

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

FREDERICO OCTÁVIO PEROZINI DEMONER

IZABEL GRACELI PEREIRA SANTOS

JÚLIA MARTINELI LUBIANA

A REAL ASSOCIAÇÃO ENTRE SINAIS DE ALARME E CÂNCER GÁSTRICO

VITÓRIA

2020

FREDERICO OCTÁVIO PEROZINI DEMONER

IZABEL GRACELI PEREIRA SANTOS

JÚLIA MARTINELI LUBIANA

A REAL ASSOCIAÇÃO ENTRE SINAIS DE ALARME E CÂNCER GÁSTRICO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção
do grau de médico.

Orientador: Felipe Bertollo Ferreira

VITÓRIA

2020

FREDERICO OCTÁVIO PEROZINI DEMONER

IZABEL GRACELI PEREIRA SANTOS

JÚLIA MARTINELI LUBIANA

A REAL ASSOCIAÇÃO ENTRE SINAIS DE ALARME E CÂNCER GÁSTRICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em ____ de _____ de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Dr. Felipe Bertollo Ferreira
Professor da disciplina de Gastroenterologia
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

Agradecemos ao nosso professor, Felipe, pela ideia inicial do projeto e pelo constante entusiasmo em nos orientar. Ao auxílio de Igleide, do centro diagnóstico do HSCMV, que sempre esteve presente. Aos pacientes por compartilharem suas histórias conosco proporcionando a realização deste trabalho.

“Passamos toda a vida nos preocupando com o futuro. Fazendo planos, tentando prevê-lo e desvendá-lo como se fosse aliviar o impacto. Porém, o futuro está sempre mudando e é o lar dos nossos medos mais profundos e das nossas maiores esperanças. Mas uma coisa é certa, ele nunca é como imaginamos.”

Autor desconhecido

RESUMO

Introdução: O câncer gástrico é a terceira causa de morte relacionada ao câncer em todo mundo. Estimam-se 21.230 novos casos para o ano de 2020 no Brasil. O diagnóstico padrão-ouro é feito com endoscopia digestiva alta e análise histopatológica de biópsia, exame indicado principalmente quando há sinais de alarme, independente da faixa etária. Entretanto, o guideline americano mais recente de dispepsia, orienta a realização do exame apenas para maiores de 60 anos, devido à baixa incidência de malignidade nos pacientes abaixo desta idade. **Objetivos:** Avaliar se os achados na endoscopia digestiva alta são compatíveis com a indicação desta na presença de sinais de alarme em idade menor que 60 anos. **Métodos:** Estudo observacional, transversal feito em Hospital Filantrópico em Vitória – Espírito Santo, com amostra de 160 pacientes submetidos a endoscopia digestiva alta. Os dados foram coletados através de questionário, laudos endoscópicos, histológicos e prontuário. Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor-p <0,05. **Resultados:** Ocorreu associação estatística entre: uso de álcool e gastrite crônica com metaplasia intestinal; uso de álcool e neoplasia de esôfago; tabagismo e gastrite crônica; tabagismo e neoplasia de estômago; pesquisa de *Helicobacter pylori* pelo método Giemsa e gastrite crônica; e pesquisa de *Helicobacter pylori* pelo método Giemsa e gastrite crônica com metaplasia intestinal. **Conclusão:** Os achados da endoscopia digestiva alta não são compatíveis com a indicação deste exame para pesquisa de câncer gástrico na presença de sinais de alarme em pacientes com idade inferior a 60 anos.

Palavras-chave: Neoplasia Gástrica, Endoscopia do Sistema Digestório, Sinais e Sintomas.

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer is the third leading cause of cancer-related death worldwide. There are an estimated 21,230 new cases for 2020 in Brazil. The gold standard diagnosis is made with Upper Digestive Endoscopy and histopathological analysis of biopsy, an exam indicated mainly when there are alarm features, regardless of the age group. However, the most recent American guideline for dyspepsia advises the examination to be performed only for people over 60 years of age due to the low incidence of malignancy in patients below this age. **Objectives:** To evaluate whether the findings in Upper Digestive Endoscopy are compatible with its indication in the presence of alarm signs in the age of less than 60 years. **Methods:** Observational cross-sectional study carried out in a Philanthropic Hospital in Vitória - Espírito Santo with a sample of 160 patients undergoing upper digestive endoscopy. Data was collected through a questionnaire; endoscopic and histological reports; medical records. Associations and comparisons were considered significant in the case of p-value <0.05. **Results:** There was a statistical association between: alcohol use and chronic gastritis with intestinal metaplasia; alcohol use and esophageal cancer; smoking and chronic gastritis; smoking and stomach cancer; research for *Helicobacter pylori* using the Giemsa method and chronic gastritis; and research of *Helicobacter pylori* using the Giemsa method and chronic gastritis with intestinal metaplasia. **Conclusion:** The findings of Upper Digestive Endoscopy are not compatible with the indication of this exam for gastric cancer research in the presence of alarm signs in patients under the age of 60 years.

Keywords: Gastric Neoplasia, Digestive System Endoscopy, Signs and Symptoms

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medicamentos de uso domiciliar	17
Tabela 2 - Achados mais frequentes nos laudos endoscópicos	19
Tabela 3 - Achados mais frequentes nos laudos histopatológicos	19

LISTA DE SIGLAS

ACG	American College of Gastroenterology
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroidal
AVE	Acidente vascular encefálico
CAG	Canadian Association of Gastroenterology
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
ES	Espírito Santo
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBP	Inibidor de Bomba de Próton
IAM	Infarto agudo do miocárdio
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MALT	Linfomas Associados à Mucosa
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais de Síntese do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	31
ANEXO A – Questionário.....	31
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	36
ANEXO C – Divisão dos laudos endoscópicos em alterações mínimas e máximas	39

1 INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é a terceira causa de morte relacionada ao câncer em todo mundo¹. Em 2018, foi a causa de morte de 15.796 pessoas no Brasil, ficando em quarto lugar (6,5%) no ranking de mortalidade relacionado a neoplasias². Apesar de sua incidência estar diminuindo nos países desenvolvidos, ela permanece alta nos países em desenvolvimento³.

Entre os principais diagnósticos de câncer no Brasil em 2020, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer gástrico é o quarto mais prevalente entre os homens e o sexto entre as mulheres. Estima-se que surgirão 21.230 novos casos neste ano, o que representará 4,72% de todas as neoplasias malignas, excetuando-se pele não melanoma. Destes, 13.360 serão em homens e 7.870 em mulheres. A região Sudeste será a mais acometida com 9.390 casos, seguida das regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. O Espírito Santo (ES) contemplará 390 novos casos, sendo 260 em homens e 130 em mulheres e, no município de Vitória 20 casos, representando 51,2% do total⁴.

Dentre os fatores de risco para sua ocorrência, destacam-se: colonização pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), sexo masculino, raça negra, tabagismo, alcoolismo, obesidade, gastrite atrófica, predisposição genética, dieta hipersódica, deficiência em frutas e vegetais⁵, dieta rica em nitritos/nitratos e baixo nível socioeconômico⁶. Em relação a *H. pylori*, sua transmissão parece acontecer normalmente através do contato entre pessoa/pessoa, podendo ser por meio de contaminação fecal/oral ou oral/oral, principalmente em países subdesenvolvidos⁷. O diagnóstico pode ser estabelecido pelas seguintes modalidades: exame histológico de biópsia da mucosa gástrica com a coloração Giemsa (padrão-ouro), sorologia, pesquisa de antígenos nas fezes e teste respiratório com ureia marcada com carbono 13⁸. Estudos soro epidemiológicos demonstram que o contágio ocorre na maioria das vezes na infância, que esta taxa de prevalência se eleva progressivamente com o ganho de idade⁷ e que quanto mais cedo a colonização ocorre, maior é o risco de desenvolver tanto lesões pré-malignas como malignas⁹. Isso justifica a recomendação do ACG de tratar todos os pacientes infectados¹⁰, uma vez que é o principal fator de risco relacionado ao câncer gástrico e mais de 90% dos pacientes diagnosticados com essa neoplasia possuem infecção presente ou prévia¹¹.

Os tumores gástricos são predominantemente malignos, e o tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, que corresponde a 90-95% dos casos, aproximadamente⁸. Este é subdividido em dois tipos histológicos segundo a classificação de Lauren, intestinal e difuso. A maioria pertence à divisão intestinal, porém os dois subtipos são relacionados com a infecção pelo *H. pylori* e as lesões gástricas pré-malignas são conhecidas como fator de risco para desenvolvimento do tipo intestinal⁹. Os outros exemplos de câncer gástrico são os linfomas, especialmente os linfomas não Hodgkin do tipo MALT (linfomas associados à mucosa), que correspondem a 3% dos casos, e os sarcomas¹². As neoplasias gástricas ocorrem mais comumente por volta dos 50 a 70 anos⁸ e geralmente são assintomáticas, principalmente em estágios iniciais e, à medida que progridem, os pacientes podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos, como anorexia, plenitude pós-prandial, saciedade precoce, náuseas leves, vômitos, disfagia e dor epigástrica⁶, razões que dificultam o diagnóstico precoce⁸. O câncer gástrico em estágio avançado onera muito o sistema de saúde uma vez que o tratamento paliativo e as novas modalidades de tratamento com biológicos são extremamente custosas¹³. Por outro lado, quando diagnosticado precocemente pode ser tratado com ressecção endoscópica submucosa, reduzindo os gastos com o tratamento¹¹.

O método de escolha preferencial para o diagnóstico dessa patologia é a endoscopia digestiva alta (EDA)¹ associada a biópsia com análise histopatológica⁶. A EDA com aparelhos flexíveis de fibra óptica começou a ser realizada em adultos, na década de 1950 no Brasil. O exame consiste em introduzir um aparelho tubular pela cavidade oral com a finalidade de visualizar o esôfago, estômago e parte do duodeno e, se necessário, realizar biópsias da mucosa para caracterizar a natureza anatomopatológica das lesões¹⁴. Este exame está indicado, principalmente, na presença de sinais de alarme, tais como: emagrecimento, idade igual ou superior a 50 anos, disfagia, odinofagia, sintomas noturnos, hemorragia digestiva alta, história familiar de câncer e anemia¹⁵.

Entretanto, o guideline "American College of Gastroenterology (ACG) and the Canadian Association of Gastroenterology (CAG) Clinical Guideline: Management of Dyspepsia" lançado em junho de 2017 justificou, por meio de uma revisão sistemática de sete estudos com mais de 46.000 pacientes, a necessidade de mudar a conduta

vigente de realização da EDA nos pacientes com dispepsia e com idade inferior a sessenta anos apresentando sinais de alarme, visando identificar patologias orgânicas, como o câncer gástrico. O guideline discute que tais sinais de alarme possuem uma utilidade limitada, no exame, para identificá-las, principalmente nessa faixa etária, uma vez que o risco de malignidade é menor que 1%, caracterizando um baixo valor preditivo positivo e não justificando o seu custo-benefício. Dessa forma, sugeriu-se a elevação da faixa etária para acima de 60 anos visando melhor acurácia e benefícios econômicos.

Atualmente, a conduta vigente no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), referência na atenção terciária no ES, é a realização de EDA em pacientes com sinais de alarme independente da idade. Portanto, ante ao exposto no guideline, é conveniente avaliar se a realização do exame em pacientes menores de 60 anos seria necessária para a investigação de patologias orgânicas, como a neoplasia gástrica, frente a presença de sinais de alarme.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se os achados na EDA são compatíveis com a indicação desta na presença de sinais de alarme em idade menor que 60 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a EDA no HSCMV;
- Definir a frequência de achados no exame endoscópico;
- Definir o perfil do paciente com neoplasia gástrica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) sob o parecer 2.567.691, com a amostragem de 160 pacientes que realizaram EDA no Centro Diagnóstico do HSCMV no período de abril de 2018 a março de 2020.

Para compor o banco de dados, foi desenvolvido um questionário via Google Forms, conforme anexo A. Após explicação dos objetivos do estudo, com garantia de sigilo e da possibilidade de recusa, os pesquisadores preenchem o documento na presença do entrevistado, em uma sala privada. Todos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme anexo B. Além disso, foram analisados o prontuário de cada paciente, laudos endoscópicos e histopatológicos, que continham as descrições macroscópicas, microscópicas e a impressão diagnóstica, além da positividade ou negatividade da pesquisa de *H. pylori* pelo método Giemsa. Posteriormente, os laudos endoscópicos foram subdivididos em dois grupos, conforme o anexo C: alterações mínimas, como por exemplo, gastrite, pólipos gástricos não displásicos e esofagite não erosiva; e alterações máximas como gastrite atrófica, neoplasias gástrica e esofágica, esôfago de Barret e úlceras pépticas.

O questionário foi elaborado com as seguintes categorias: idade, sexo, raça, internação atual ou paciente externo, presença de sinais de alarme: idade igual ou superior a 50 anos, disfagia/odinofagia, sintomas noturnos (quando o paciente desperta devido ao sintoma à noite), anemia/sangramento gastrointestinal, emagrecimento não intencional, história familiar de câncer gastrointestinal, medicações em uso, comorbidades, tabagismo/etilismo (considerada resposta negativa quando o paciente nunca teve o hábito ou cessou há pelo menos 6 meses; ou positiva, independente da quantidade utilizada), cidade de residência, se já realizou o exame anteriormente e qual a sua indicação médica. Foram excluídos da pesquisa aqueles que já tinham diagnóstico prévio de câncer gástrico, uma vez que o estudo objetiva avaliar se os achados de doença orgânica na EDA são compatíveis com a indicação desta na presença de sinais de alarme em pacientes menores de 60 anos; e os que não completaram o exame. Os critérios de exclusão foram verificados no

próprio questionário por meio do item “comorbidades” e na ausência de laudo endoscópico.

Para a realização dos cálculos, foi feito o agrupamento de todas as variáveis que tiveram frequência absoluta menor ou igual a 5 das seguintes categorias: cidades, indicações médicas, comorbidades, medicamentos em uso, laudos endoscópicos e laudos histopatológicos.

Os dados referentes ao questionário juntamente com os laudos endoscópicos e histopatológicos foram tabulados em planilha EXCEL e analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25. Variáveis de natureza categórica foram organizadas por meio de frequências e percentuais e a associação entre elas foi realizada pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5). Associações e comparações foram consideradas significativas no caso de valor-p <0,05.

4 RESULTADOS

No estudo proposto, a amostra é constituída de 160 pacientes sendo 61,2% do sexo feminino e 38,8% do sexo masculino. Em relação a idade, a média foi 54 anos, com idade mínima de 19 anos e a máxima de 85 anos. Quanto a raça, 41,8% dos pacientes se autodeclararam pardos, 38,8% brancos, 18,8% negros e 0,6% índios. Cariacica e Vitória foram os municípios de residência mais frequentemente relatados, com 22,5% cada, seguidos por Vila Velha com 11,3%, Serra e Viana, ambos com 8,8% e Guarapari com 6,3%. Os demais municípios tiveram frequência absoluta menor ou igual a 5 e, portanto, foram agrupados na variável “outros municípios”. Sobre o uso de substâncias lícitas, 20% da amostra afirmaram fazer uso de álcool e 23,8% confirmaram ser tabagistas.

No que diz respeito às comorbidades, a mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 41,3%, seguida por doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com 16,9% cada, asma com 10%, apneia do sono e infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, ambas com 6,9%, hipotireoidismo com 6,3%, cirrose com 5,6% e acidente vascular encefálico (AVE) prévio com 4,4%. As outras comorbidades apresentaram frequência absoluta menor ou igual a 5 e, por isso foram agrupados na categoria “outras comorbidades”. Foram contabilizados os números de comorbidades por pessoa, sendo assim, o mesmo paciente pode ter sido incluído em mais de uma variável nesta categoria. Ademais, 20% dos pacientes apresentavam nenhuma afecção.

As medicações usadas e relatadas pelos pacientes foram de diversos grupos, como pode ser observado na tabela 1:

Tabela 1 - Medicamentos de uso domiciliar

MEDICAMENTOS	Contagem	% (n= 160)
Anti-hipertensivo	81	50,6
Hipoglicemiante	23	14,4
Anti-inflamatório não esteroidal (AINE)	16	10,0
Corticoide	10	6,3

Ácido acetilsalicílico	13	8,1
Inibidor de bomba de próton	57	35,6
Antidepressivo	22	13,8
Anticoagulante	5	3,1
Beta 2 agonista	6	3,8
Anticoncepcional	11	6,9
Terapia antirretroviral	5	3,1
Benzodiazepínico	26	16,3
Alopurinol	2	1,3
Hipolipemiantes	15	9,4
Outros medicamentos	34	21,3
Sem uso de medicações	23	14,4

No que concerne aos sinais de alarme apresentados pelos pacientes, tem-se a presença de idade maior ou igual a 50 anos com 62,5%, sintomas noturnos com de 38,1%, anemia/sangramento gastrointestinal com 35,6%, disfagia/odinofagia com 30%, presença de emagrecimento não intencional com 21,9% e 6,8% dos pacientes não apresentavam sinal de alarme. Ou seja, 149 pacientes possuíam ao menos um sinal de alarme, e destes, apenas 1,34% tiveram o diagnóstico de neoplasia gástrica.

No campo das indicações médicas da EDA, a mais prevalente foi dispepsia com 42,5%, seguida por disfagia com 10%, investigação de DRGE com 7,5% e controle de erradicação de *H. pylori* com 6,9%. As demais indicações tiveram frequência absoluta menor que 5 e foram agrupadas na variável “outras indicações”.

Dentre pacientes entrevistados, 71,3% já tinham realizado a EDA anteriormente. Dos 160 exames realizados, 92,5% foram em pacientes externos e 7,5% em pacientes internados.

Outros resultados demonstraram que 69,4% da amostragem total realizaram biópsia com estudo histopatológico e destes, 87,4% fizeram pesquisa de *H. pylori* pela coloração Giemsa. Dos que realizaram esta investigação, 64,9% tiveram resultado negativo e 35,1% tiveram resultado positivo para a presença da bactéria.

Nas tabelas 2 e 3, observam-se as patologias e suas frequências correspondentes, que foram encontradas nas análises dos laudos endoscópicos e histopatológicos, respectivamente:

Tabela 2 - Achados mais frequentes nos laudos endoscópicos

ACHADOS ENDOSCÓPICOS	Contagem	% N total da coluna
Pólipo	11	6,9
Gastrite	107	66,9
Esofagite grau A	19	11,9
Esofagite grau B	8	5,0
Esofagite grau C	2	1,3
Outros achados endoscópicos	71	44,4
Sem alterações endoscópicas	21	13,1

Tabela 3 - Achados mais frequentes nos laudos histopatológicos

ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS	Contagem	% N total da coluna
Gastrite crônica	71	44,4
Gastrite crônica com metaplasia intestinal	14	8,8
Pólipo hiperplásico	6	3,8
Pólipo de glândula fúndica	6	3,8
Neoplasia de estômago	2	1,3
Neoplasia de esôfago	4	2,5
Outros achados histopatológicos	17	10,6
Sem alterações histopatológicas	5	3,1

Quando se analisou a presença de neoplasias, observou-se que 6 pacientes da população estudada apresentaram essa afecção, sendo 4 com neoplasia de esôfago e 2 com neoplasia de estômago. Todas as neoplasias foram identificadas em pacientes maiores de 45 anos. No grupo dos pacientes com câncer gástrico, nenhum afirmou fazer uso de bebida alcoólica e todos afirmaram: serem tabagistas, fazerem uso de inibidor de bomba de próton (IBP) e apresentaram os seguintes sinais de

alarme: sintomas noturnos, anemia, idade maior ou igual a 50 anos. Em contrapartida, no grupo dos pacientes com neoplasia esofágica, 3 dos 4 pacientes afirmaram consumir bebida alcoólica, o hábito tabágico foi relatado por metade dos pacientes com essa enfermidade e no que tange os sinais de alarme, os mais prevalentes nessa população foram idade maior ou igual a 50 anos e disfagia. Porém, nenhum apresentou anemia e sintomas noturnos.

Em relação a significância estatística, obtiveram-se os seguintes resultados: o uso de álcool aumenta o risco de desenvolvimento de gastrite crônica com metaplasia intestinal ($p=0,025$) e de neoplasia de esôfago ($p=0,005$) se comparado ao grupo não etilista; dos pacientes que afirmaram fazer uso de tabaco, a chance de se encontrar gastrite crônica ($p=0,003$) foi menor e a de neoplasia de estômago ($p=0,01$) foi maior que no grupo de não tabagistas; e, naqueles pacientes em que a pesquisa de *H. pylori* pelo método Giemsa foi positiva, encontrou-se maior desenvolvimento de gastrite crônica ($p=0,000$) e de gastrite crônica com metaplasia intestinal ($p=0,005$) em relação aos que tiveram a pesquisa negativa.

5 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a EDA no HSCMV é composto predominantemente pelo sexo feminino (61,2%), com média de idade de 54 anos. Além disso, a indicação médica mais frequente foi dispepsia (42,5%) e a maioria dos laudos endoscópicos identificou presença de gastrite (66,9%), assim como o achado na biópsia mais comum foi gastrite crônica (44,4%). Estes dados são semelhantes a outros estudos epidemiológicos de pacientes submetidos a EDA realizados no Brasil^{16,17}. Notou-se também a dominância da população parda (38,8%), que pode ser justificada por ser a mais prevalente no ES, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018¹⁸. Quanto ao local de residência, a maioria declarou ser morador de Vitória (22,5%) ou Cariacica (22,5%) e, possivelmente, isso se deve ao fato do HSCMV ser essencial na assistência à saúde no ES, auxiliando diversos municípios, como Cariacica, que não possui hospital próprio da rede pública de atendimento.

Foram observadas associações estatísticas entre consumo de álcool e a presença de gastrite crônica com metaplasia intestinal nos laudos histopatológicos. Uma recente metanálise com 34.557 pacientes com câncer gástrico reafirmou a influência do etilismo pesado (ingestão de pelo menos 50 gramas de etanol por dia) e o desenvolvimento dessa neoplasia, com incidência 1,2 vezes maior quando comparados aos não etilistas¹⁹. Apesar de não ter sido realizada a quantificação de gramas de álcool ingeridas por cada paciente na atual pesquisa, sabe-se que o álcool age retardando o esvaziamento gástrico e agredindo de forma direta a mucosa, resultando em reação necroinflamatória. Além disso, a ingestão rotineira ocasiona aumento da resistência da mucosa devido a elevada síntese de prostaglandinas endógenas, desequilibrando o processo de proteção gástrica⁷. Ainda que a associação nesse estudo não tenha ocorrido entre o uso de álcool e câncer gástrico, é notório que a gastrite crônica com metaplasia intestinal é considerada uma lesão pré-neoplásica¹⁹.

Outra associação encontrada foi entre o consumo de álcool e a presença de neoplasia de esôfago. A ingestão diária de 50 gramas de álcool aumenta em 2-3 vezes o risco de desenvolvimento desse tumor se comparado aos que não consomem bebidas

alcoólicas²⁰. A maioria dos pacientes da amostra com este diagnóstico (75%) relatou uso de bebida alcoólica e, 50% dos pacientes com neoplasia de esôfago tiveram o diagnóstico histológico de carcinoma espinocelular, o tipo mais comumente associado ao uso de álcool¹³. Ademais, metade dos pacientes com tal neoplasia fumava e é comprovado que há um efeito multiplicativo entre o álcool e cigarro no seu desenvolvimento²⁰.

Outra significância estatística foi entre neoplasia de estômago e tabagismo, em que 100% dos pacientes com este diagnóstico possuíam hábito tabágico, indo ao encontro de estudos que evidenciam risco maior de até 1,69 vezes comparando fumantes e não fumantes²¹. Os fatores de risco ambientais e comportamentais mais frequentes relacionados ao desenvolvimento do adenocarcinoma gástrico incluem infecção pelo *H. pylori*, baixa ingestão de frutas/vegetais, alto consumo de sal e tabagismo, sendo este o mais importante fator comportamental²². Com relação a localização e tipos histológicos, o hábito de fumar foi associado a todos os tipos de tumores gástricos analisados, com destaque para tumores proximais, segundo estudos de caso controle²³. Entretanto, os mecanismos de como esse risco é aumentado ainda permanecem incertos¹¹.

O cruzamento entre a pesquisa de *H. pylori* pelo método Giemsa e gastrite crônica teve como resultado a associação entre a positividade do método e a presença de gastrite crônica. Embora existam diversos fatores causais para o desencadeamento desta inflamação, há alguns que se destacam como a infecção por *H. pylori*. A bactéria coloniza a mucosa gástrica e estabelece infecção crônica que está fortemente associada à gastrite, podendo acometer qualquer faixa etária⁹. Na amostra do atual estudo, 35,1% dos pacientes que foram submetidos a pesquisa da bactéria tiveram um resultado positivo e destes, 85,3% foram diagnosticados com gastrite crônica. Esses resultados são compatíveis com o que foi encontrado em outro estudo, realizado em Salvador no ano de 2009, que demonstrou que dos 138 espécimes analisados histopatologicamente, 39% testou positivo para *H. pylori* e desses, 95% foram detectados como portadores de gastrite crônica²⁴. Em uma outra análise realizada no Irã em 2015, mostrou que mais de 90% das pessoas infectadas com a bactéria possuíam graus variados de gastrite²⁵.

A significância estatística também demonstrou relação entre a presença de *H. pylori* pelo método Giemsa e gastrite crônica com metaplasia intestinal. Nesta afecção, as células epiteliais colunares gástricas são substituídas por células morfológicamente intestinais. A manutenção da gastrite crônica pode ocasionar progressão da lesão gástrica devido a perda de glândulas e hipocloridria, ocasionando gastrite atrófica que conseqüentemente pode evoluir para metaplasia intestinal, displasia e adenocarcinoma^{9,26}. Análises sugeriram que a cada 100 pacientes com *H. pylori*, 50 desenvolverão gastrite atrófica, 40 metaplasia intestinal, 8 displasia e, eventualmente, 1 ou 2 câncer gástrico. Cada uma dessas etapas subseqüentes ocorre particularmente em indivíduos que já possuem lesões anteriores e o risco de progressão para a próxima etapa depende da severidade de patologias pré-existentes, sendo essa evolução lenta, que geralmente dura anos⁹. Um estudo de coorte, realizado na Coréia do Sul entre 2003 e 2007, com 389 pacientes demonstrou que a presença de gastrite atrófica e de metaplasia intestinal eram significativamente maior nos pacientes que testaram positivo para *H. pylori* em relação aos que foram negativos, determinando que a presença dessa bactéria foi o fator de risco mais importante para o desenvolvimento dessas afecções²⁷.

E por último, encontrou-se associação entre tabagismo e gastrite crônica, sendo que o hábito de fumar seria um fator de proteção para o desenvolvimento da gastrite. Apesar de este estudo ter chegado a esse resultado, não há evidências na literatura que corroboram com isso. Inclusive, em todas as bases de dados utilizadas, o que se encontra é que o tabagismo está entre os fatores etiológicos da gastrite crônica⁷.

Dos 160 pacientes submetidos a EDA, apenas 2 tiveram o diagnóstico de câncer gástrico, sendo ambos do sexo masculino, que já haviam realizado o exame anteriormente, autodeclarados pardos, diabéticos, usuários de tabaco, em uso IBP e anti-hipertensivos e com os seguintes sinais de alarme em comum: idade maior ou igual a 50 anos, sintomas noturnos, história de anemia/sangramento gastrointestinal e disfagia/odinofagia. No que tange às diferenças, um paciente tinha 50 anos, estava internado, era portador de pancreatite crônica, tinha relato de emagrecimento como sinal de alarme adicional e Giemsa negativo; o outro 71 anos, hipertenso, não estava internado e o Giemsa não foi realizado.

Tendo em vista o perfil dos pacientes e levando em consideração toda a amostra, apenas 6,8% não apresentaram qualquer sinal de alarme, ou seja, 149 pacientes tinham ao menos um sinal, dos quais apenas 1,34% tiveram o diagnóstico de câncer gástrico. Tal evidência ratifica que a presença de sinais de alarme possui baixo valor preditivo positivo para investigação de qualquer doença orgânica, incluindo neoplasia gástrica, conforme é citado no artigo “ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia”.

Quanto à faixa etária, 61,8% dos pacientes tinham menos de 60 anos. Destes, apenas um possuía malignidade gástrica em sua análise histopatológica. Entretanto, este paciente era portador de pancreatite crônica que também pode se expressar com dor epigástrica, sendo um fator de confusão em relação à origem desse sintoma, se pancreático ou gástrico. Vale ressaltar que guideline orienta a não inclusão dos pacientes que possuem dor sugestiva de causa pancreática ou biliar, história familiar de câncer gástrico e emagrecimento na ausência de dor epigástrica. Portanto, este paciente teria indicação de realizar EDA mesmo estando na faixa etária abaixo de 60 anos.

Em contrapartida, o outro paciente diagnosticado com câncer gástrico está na faixa etária acima de 60 anos e possuía sintomas dispépticos, se adequando nas orientações de realização de endoscopia sugeridas pelo artigo. Além disso, nesse estudo, também foi observado que todos dessa faixa etária tiveram algum tipo de alteração no exame.

Quando analisados a totalidade dos laudos endoscópicos, 13,1% não apresentaram qualquer alteração endoscópica. Quanto aos laudos histopatológicos, apenas 3,1% da amostra não apresentaram qualquer alteração. Tais achados foram visualizados principalmente na faixa etária de 15 a 24 anos.

Em relação aos resultados dos laudos endoscópicos, 86,9% tiveram alterações, que foram diversas. Para facilitar o entendimento do estudo e a gravidade dos achados, estes foram subdivididos em dois grupos: alterações mínimas e máximas, conforme o anexo C. Essa divisão foi proposta em uma pesquisa que analisou achados endoscópicos em pacientes com dispepsia em Criciúma - Santa Catarina¹⁷.

No atual estudo, após o cálculo das frequências de cada grupo, observou-se que as alterações mínimas eram presentes em 75% de todos os laudos endoscópicos, representando maior parte dos achados, e as máximas em 25%. Foram encontrados achados semelhantes a esses na pesquisa citada acima¹⁷. Como as alterações mínimas foram consideradas de relevância clínica menor ou não modificadora de conduta médica, as indicações e a realização dessas endoscopias são questionáveis.

Nessa ótica, considerando que 120 laudos endoscópicos foram classificados como alterações mínimas e o valor da EDA é de R\$ 48,16 conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais de Síntese do SUS - SIGTAP em 03/2020, nota-se que mais de R\$ 5.000,00 poderiam ter sido poupados dos cofres públicos. No entanto, essa quantia pode ser ainda superior, visto que esse valor representa apenas o custo bruto da realização exame, não levando em consideração outros fatores como: medicamentos utilizados; obtenção, manutenção e limpeza dos aparelhos; entre outros. Portanto, realizando uma análise mais profunda, constata-se que há grande oneração do sistema público de saúde com exames feitos desnecessariamente.

É importante ressaltar que o guideline expõe que o risco de malignidade no trato gastrointestinal superior aumenta naqueles que nasceram e passaram a infância em certas regiões geográficas, como o Sudeste Asiático e alguns países da América do Sul. Como por exemplo, no Japão a incidência dessa patologia em 2018 foi de 115.546 casos, o que justifica realizar o rastreio nesse país, a partir dos 50 anos²⁸. Por outro lado, a incidência na América do Norte, região na qual o artigo foi desenvolvido, foi de 29.275². Com isso, recomenda-se que a endoscopia deve ser indicada mais precocemente nos locais onde há maior risco, assim como em outros locais, de acordo com o julgamento clínico. Como o número de novos casos no Brasil em 2018 foi 20.927²⁹, pode-se inferir que ele se encaixaria nos locais onde a idade para indicação deveria ser aumentada para 60 anos ou mais mesmo na presença de sinais de alarme.

Apesar de o atual estudo corresponder com o guideline em relação às indicações quanto à faixa etária para a realização da EDA, o número da amostra foi reduzido e diante disso são necessários outros estudos multicêntricos randomizados para melhor avaliação, além de validar outras formas não invasivas de diagnosticar câncer gástrico que sejam custo-efetivas.

6 CONCLUSÃO

- Os achados da EDA no HSCMV não foram compatíveis com a indicação deste exame para pesquisa de câncer gástrico na presença de sinais de alarme em pacientes com idade inferior a 60 anos, visto que estes possuem um baixo valor preditivo positivo;
- Diante de tudo que foi exposto e dos resultados dessa pesquisa, as recomendações sugeridas pelo guideline de elevar a faixa etária para indicação de EDA devem ser ponderadas.

REFERÊNCIAS

1. Moayyedi, Paul M; Lacy, Brian E; Andrews, Christopher N; Enns, Robert A; Howden, Colin W; Vakil, Nimish. "ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia". *American Journal of Gastroenterology*. 2017. 112 (7)
2. Estados Unidos, Stomach, GLOBOCAN 2018. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/7-Stomach-fact-sheet.pdf> 988-1013.
3. Kassab Paulo, Leme Pedro Luiz Squilacci. Epidemiologia do câncer gástrico. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [Internet]. 2003 June [cited2020 Apr 11]; 49(2): 128-128.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Causas e prevenção – estatística de câncer. Brasil: 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
5. Smyth, E. C.; Verheij, M.; Allum, W.; Cunningham, D.; Cervantes, A.; & Arnold, D. (2016). Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*; 27(5), 38–49.
6. KASPER D. L., et al. *Medicina Interna de Harrison*. 19ª edição. Rio de Janeiro: Editora AMGH, 2017.
7. Ddine Lissa Chamse, Ddine Charif Chamse, Rodrigues Cíntia Corte Real, Kirsten Vanessa Ramos, Colpo Elisângela. Fatores associados com a gastrite crônica em pacientes com presença ou ausência do *Helicobacter pylori*. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*
8. GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. *Cecil Medicina Interna*. 24ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2014.
9. de Vries A, Kuipers E. Epidemiology of Premalignant Gastric Lesions: Implications for the Development of Screening and Surveillance Strategies. *Helicobacter*. 2007;12(s2):22-31.
10. Chey, William D, Leontiadis, Grigorios I, Howden, Colin W, Moss, Steven F. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *American Journal of Gastroenterology*. 2017

11. Yoon H, Kim N. Diagnosis and Management of High Risk Group for Gastric Cancer. *GutandLiver*. 2015;9(1):5-17.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer – estômago. Brasil: 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago>
13. Săftoiu A, Hassan C, Areia M, Bhutani M, Bisschops R, Bories E et al. Role of gastrointestinal endoscopy in the screening of digestive tract cancers in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2020.
14. Sakae Thiago Mamôru, Sakae Gislene Rosa Feldman Moretti, Ruzon Rafaela Fernanda Lebbos. Perfil epidemiológico dos exames de Endoscopia Digestiva Alta no Hospital Nossa Senhora da Conceição de 2007 a 2010. *Arq. Catarin. Med*. 2012; 41(4): 38-41.
15. Shaukat Aasma, Wang Amy, Acosta Ruben D., Bruining David H., Chandrasekhara Vinay, Chathadi Krishnavel V, et al. The role of endoscopy in dyspepsia. *Gastrointestinal endoscopy*. 2015; 82(2).
16. Coelho, José Celso Cunha Guerra Pinto; Passos, Marcelo de Paula; Costa, José Roberto de Rezende; Silva, Eduardo Antônio Roquim; Silva, Mariana Vaz de Castro; Ciriaco, Julia de Campos. Análise epidemiológica de pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta em uma unidade de saúde de curta permanência. *GED gastroenterol. endosc. dig* ; 36(1): 11-18, jan.-mar. 2017.
17. Durães, Edson Souza Machado; Fabris, Mariana Rocha; Faraco, Alexandre José; Madeira, Kristian; Luca, Lígia Rocha de. Análise dos achados endoscópicos em pacientes com dispepsia atendidos no Serviço de Endoscopia do Hospital São João Batista, Criciúma - SC, no período de outubro de 2008 a março de 2009. *GED gastroenterol. endosc. dig* ; 29(3): 73-78, jul.-set. 2010.
18. Portal N. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil | IBGE [Internet]. [ibge.gov.br](https://www.ibge.gov.br). 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=resultados>

19. Tramacere I, Negri E, Pelucchi C, Bagnardi V, Rota M, Scotti L et al. A meta-analysis on alcohol drinking and gastric cancer risk. *Anna Iso Oncology*. 2012;23(1):28-36.
20. Consumo de bebidas alcoólicas e câncer: *REVISTA USP*, São Paulo - n. 96 p. 37-46. Dezembro/fevereiro 2012-2013.
21. La Torre G, Chiaradia G, Gianfagna F, De Lauretis A, Boccia S, Mannocci A et al. Smoking Status and Gastric Cancer Risk: An Updated Meta-Analysis of Case-Control Studies Published in the past Ten Years. *Tumori Journal*. 2009;95(1):13-22.
22. Ladeiras Lopes Ricardo, Pereira Alexandre, Nogueira Amanda, Pinheiro-Torres Tiago, Pinto Isabel, Santos-Pereira Ricardo, et al. Smoking and gastric cancer: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer causes & control : CCC*. 2008
23. Ramos, Marcus Fernando Kodama Pertille. Dissertação de Mestrado - Fatores associados ao risco de desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico: estudo caso-controle. São Paulo. 2017.
24. Tenório P, Melo Junior M. Correlação entre a histopatologia e teste da urease para pesquisa de *H. pylori* em pacientes portadores de gastrite. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2009;8(3):301.
25. Ghasemi Basir H, Ghobakhlou M, Akbari P, Dehghan A, Seif Rabiei M. Correlation between the Intensity of *Helicobacter pylori* Colonization and Severity of Gastritis. *Gastroenterology Research and Practice*. 2017;2017:1-5.
26. Watari J, Chen N, Amenta PS, Fukui H, Oshima T, Tomita T. *Helicobacter pylori* associated chronic gastritis, clinical syndromes, precancerous lesions, and pathogenesis of gastric cancer development. *World J Gastroenterol*. 2014 May.
27. Kim N, Park Y, Cho S, Lee H, Choe G, Kim I et al. Prevalence and Risk Factors of Atrophic Gastritis and Intestinal Metaplasia in a Korean Population Without Significant Gastroduodenal Disease. *Helicobacter*. 2008;13(4):245-255.

28. Hamashima C. Update version of the Japanese Guidelines for Gastric Cancer Screening. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2018;48(7):673-683.

29. Estados Unidos, Brazil, GLOBOCAN 2018. Disponível em:<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf>

ANEXOS

ANEXO A - Questionário

1. Paciente internado?

Sim

Não

2. Identificação:

3. Idade:

4. Sexo:

Masculino

Feminino

5. Raça:

Branco

Pardo

Negro

Índio

Amarelo

6. Sinais de alarme:

Idade igual ou superior a 50 anos

Disfagia/odinofagia

Sintomas noturnos

- Anemia/Sangramento gastrointestinal
- Emagrecimento
- História familiar de câncer gastrointestinal
- Nenhum

7. Medicamentos em uso:

- Não
- Anti-hipertensivos
- Hipoglicemiantes
- AINES
- Corticoide
- Ácido acetilsalicílico
- Inibidor de bomba de próton
- Antidepressivo
- Anticoagulante
- Bifosfonado
- Beta 2 agonista
- Anticoncepcional
- Terapia antirretroviral
- Benzodiazepínico
- Alopurinol

Hipolipemiantes

Outros

8. Tabagismo:

Sim

Não

9. Ingere bebida alcoólica:

Sim

Não

10. Comorbidades:

Hipertensão arterial

Diabetes

Asma

DPOC

Hipotireoidismo

Insuficiência renal crônica

Insuficiência cardíaca

Neoplasia de mama

Neoplasia de próstata

Neoplasia colorretal

Neoplasia de esôfago

- Neoplasia de estômago
- Neoplasia de pulmão
- Cirrose
- Infarto agudo do miocárdio prévio
- Acidente vascular encefálico prévio
- Apneia do sono
- HIV
- Doença do refluxo gastroesofágico
- Varizes de esôfago
- Nenhuma comorbidade

11.Cidade de residência:

- Vitória
- Vila Velha
- Cariacica
- Serra
- Guarapari
- Domingos Martins
- Venda Nova
- Afonso Cláudio
- São Mateus

- Outros

12. Já realizou o exame anteriormente?

- Sim
- Não

13. Indicação médica do exame:

- Epigastralgia
- Dispepsia
- Screening de câncer de mama
- Screening de câncer colorretal
- Controle de erradicação de *H.pylori*
- Acompanhamento de doença inflamatória intestinal
- Hepatopatia
- Gastrite
- Acompanhamento de hérnia hiatal
- Suspeita de câncer gástrico
- Disfagia
- Investigação de refluxo
- Varizes esofágicas

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “A real associação entre sinais de alarme e câncer gástrico” como voluntário (a). Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no email comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto de pesquisa: “A real associação entre sinais de alarme e câncer gástrico”

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Telefone: (27)33343500

Pesquisador responsável:

Nome: Felipe Bertollo Ferreira

Endereço: Rua Eugênio Netto, número 31, apartamento 301, bairro Praia do Canto, Vitória – ES, CEP: 29055-275

Telefone: (27) 98839- 3435

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Objetivos da pesquisa: O objetivo deste estudo é avaliar se os achados na Endoscopia Digestiva Alta são compatíveis com a indicação desta na presença de sinais que indicam câncer gástrico.

Procedimentos da pesquisa: Após assinatura do TCLE, os pacientes responderão a um questionário formulado pelos pesquisadores e permitirão o acesso aos dados de prontuário e laudos endoscópicos e histológicos.

Riscos e desconfortos: Levando em consideração que os pacientes já irão realizar o exame de endoscopia independentemente do trabalho, o único risco adicional é a perda de sigilo. No entanto, os pacientes terão seus nomes abreviados em siglas e serão identificados pelo número do seu prontuário. Dessa forma, os pesquisadores garantem armazenar os dados com segurança e não divulgar nenhuma forma que possa identificar os participantes do projeto. Haverá também algum incômodo para o paciente visto que o mesmo gastará tempo para responder o questionário. Entretanto, esse tempo não ultrapassará cinco minutos e o questionário será aplicado em condições de privacidade, em uma sala reservada. Além disso, será permitido ao participante interromper este procedimento de pesquisa a qualquer momento em que sentir necessidade ou se sentir desconfortável.

Benefícios: Evitar indicações desnecessárias de Endoscopia Digestiva Alta no futuro. Diminuir custos do sistema público de saúde.

Custo / Reembolso para o paciente: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pelo participante.

Confidencialidade da pesquisa: A privacidade do participante será respeitada, ou seja, o seu nome será abreviado em siglas, mantendo assim o sigilo.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG
_____/ __, CPF _____, abaixo assinado,
autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido
pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim
como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido
que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

ANEXO C - Divisão dos laudos endoscópicos em alterações mínimas e máximas*

ALTERAÇÕES MÍNIMAS	ALTERAÇÕES MÁXIMAS
Angiectasias em estômago e duodeno	Anel de Schatzki
Área cicatricial em esôfago	Barret curto
Bulboduodenite erosiva ou enantematosa leve	Gastropatia hipertensiva
Distúrbio motos do esôfago	Esofagite erosiva grau B
Esofagite não erosiva/ edematosa/ erosiva grau A	Esofagite erosiva grau C
Fibrose da mucosa de orofaringe	Gastrectomia subtotal
Funduplicatura	Gastrite/pangastrite atrófica
Hérnia de hiato menor que 5 centímetros	Lesão escavada em esôfago
Linfangectasia duodenal	Lesão ulcerada e infiltrativa em fundo gástrico
Monilíase esofágica	Lesão vegetante e estenosante em esôfago
Nódulo submucoso	Úlceras em duodeno/estômago
Pangastrite erosiva	Varizes de esôfago
Qualquer pólipó não displásico	
Qualquer gastrite não intensa/ não ulcerada/não hemorrágica	

*Fonte: os autores.