivo deve, inicialmente, focar-se na avaliação dos sinais vitais, com particular atenção para sinais de hipovolemia como hipotensão e taquicardia. O abdómen deve ser inspecionado. Cicatrizes, massas ou dor abdominal podem sugerir diagnósticos particulares. A presença de sopro abdominal sugere aneurisma da aorta abdominal. O toque retal fornece informação fundamental, não só por sugerir a origem da hemorragia digestiva (consultar a secção “Avaliação Inicial”), mas também por permitir a avaliação proctológica na HDB.

## MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

À admissão, é essencial a colheita de sangue para **estudo analítico**. No que diz respeito à sua interpretação, os valores do hematócrito e da hemoglobina podem não refletir a perda hemática aguda por ocorrer hemoconcentração. Um volume globular médio (VGM) abaixo de 80 fL sugere perda hemática crónica e ferropenia, sugestão esta sustentada por um nível sérico de ferro e ferritina baixos e capacidade total de fixação de ferro aumentada. Um VGM acima de 100 fL sugere défice de vitamina B12 e/ou ácido fólico e pode ser indicativo de doença hepática



**Figura 10.2.5** – Hamartoma: imagens obtidas por BAE que revelam pólipó hamartomatoso no jejuno proximal, que se removeu por ser causa de anemia.

A apresentação clínica do ADC do intestino delgado é inespecífica e os sintomas estão dependentes da localização da neoplasia (Figura 10.2.6). Num estudo com 491 doentes, os sintomas de apresentação foram a dor abdominal em 43%, náuseas e vômitos em 16%, anemia em 15%, hemorragia digestiva manifesta em 7%, icterícia em 6% e perda de peso em 3%. No momento do diagnóstico, a maioria dos doentes apresentam-se com a doença já em fase avançada.

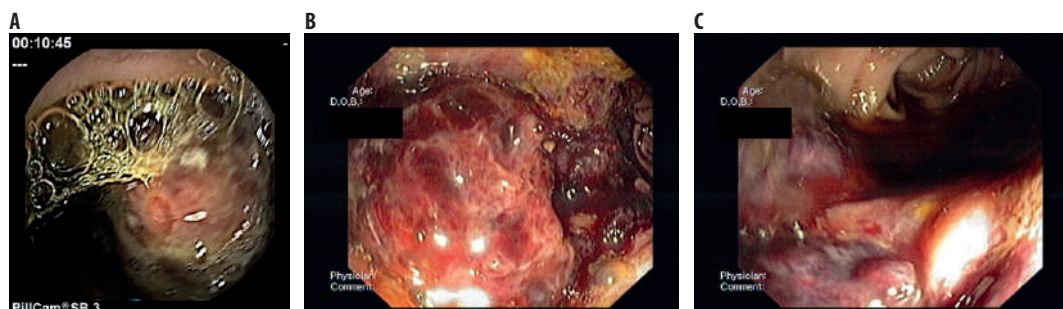
O tratamento preconizado para o ADC do intestino delgado assemelha-se ao do cólon, devido à falta de ensaios clínicos próprios. A cirurgia é o tratamento de escolha para a doença localizada e a quimioterapia (QT) sistêmica é utilizada como terapêutica adjuvante ou paliativa, em função do estágio da doença. No entanto, o ADC do intestino delgado tem, geralmente, pior prognóstico do que o do cólon, com uma sobrevivência global em 5 anos que varia de 26-41%, tendo os estádios mais avançados prognósticos significativamente piores. Estudos moleculares dos últimos anos têm vindo a demonstrar um perfil mutacional distinto de outras neoplasias

malignas gastrointestinais, o que poderá suportar uma abordagem mais diferenciada.

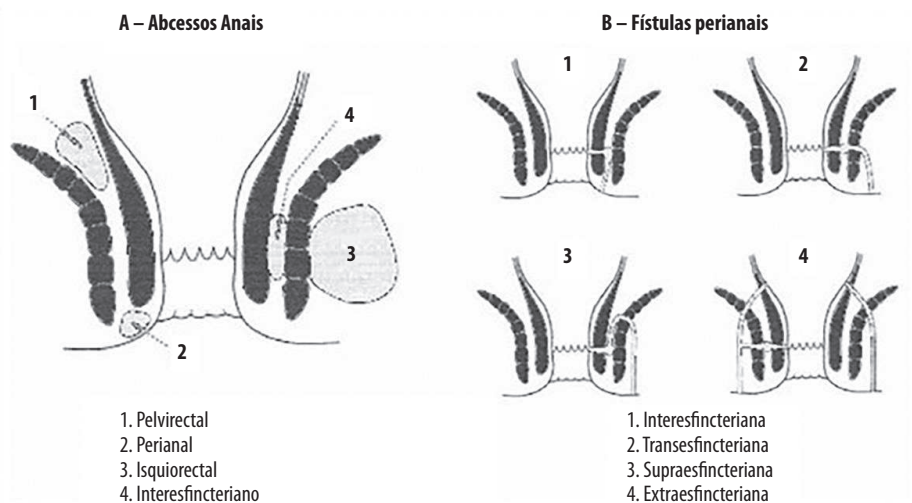
## Tumores neuroendócrinos

Os TNE do intestino delgado têm uma incidência crescente e, atualmente, representam o tumor maligno mais frequente, podendo ocorrer em qualquer idade. São classificados, à semelhança de TNE de outros órgãos, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), como TNE bem diferenciado ou carcinoma neuroendócrino. A maioria dos TNE do intestino delgado são bem diferenciados, apresentando um baixo índice mitótico e um curso clínico indolente. Os TNE bem diferenciados possuem a peculiaridade de poderem sintetizar, armazenar e libertar uma variedade de produtos biologicamente ativos, que podem conduzir a síndromes específicas, como é o caso das síndromes carcinoide ou de Zollinger-Ellison.

Tipicamente, os TNE do duodeno são categorizados conjuntamente com os do estômago e do pâncreas, componentes do embriologicamente comum intestino primitivo anterior. Os



**Figura 10.2.6** – ADC: A – Imagem de enteroscopia por cápsula a revelar formação globosa, congestiva, ulcerada e friável no jejuno proximal; B e C – BAE, que permitiu o esclarecimento etiológico e a realização de biópsias.



**Figura 12.2.1** – A – Abscessos anais e B – Fístulas perianais. Figura gentilmente cedida pela Dr<sup>a</sup>. Irene Martins.

reto e a vagina ou uma abertura maior e apresentam, frequentemente, como fator etiológico a radiação, a neoplasia ou podem ser complicação de procedimentos cirúrgicos pélvicos.

O presente subcapítulo foca-se maioritariamente nas supurações perianais com origem criptoglandular.

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

O **abscesso anorretal** manifesta-se como dor perianal associada a abaulamento da região perianal/anal com eritema e edema da pele perianal, podendo apresentar ou não drenagem de conteúdo purulento. Os abscessos profundos, isto é, localizados no espaço supraesfincteriano ou extraesfincteriano, podem associar-se a dor referida ao períneo, à região lombar ou à região glútea. Nem todos os abscessos anorretais se associam a fístula perianal; nos casos em que tal acontece, a fístula perianal pode estar presente *ab initio* ou surgir mais tardiamente. A **fístula perianal** apresenta-se como drenagem de conteúdo purulento amarelado/esverdeado, muco e/ou sangue associado a dor/desconforto.

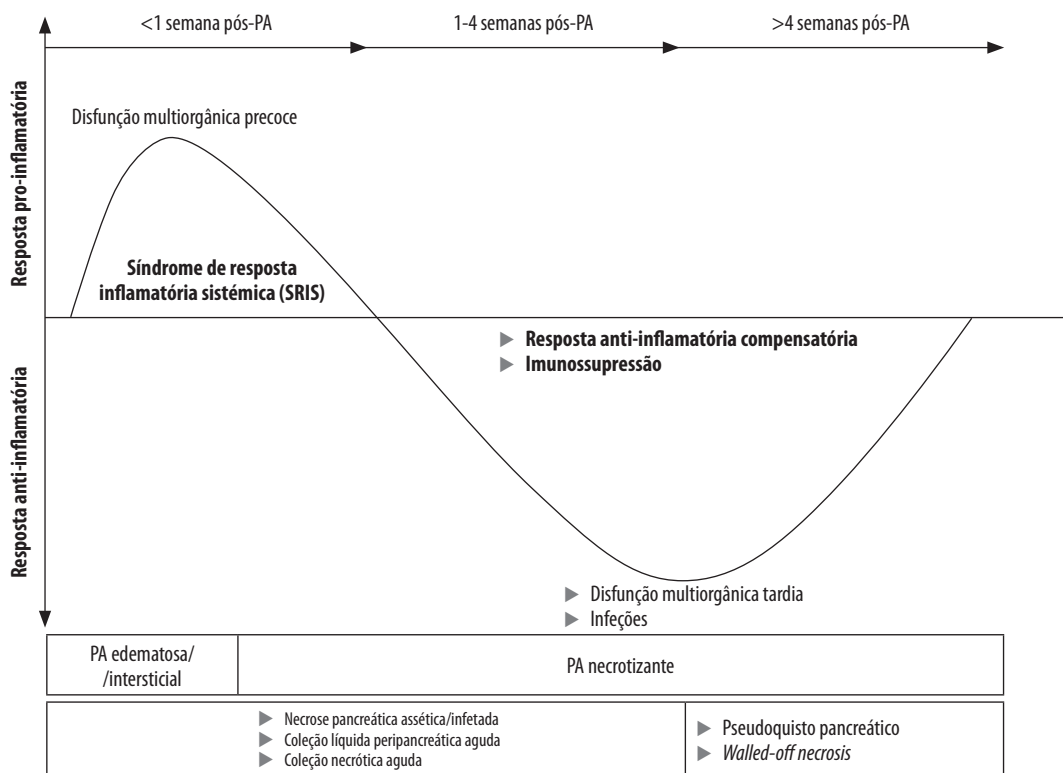
A avaliação do impacto da doença na qualidade de vida deve ser considerada aquando da colheita anamnésica. A *cryptoglandular* Anal Fistula Quality of Life scale (AF-QoL) permite avaliar a qualidade de vida nos doentes com fístula perianal de etiologia criptoglandular. Para a avaliação da qualidade de vida no doente com

doença de Crohn perianal, foi desenvolvida a escala de Crohn's Anal Fistula Quality of Life (CAF-QoL).

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de **abscesso anorretal** é, tipicamente, obtido apenas com base na história clínica e no exame objetivo. A inspeção anal e perianal permite a identificação de tumefação dolorosa, eritematosa e edemaciada, com ou sem flutuação. Nos diagnósticos diferenciais, incluem-se a hidradenite supurativa, o sinus pilonidal, a trombose hemorroidária, entre outras doenças proctológicas mais comuns.

Para o diagnóstico de **fístula perianal**, fazem parte da avaliação inicial a história clínica, incluindo antecedentes pessoais e familiares de DII, a história ginecológica e obstétrica, as cirurgias anorretais e o exame objetivo proctológico, em que o canal anal e a pele perianal devem ser inspecionados para identificar os orifícios da fístula, bem como o toque retal. A exploração com estilete tem caído em desuso com o desenvolvimento de métodos imagiológicos *point-of-care*, como é o caso da ecografia endoanal. Deve ficar reservada para avaliações com sedação endovenosa, quando se justifica exame proctológico com sedação. Trata-se de um procedimento doloroso e que pode criar falsos trajetos. Deve ser efetuado apenas por cirurgiões/gastroenterologistas experientes. A lei de Goodsall sugere que



**Figura 14.2.1** – Curso clínico da PA grave. Adaptado de Zerem (2014).

peripancreática pura (45%), a necrose pancreática e peripancreática (45%) e, mais raramente, a necrose pancreática pura (5%). A necrose pancreática é definida como áreas focais ou difusas de parênquima pancreático não viável >3 cm ou >30% do pâncreas, podendo ser estéril ou infetada.

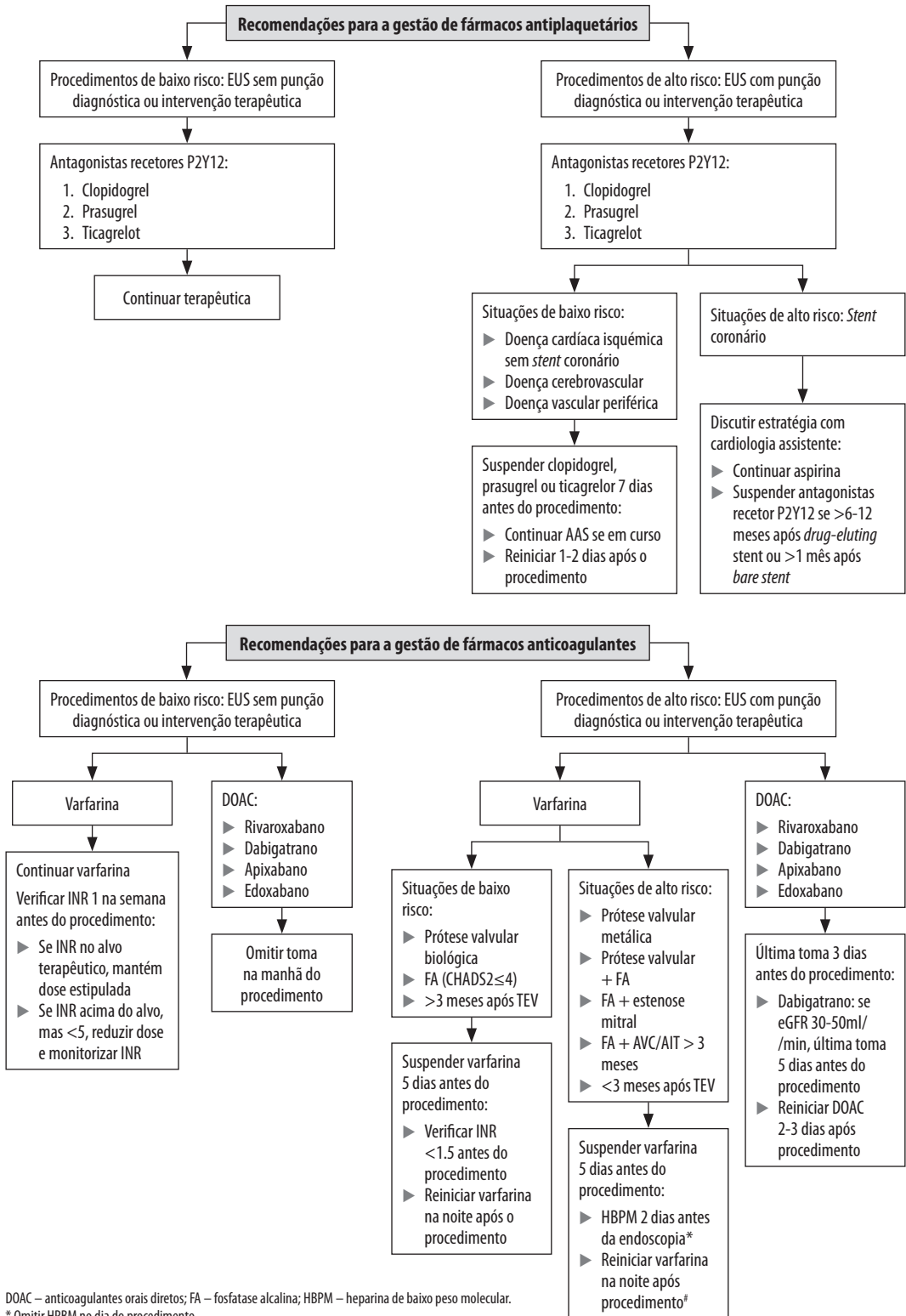
A PA pode complicar-se aos níveis locorreional, ductal, vascular e sistêmico. No entanto, a maioria dos doentes que desenvolvem um curso complicado apresentam-se inicialmente com uma doença ligeira sem insuficiência de órgão ou necrose pancreática/peripancreática.

## Complicações locorregionais, ductais, vasculares e sistêmicas

A PA pode associar-se ao desenvolvimento de múltiplas complicações locorregionais, nomeadamente a necrose pancreática, a coleção líquida peripancreática aguda, a coleção necrótica aguda, o pseudoquisto pancreático e a *walled-off necrosis*. Relativamente às coleções, as primeiras duas manifestam-se, habitualmente,

nas primeiras 4 semanas, enquanto as últimas duas complicações tendem a ocorrer 4 semanas após o início da PA. A necrose pancreática e todas as coleções têm o potencial de infetar.

A necrose pancreática pode causar estenoses ductais e disrupção do ducto pancreático (40% dos casos), com subsequente fuga persistente do suco pancreático, ascite peripancreática e formação de fistula pancreaticopleural. A veia esplênica é a estrutura vascular mais comumente envolvida na PA, com o desenvolvimento de trombose venosa portoesplenomesentérica, a formação de pseudoaneurismas e hemorragia espontânea. A hipertensão intra-abdominal pode ocorrer nos doentes críticos, sendo a sua repercussão incerta em termos prognósticos. As complicações sistêmicas caracterizam-se pela exacerbação de comorbilidades preexistentes (doença arterial coronária, doença pulmonar crônica, entre outras), disfunção de órgão e infeções (colangite, infeção do trato urinário, pneumonia, etc.), causas *major* de mortalidade e morbilidade.



DOAC – anticoagulantes orais diretos; FA – fosfatase alcalina; HBPM – heparina de baixo peso molecular.

\* Omitir HBPM no dia do procedimento.

† Continuar HBPM até INR estar nos valores alvo.

**Figura 16.4.4** – Recomendações para a gestão de fármacos antiplaquetários e anticoagulantes. Adaptado de Veitch et al. (2021).

# Gastrenterologia

## fundamental

Esta é uma obra que, abordando os principais aspetos da semiologia e da patologia do aparelho digestivo, proporciona informação adequada a quem pretende adquirir ou aprofundar os seus conhecimentos na área da Gastrenterologia, especialidade que tem sofrido alterações importantes ao longo dos últimos anos.

Os conteúdos, profundamente revistos e atualizados nesta segunda edição, incluem, além da semiologia e da patologia mais frequente de todos os segmentos do tubo digestivo, do fígado, e das vias biliares e pâncreas, capítulos sobre nutrição, endoscopia digestiva e patologia digestiva na infância e adolescência.

O público-alvo desta publicação inclui não só os estudantes de Medicina, mas também profissionais de saúde, designadamente médicos que iniciam o seu Internato em especialidades que lidam, direta ou indiretamente, com a patologia digestiva, nomeadamente Gastrenterologia, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, entre outras.

### **Pedro Narra de Figueiredo**

Médico Gastrenterologista; Professor de Gastrenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Gastrenterologia; Diretor do Serviço de Gastrenterologia da ULS de Coimbra, EPE e Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

### **Marília Cravo**

Médica Gastrenterologista; Professora Associada com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Gastrenterologia; Diretora do Serviço de Gastrenterologia do Hospital da Luz Lisboa e Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

### **Fernando Castro-Poças**

Médico Gastrenterologista; Professor Catedrático convidado com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António da ULS de Santo António, EPE e Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia.

Patrocínio Científico:



Sociedade  
Portuguesa de  
Gastrenterologia



ISBN 978-989-752-973-3



9 789897 529733

www.lidel.pt