

O Lugar do *Score* de *Lewis* na Doença de *Crohn*

The Position of Lewis' Score in Crohn's Disease

Rolando Taveira Pinho¹

Li com grande interesse o artigo intitulado “*Enteroscopia por cápsula na suspeita de doença de Crohn: Há lugar para o Score de Lewis na prática clínica?*”¹, de Rosa B *et al* do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães.

Trata-se de um estudo que avalia a capacidade do *Score* de *Lewis* (SL) predizer o diagnóstico de doença de *Crohn* (DC) em doentes estudados por enteroscopia por cápsula (EC).

Foram avaliados retrospectivamente 30 doentes consecutivos submetidos a EC por suspeita de DC. Destes, 19 apresen-

tavam os critérios definidos pela ICCE² para realização de EC por suspeita de DC (sintomas gastrointestinais e pelo menos um dos seguintes: manifestações extra-intestinais, marcadores inflamatórios ou alterações imagiológicas). Os restantes 11 tinham apenas sintomas gastrointestinais. Foi calculado o SL para cada exame e diagnosticada DC em 10 doentes, após 16 ± 10 meses de seguimento. Os autores avaliaram a capacidade do SL predizer DC na sua série.

Vários factores contribuem para que os estudos de EC na DC sejam de difícil execução e interpretação.

¹ Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; E-mail: rolandopinho@gmail.com.

Existe grande variabilidade na descrição, valorização e interpretação dos achados de EC. A necessidade de padronizar a observação dos achados levou à criação de uma terminologia estruturada, a CEST – *Capsule Endoscopy Structured Terminology*³. Baseando-se nesta terminologia, e com o objectivo de graduar a actividade inflamatória da DC no intestino delgado, foi desenvolvido o SL que valoriza o edema vilositário, as úlceras e as estenoses⁴. Para cada um destes parâmetros, o SL valoriza de forma objectiva e bem definida o número, a extensão longitudinal e um discriminador. Mesmo assim, *Gralnek et al* tiveram apenas concordâncias moderadas para os diferentes achados: 76% para o edema vilositário, 84% para as úlceras e 79% para as estenoses, com *scores kappa* respectivamente de 0,48, 0,66 e 0,58.

Por outro lado, não existe nenhum *gold standard* para o diagnóstico de DC. Este baseia-se num conjunto de dados clínicos, endoscópicos, histológicos, radiológicos e bioquímicos. Os próprios achados da EC são difíceis de valorizar para o diagnóstico, já que podem ser encontradas erosões ou outras alterações minor em até 13% dos indivíduos assintomáticos⁵. Além disso, os achados habitualmente observados na DC também podem ser observados noutras entidades clínicas, sejam infecciosas, isquémicas, auto-imunes ou tóxicas, como a enteropatia por AINEs⁶. O SL gradua a actividade inflamatória em qualquer destes processos inflamatórios, embora seja incapaz de fazer o seu diagnóstico ou discriminação³.

Tem, no entanto, interesse no diagnóstico da DC, quando usado no contexto clínico adequado. Ou seja, na presença de uma história clínica e apresentação sugestiva, bem como de exames laboratoriais, patológicos e imagiológicos compatíveis⁷.

É esta selecção do contexto clínico adequado que permite a Rosa B *et al* avaliar o SL na predição da DC. Os autores seleccionaram doentes com suspeita de DC e sem medicação com AINEs/AAS no mês anterior ao exame. Idealmente deveriam apenas ser considerados para o estudo doentes que cumprissem os critérios definidos pela ICCE, o que tornaria a amostra mais homogénea. Este facto é importante, porque condiciona significativamente a probabilidade pré e pós-teste de DC (apenas um doente do grupo 1 apresentou DC no *follow-up*), sendo determinante no cálculo do valor preditivo positivo e negativo⁸.

Outra condicionante, inevitável no estudo de Rosa B *et al*, é o facto dos achados da EC (determinantes para o cálculo do SL) influenciarem a abordagem diagnóstica subsequente e consequentemente o diagnóstico final. A inexistência de um *gold standard* para a DC, também dificulta a determinação da sensibilidade e especificidade dos métodos de diagnóstico em estudo. Estas limitações, que são comuns à generalidade dos estudos publicados nesta matéria, tornam difícil a sua valorização e comparação⁶.

Refere-se, ainda, a importância da ileoscopia retrógrada na avaliação inicial destes doentes, conforme demonstrado noutros estudos⁹. Na série de Rosa B *et al* não foi realizada ileoscopia em 23% das colonoscopias iniciais (eventualmente por serem externas à instituição dos autores). Conforme constatado no se-

guimento, a ileoscopia permitiu o diagnóstico em 3/10 doentes, reforçando a sua importância perante a suspeita de DC.

A resposta à pergunta do título dos autores – “Há lugar para o *Score de Lewis* na prática clínica” – é claramente afirmativa. Apesar das limitações dos estudos de EC na DC anteriormente expressas, o SL permite uma avaliação objectiva com reprodutibilidade moderada das alterações inflamatórias na DC. Neste contexto, torna-se numa ferramenta objectiva para monitorizar a evolução da doença e a resposta à terapêutica, como por exemplo na avaliação da cicatrização mucosa, à semelhança do CDEIS¹⁰ (*Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity*). A quantificação dos achados que o SL permite é fundamental em estudos de investigação e pode ser útil na comunicação objectiva dos achados ao médico assistente do doente. Utilizado num contexto clínico adequado, conforme demonstrado pelos autores, poderá também contribuir para estabelecer o diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS

1. Rosa B, Moreira MJ, Rebelo A, *et al*. Enteroscopia por cápsula na suspeita de doença de Crohn: Há lugar para o score de Lewis na prática clínica? *GE – J Port Gastreterol* 2011;6:248-254.
2. Mergener K, Ponchon T, Gralnek I, *et al*. Literature review and recommendations for clinical application of small-bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy. *Endoscopy* 2007;39:895-909.
3. Korman LY, Delvaux M, Gay G, *et al*. Capsule endoscopy structured terminology (CEST): proposal of a standardized and structured terminology for reporting capsule endoscopy procedures. *Endoscopy* 2005;37:951-959.
4. Gralnek IM, Defranchis R, Seldman E, *et al*. Development of a capsule endoscopy scoring index for small bowel mucosal inflammatory change. *Aliment Pharm Ther* 2008;27:146-154.
5. Goldstein J, Eisen GM, Lewis B, *et al*. Video capsule endoscopy to prospectively assess small bowel injury with celecoxib, naproxen plus omeprazole, and placebo. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005;3:133-141.
6. Yousfi MM, De Petris G, Leighton JA, *et al*. Diaphragm disease after use of nonsteroidal anti-inflammatory agents: first report of diagnosis with capsule endoscopy. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:686-691.
7. Muñoz-Navas M. Capsule endoscopy. *World J Gastroenterol* 2009;15:1584-1586.
8. Swaminath A, Legnani P, Kornbluth A. Video capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: past, present, and future redux. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1254-1262.
9. Geboes K, Ectors N, D'Haens G, *et al*. Is ileoscopy with biopsy worthwhile in patients presenting with symptoms of inflammatory bowel disease? *Am J Gastroenterol* 1998;93:201-206.
10. Mary J, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. *Groupe d'Etudes Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID)*. *Gut* 1989;30:983-989.