

Data: 01/09/2016

RT – 33/2016

Solicitante: Juiz de Direito Arnaldo Assis Ribeiro Júnior

5ª Unidade Jurisdicional Cível

Belo Horizonte

Número do processo: 9024591.023.2016.813.0024

Autor: I.L.B.C.

Réu: VITALLIS SAÚDE SA

Medicamento	
Material	
Exames complementares	x
Cobertura	

TEMA: Exames para diagnóstico de sangramento gastrointestinal obscuro

Sumário

1. Demanda	2
2. Contexto	4
1. Pergunta estruturada	5
2. Descrição das tecnologias solicitadas.....	5
3. Revisão da literatura ¹⁻⁶	6
4- Considerações	8
Referências	9

1. Demanda

SENTENÇA

PROCESSO: 9024591.02.2016.813.0024 - Procedimento do Juizado Especial Cível

PROMOVENTE(S):

PROMOVIDO(S):

VITALLIS SAUDE S/A

Vistos, etc.

Converto o julgamento em diligência.

Intimem-se as autoras para que juntem aos autos comprovante de negativa dos procedimentos indicados na inicial, conforme alegado pelo réu em peça defensiva, em dez dias. Com a juntada, dê-se vista à parte ré, por cinco dias.

Visando a subsidiar a análise do pedido exordial, oficie-se ao Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde - NATS, para prestar informações técnicas no prazo de 5 (cinco) dias.

O ofício deverá ser instruído com cópia da inicial e relatórios médicos existentes nos autos, e encaminhado através do e-mail natssaude@nats.hc.ufmg.br.

Com a juntada das informações, dê-se vista às partes, por igual prazo.

Decorridos os prazos, remetam-se os autos conclusos para sentença.

BELO HORIZONTE, 8 de Agosto de 2016

ARNOLDO ASSIS RIBEIRO JUNIOR

Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(iza)

Relatório médico anexo ao processo:

RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se da paciente [REDACTED], 63 anos, com quadro de hemorragia digestiva e melena há 3 anos. Já realizou inúmeros exames e já foi atendida por diversos especialistas, nas mais diversas áreas. Apresenta quadro de anemia crônica, com quedas recorrentes e agudas da hemoglobina, motivando inúmeras internações para transfusão sanguínea com hemácias fenotipadas e suporte clínico. Foi submetida à colectomia direita na tentativa de resolução do quadro de sangramento; entretando, evoluiu com recidiva do quadro.

Exames:

Endoscopia Digestiva Alta: Evidência de agiectasias esparsas de tamanhos diferentes, diminutas em pequena curvatura e parede posterior de corpo gástrico que foram submetidas à hemostasia endoscópica. Sem sinais de sangramento

Colonoscopia: Presença de diminutas ectasias vasculares, menores de 5mm no cólon sigmoide e reto sem sangramento ativo que foram eletrocauterizadas.


Entero – Tomografia: Alterações pós cirúrgicas de colectomia direita com anastomose ileotransverso pérvia. Diverticulose sigmoideana discreta.

Cintilografia para detecção de hemorragia digestiva não ativa: Hemorragia digestiva em projeção do intestino delgado.

Por fim, em decorrência do quadro recorrente de hemorragia digestiva baixa apresentado pela paciente com inúmeras internações, procedimentos cirúrgicos, desgaste financeiro e emocional; os exames realizados pela paciente não evidenciam um ponto específico de sangramento. Estudou-se o cólon e ileo terminal, o estômago com colonoscopia e endoscopia; entretanto, o intestino delgado ainda não foi estudado. Paciente necessita de realização de **cápsula endoscópica** para se estudar melhor o intestino delgado, e, assim, descartar algum sangramento proveniente dessa região antes de se indicar uma nova abordagem cirúrgica, sem a resolução efetiva do quadro.

Atenciosamente

Belo Horizonte, 27/03/2015.


Dra. Mariana Silva Ribeiro Jardim
CRM MG 48402
CONTRATO F 4420365

2. Contexto^a

A hemorragia obscura do intestino é caracterizada pelo sangramento persistente ou recidivante não esclarecido após avaliação endoscópica convencional das porções alta e baixa do trato digestório, sendo responsável por cerca de 5% dos casos de hemorragia digestiva. Destes 5% dos casos não esclarecidos, o sangramento na grande maioria dos casos tem origem no intestino delgado (90%) e nos 10% restantes dos pacientes a lesão não foi detectada à esofagogastroduodenoscopia (EGD) ou colonoscopia por motivo de falha técnica ou lesão inaparente (Dieulafoy, hemobilia, divertículo colônico que parou de sangrar, etc).

O diagnóstico da origem do sangramento em pacientes com hemorragia digestiva de origem obscura é desafiador. Antes de avaliar a sintomatologia, é importante definir corretamente o tipo de sangramento apresentado. Ao longo dos anos, o sangramento gastrointestinal oculto e obscuro não apresentava significado e critérios diagnósticos bem definidos, dificultando comparações nos diferentes estudos científicos. Até mesmos termos diferentes e/ou novos eram utilizados.

A Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) propõe uma nomenclatura específica para descrever as perdas crônicas de sangue pelo trato digestório:

1. **Sangramento oculto:** ausência de sangue visível nas fezes para o médico ou para o paciente, que se apresenta em geral com uma anemia por deficiência de ferro não explicada ou com uma pesquisa positiva de sangue oculto nas fezes (PSOF).
2. **Sangramento obscuro:** sangramento de origem desconhecida que persiste ou recorre após uma investigação endoscópica primária inicial (endoscopia digestiva alta e/ou colonoscopia). Os sangramentos obscuros podem ser subdivididos em:
 - a. **Sangramento obscuro-oculto:** persistência ou recorrência da anemia ferropriva e/ou da positividade da PSOF, sem alterações visíveis nas fezes.

^a Projeto Diretrizes AMB http://sobed.pre-ec0643dde3.undercloud.net/wp-content/uploads/2013/10/Hemorragia_Gastrointestinal_Obscura- David_C_A_Lima.pdf
Acesso em 31/08/2016

b. **Sangramento obscuro-visível:** persistência ou recorrência do sangramento visível, após resultados negativos dos estudos endoscópicos.

1. Pergunta estruturada

Paciente: paciente com sangramento gastrointestinal obscuro.

Intervenção: exames endoscopia digestiva alta, colonoscopia, enterotomografia, cintilografia e enteroscopia por cápsula endoscópica.

Comparação: não se aplica.

Desfecho: acurácia diagnóstica para orientação do tratamento.

2. Descrição das tecnologias solicitadas

Endoscopia digestiva alta (EDA) é um exame que tem como objetivo diagnosticar e tratar algumas das doenças mais comuns do sistema digestivo superior. A endoscopia também pode ser chamada de esofagogastroduodenoscopia, pois é um exame endoscópico que permite a visualização direta do interior do esôfago, estômago e duodeno. A endoscopia digestiva é feita com um aparelho chamado de endoscópio, um longo e fino tubo flexível, que possui um câmera na sua extremidade, permitindo que o interior dos órgãos digestivos sejam filmados.

Colonoscopia é um exame que permite a visualização direta do interior do reto, cólon e parte do íleo terminal através de um tubo flexível introduzido pelo ânus, contendo em sua extremidade uma minicâmera de TV que transmite imagens coloridas, podendo ser fotografadas ou gravadas em vídeo.

Enterotomografia é um exame tomográfico com ênfase na avaliação das alças delgadas, necessitando contraste oral neutro e contraste intravenoso, para avaliação da parede das alças delgadas e o grau de inflamação.

Cintilografia é o nome genérico dado ao procedimento diagnóstico por imagem na especialidade de medicina nuclear. O significado é registro da cintilação, que é o principal fenômeno no processo de formação da imagem, a partir da radiação emitida pelo órgão que está sendo examinado. Para que os diferentes órgãos do nosso corpo possam ser examinados, é necessário fazer com que os materiais radioativos empregados cheguem até os mesmos. Para isso, utilizamos elementos radioativos que apresentam afinidade natural ou que esses elementos estejam ligados a substâncias que possuem afinidade por esses órgãos. Uma vez que estes elementos radioativos cheguem aos órgãos de interesse, as radiações emitidas a partir deles são identificadas pelo equipamento e transformadas em imagens que possam ser interpretadas pelos especialistas.

Enteroscopia é a avaliação endoscópica do duodeno, jejuno e íleo (intestino delgado). Existem algumas formas de enteroscopia, tais quais: sonda (*non-push*), *push*-enteroscopia, cápsula e enteroscopia com balões (duplo balão ou balão único). A **enteroscopia por cápsula endoscópica** o paciente ingere uma “pílula”, que na verdade é uma micro câmera. Esta cápsula, fotografa o tubo digestivo, em alta velocidade e com imagem em alta resolução; esta microcâmara percorre o tubo digestivo, e a medida que fotografa, envia as imagens para um *receiver*, que o paciente leva consigo ao sair da clínica (o envio das imagens se faz pela tecnologia da radiofrequência, não são necessários fios).

3. Revisão da literatura¹⁻⁶

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Uptodate	<i>occult gastrointestinal bleeding</i>	2	2
Busca manual Projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB)	Sangramento gastrointestinal oculto	1	1
Buscadores federados http://plus.mcmaster.ca/ACCESSSS/Search.aspx	<i>occult gastrointestinal bleeding</i>	1	1

A abordagem diagnóstica dos pacientes portadores de Hemorragia Digestiva de Origem Obscura deverá ser instituída de acordo com a gravidade e apresentação do sangramento assim como de sua faixa etária:

- 1) PACIENTES COM SANGUE OCULTO POSITIVO NAS FEZES SEM ANEMIA: na ausência de outros sintomas GI deverão ser submetidos a colonoscopia e EDA.
- 2) PACIENTES COM SANGUE OCULTO POSITIVO NAS FEZES COM ANEMIA: devem ser submetidos à EDA e Colonoscopia; na ausência de achados nestes, deverão ser submetidos à avaliação do Intestino Delgado através da Cápsula Endoscópica.
- 3) PACIENTES COM MELENA OU ENTERORRAGIA SEM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA: devem ser submetidos à EDA e Colonoscopia; na ausência de achados nestes, deverão ser submetidos à avaliação do Intestino Delgado através da Cápsula Endoscópica.
- 4) PACIENTES COM MELENA OU ENTERORRAGIA COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA: devem ser submetidos à EDA e Colonoscopia; na ausência de achados nestes, deverão ser submetidos à Arteriografia e, em casos onde não se consegue o diagnóstico, deve-se partir para avaliação do Intestino Delgado (Enteroscopia de Duplo balão ou Balão único quando não se conseguiu a estabilização hemodinâmica do paciente) ou Cápsula Endoscópica (paciente hemodinamicamente estável) ou Enteroscopia intraoperatória (em casos de falha da Enteroscopia de Duplo balão).

CONCLUSÕES

Uma vez que lesões do trato digestivo alto e baixo forem excluídas por meio de Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia, deve-se proceder a investigação do Intestino Delgado.

Os exames diagnósticos disponíveis para avaliação são: Enteroscopia, Estudos contrastados (Trânsito Intestinal/enteróclise), Angiografia, Cintilografia, CT e Cápsula Endoscópica.

A Cápsula Endoscópica apresenta sensibilidade e especificidade superior à Push-Enteroscopia e semelhante à Enteroscopia de Duplo balão.

A escolha dos métodos diagnósticos deverá ser estabelecida e dependerá do quadro clínico do paciente, da disponibilidade dos métodos diagnósticos e da “expertise”.

A Cápsula Endoscópica, quando disponível, deverá ser o terceiro exame na avaliação da hemorragia.

No sangramento visível com instabilidade hemodinâmica, a Angiografia e Enteroscopia de duplo balão são os métodos de escolha.

A Enteroscopia Intra-operatória deverá ser reservada àqueles pacientes com sangramento grave ou refratário, dependentes de transfusões sanguíneas ou naqueles cuja lesão diagnosticada não possa ser tratada através da Push-Enteroscopia, Enteroscopia de Duplo balão ou Colonoscopia.

4- Considerações

Os exames solicitados fazem parte da propedêutica diagnóstica para esclarecimento de sangramento gastrointestinal de origem obscura.

Há recomendação técnica para realização dos exames em questão.

Todos os exames estão previstos no ROL de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.^b

^bhttp://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2016.pdf

Acesso em 01/09/2016

Referências

1. Cave D. Evaluation of suspected small bowel bleeding (formerly obscure gastrointestinal bleeding). *Uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jul 2016 | This Top last Updat Dec 17, 2015*. 2016.
2. Rockey DC. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. *Uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jul 2016 | This Top last Updat Jan 12, 2016*. 2016.
3. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. *Uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jul 2016 | This Top last Updat Nov 12, 2015*. 2016.
4. Strate L. Approach to acute lower gastrointestinal bleeding in adults. *Uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jul 2016 | This Top last Updat May 17, 2016*. 2016.
5. Travis AC, Saltzman JR. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. *Uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jul 2016 | This Top last Updat Nov 10, 2015*. 2016.
6. Naut ER. The Approach to Occult Gastrointestinal Bleed. *Med Clin North Am*. 2016;100(5):1047-1056. doi:10.1016/j.mcna.2016.04.013.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências científicas



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelliet *al*