

Classificações Endoscópicas

Classificações Endoscópicas

Esôfago

- Hérnia de hiato
- Los Angeles
- Kodsi
- Wilcox
- Zargar
- Classificação de Praga
- Neoplasias precoces
- Classificação de Paris
- Siewert
- Varizes esofágicas

Estômago

- Classificação de Paris
- OLGIM
- OLGA
- Sydney
- Sakita
- Forrest
- Gastropatia Congestiva
 - McCormak
- Sarin
- Borrmann
- Yamada

Delgado

- Yano
- Rutgeerts

Colón

- Yamada
- Borrmann
- Classificação de Paris
- LST
- Kudo

Vias Biliares

- Strasberg
- Bismuth
- Csendes

Esôfago



- Hérnia de hiato
- Los Angeles
- Kodsi
- Wilcox
- Zargar
- Classificação de Praga
- Neoplasias precoces
- Classificação de Paris
- Siewert
- Varizes esofágicas

Hérnia de hiato

Tipo I Por deslizamento. A JEG migra para cima do diafragma.

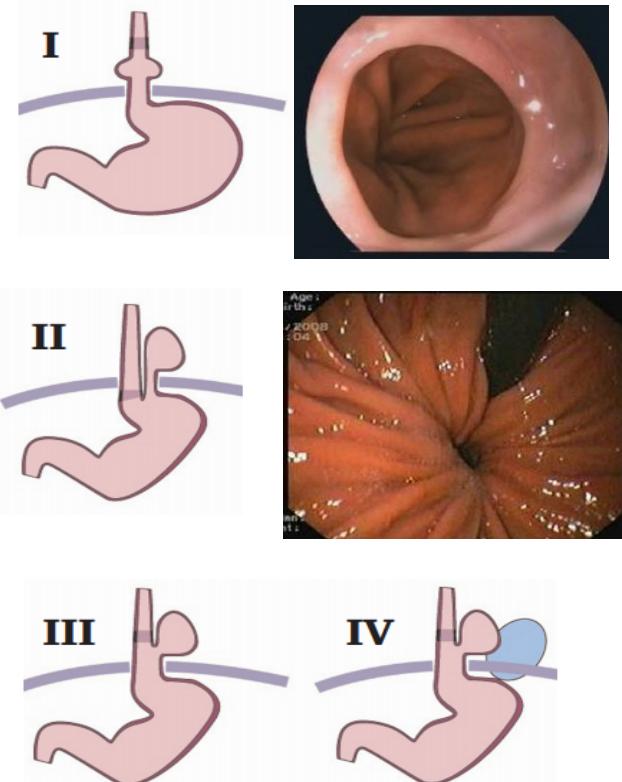
Tipo II Hérnia paraesofágica pura. A JEG permanece na sua posição normal, parte do fundo hernia pelo hiato diafragmático.

Tipo III Combinação dos tipo I e II.

Pequena 20 a 30 mm a presença de outras estruturas.

Média 30 a 40 mm <2 cm: prolapo da mucosa

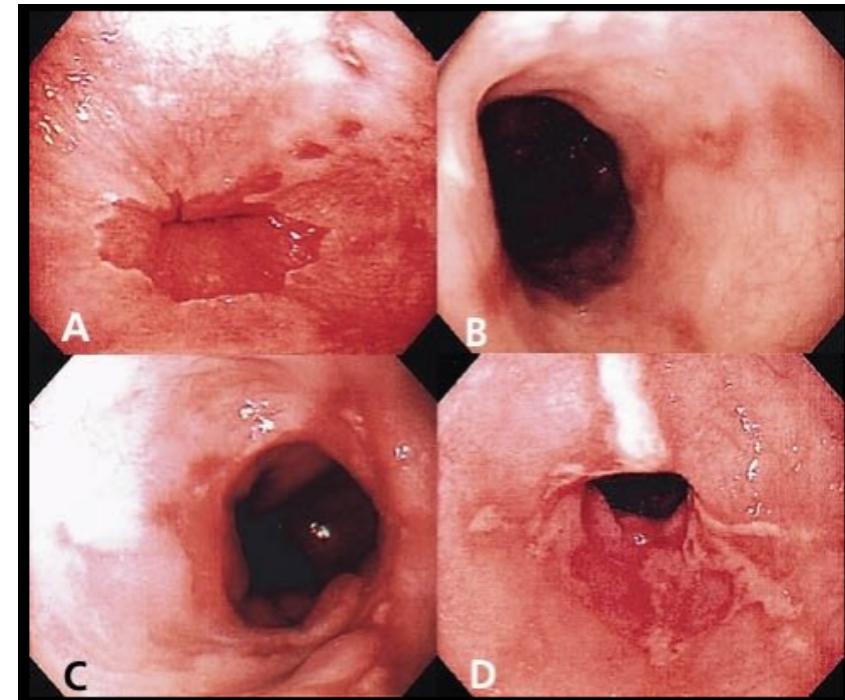
Grande > 40 mm



Avalia a migração entre a junção escamocolunar e o pinçamento diafragmático >2 cm.

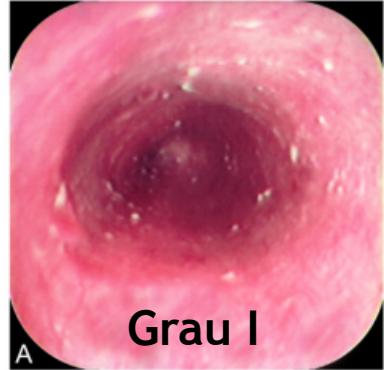
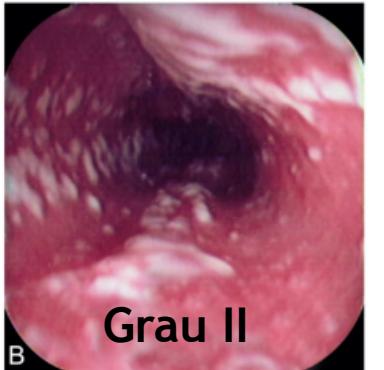
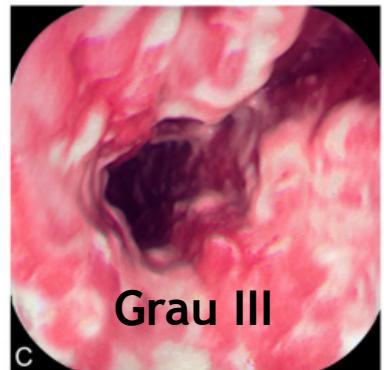
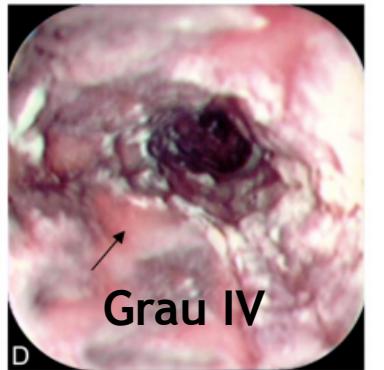
Los Angeles

Grau A	Uma ou mais soluções de continuidade da mucosa < 5 mm cada.
Grau B	Uma ou mais soluções > 5 mm cada, não contíguas.
Grau C	Soluções de continuidade envolvendo menos que 75% da circunferência do esôfago.
Grau D	Soluções de continuidade envolvendo mais de 75% da circunferência do esôfago.



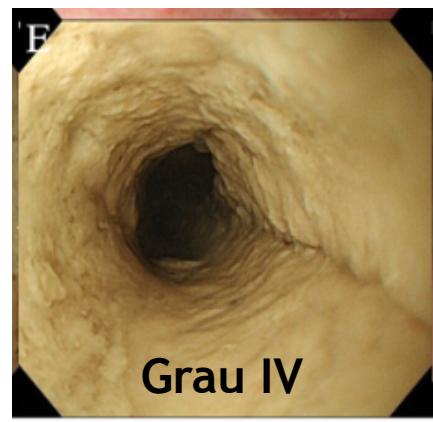
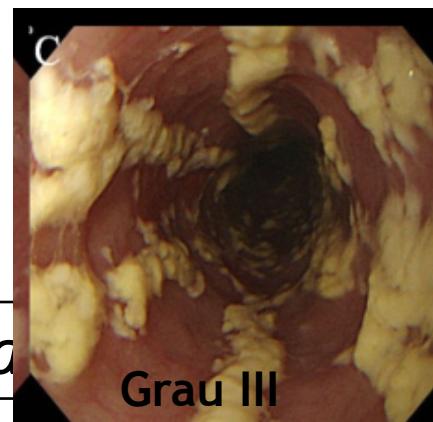
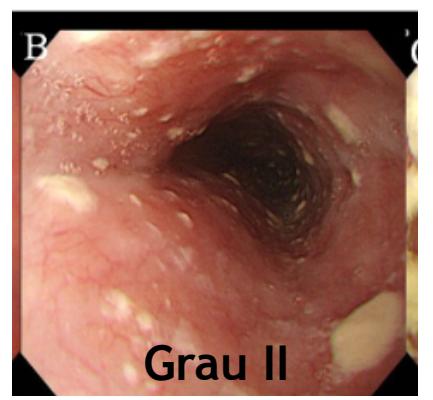
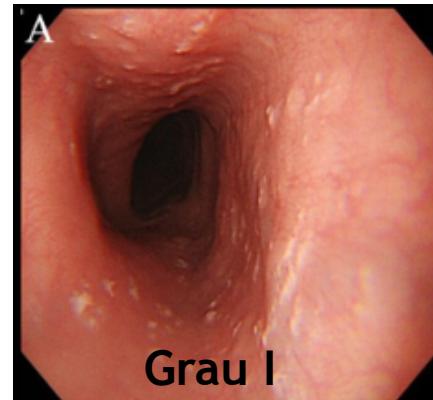
- Gradua a esofagite de refluxo e tem uma significativa associação com a exposição ácida esofágica na pHmetria 24h.

Kodsi

Grau I	Poucas placas brancas elevadas de até 2 mm, com hiperemia mas sem edema ou ulceração.	 A	 B
Grau II	Múltiplas placas brancas elevadas maiores que 2 mm, com hiperemia e edema mas sem ulceração.		
Grau III	Placas elevadas confluentes, lineares e nodulares, com hiperemia e ulceração.	 C	 D
Grau IV	Grau III com presença de membranas friáveis e, ocasionalmente, diminuição do lúmen		
<input type="checkbox"/> Avaliação esofágica endoscópica da esofagite por <i>Candida</i> .			

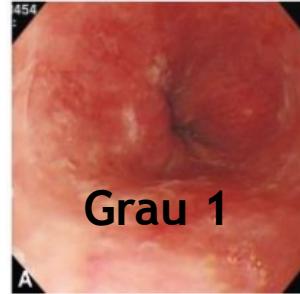
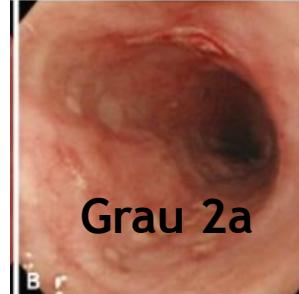
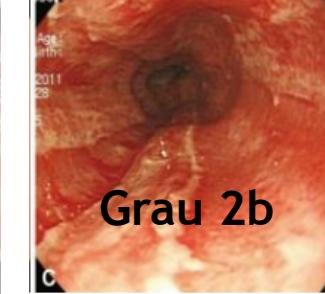
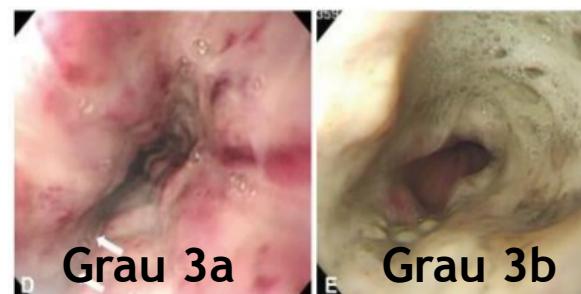
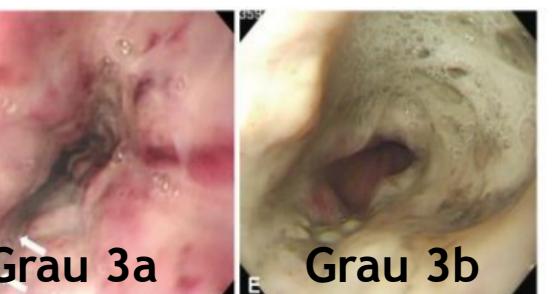
Wilcox

Grau I	Placas esparsas < 50% da mucosa.
Grau II	Placas esparsas > 50% da mucosa.
Grau III	Placas confluentes, reversíveis à insuflação, que recobrem circumferencialmente pelo menos 50% da mucosa.
Grau IV	Placas circunferenciais com estenose, não reversíveis à insuflação.



Avaliação endoscópica da esofagite por *Candida*

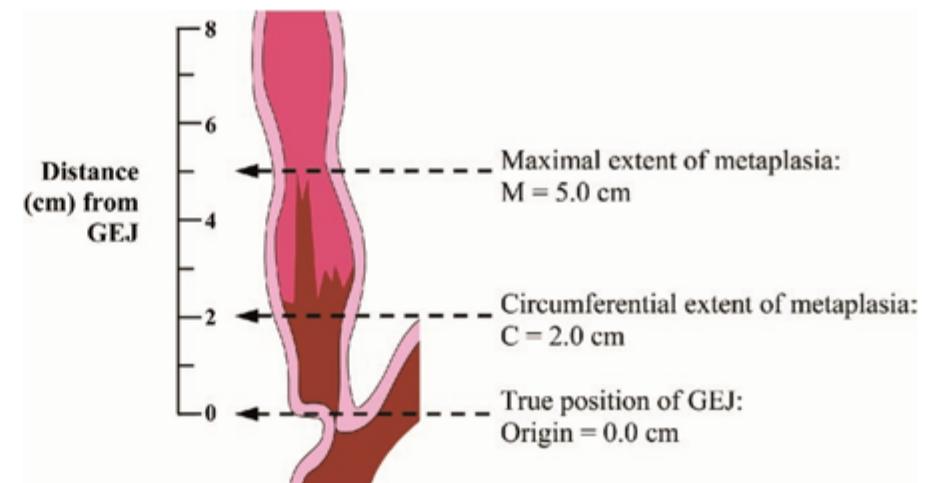
Classificação de Zargar

Grau 1	Edema e enantema de mucosa.	 A
Grau 2a	Friabilidade, erosões, enantema intenso, exsudato inflamatório, ou erosões superficiais.	 B
Grau 2b	Grau 2a, úlceras profundas ou circunferenciais.	 C
Grau 3a	Áreas com necrose, coloração marrom, acinzentada, enegrecida, ulcerações profundas.	 D
Grau 3b	Necrose extensa Grau 3b é a classificação da severidade da lesão esofágica por agentes corrosivos, avaliando o risco de estenose e planejamento das condutas.	 E

Classificação de Praga

C	Mede a lesão na circunferência do esôfago
M	Mede a extensão longitudinal da lesão no esôfago

Classificação do esôfago de Barret que mede a extensão circunferencial (C) e cefálica (M) do epitélio colunar acima da transição esofagogástrica.



Classificação Japonesa- Neoplasia Precoces

Neoplasia Superficial de Esôfago			
Tipo protuso (>1 mm)	0-Ip	polipóide	
	0-Ipl	platô	
Tipo plano	0-IIa	pouco elevado	
	0-IIb	plano	
	0-IIc	Pouco deprimido	
Tipo deprimido	0-III	Ulcerado (>0,5 mm)	

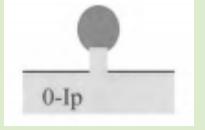
Classificação macroscópica do carcinoma precoce do esôfago, quando a lesão se estende até a submucosa (Tipo 0-zero ou “superficial”).

Classificação de Paris

Tipo 0	Lesões superficiais
Tipo 1	Carcinomas polipóides
Tipo 2	Carcinomas ulcerados
Tipo 3	Carcinomas ulcero infiltrativos
Tipo 4	Carcinomas infiltrativos
Tipo 5	Carcinomas avançados não classificáveis

Classificação das neoplasias superficiais esôfago, estômago e cólon.
Avalia o risco de invasão submucosa e o risco de metástase de linfonodos.

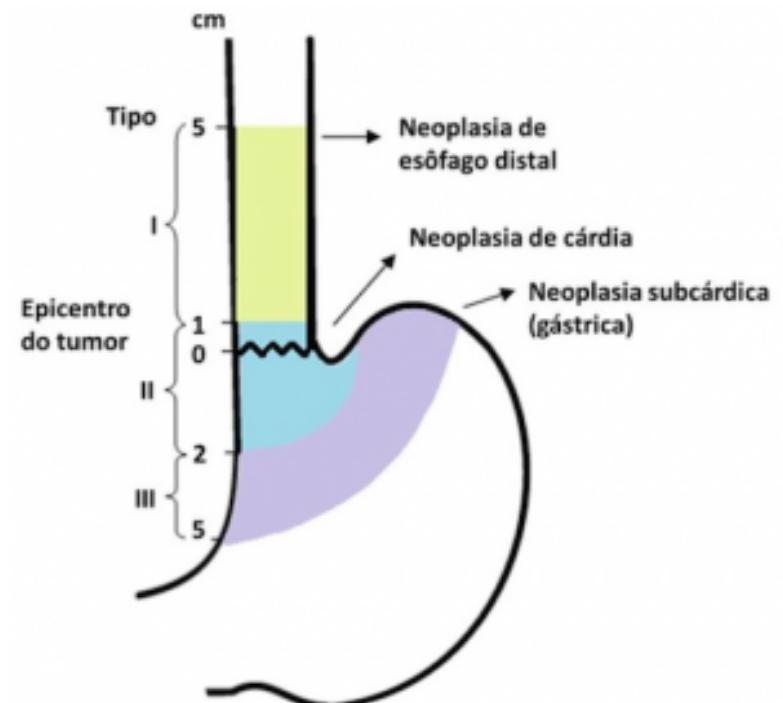
Classificação de Paris

Classificação	Descrição	Definição	
0-Ip	Pediculado	Lesão aderida a mucosa por pedículo	
0-Is	Séssil	Base contígua a mucosa	
0-IIa	Levemente elevada	<2,5 mm elevada	
0-IIb	Plana	Sem elevação	
0-IIc	deprimida	1 porção abaixo do nível da mucosa	
0-III	Lesões não polipóides ulceradas		

Siewert

Tipo I	Tumores com epicentro no esôfago distal até 5 cm acima a JEG.
Tipo II	Verdadeiro carcinoma da cárdia.
Tipo III	Tumores gástricos subcárdicos, até 5 cm abaixo da JEG.

Classificação para adenocarcinomas da junção esofagogástrica (JEG) ou tumores da cárdia. Tem relevância na estratégia cirúrgica.



Classificação para varizes esofágicas

Fino calibre (pequenas)	Pequenas (<5 mm)	Elevação mínima das veias sobre a mucosa esofágica.	<input type="checkbox"/> Avalia o risco de ruptura, hemorragia, localiza a fonte de sangramento e realiza o tratamento.
Médio calibre (médias)	Grandes (>5 mm)	Varizes tortuosas ocupando menos de um terço do lúmen esofágico.	
Grosso calibre (grandes)		Varizes ocupando mais de um terço do lúmen esofágico.	

Estômago

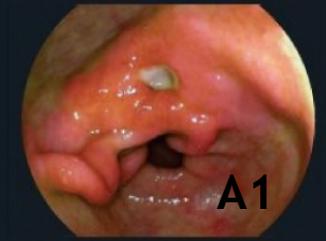
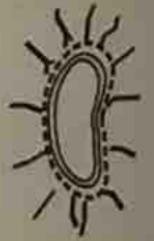
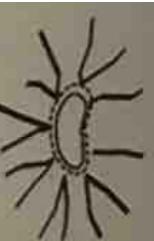
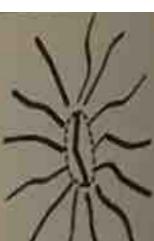
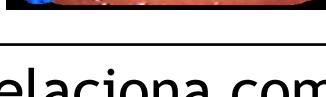


- Classificação de Paris
- Sydney
- Sakita
- Forrest
- OLGA
- OLGIM
- Gastropatia Congestiva Portal
 - Classificação de McCormak
- Sarin
- Borrmann
- Yamada

Sistema de Sydney

Topografia	Categoria	Grau de intensidade	Termos descritivos
Pangastrite	Enantematosa	Leve	<ul style="list-style-type: none">• Edema• Enantema• Friabilidade• Exsudato• Erosão plana• Erosão elevada• Nodosidade• Hiperplasia de pregas mucosas• Atrofia de pregas mucosas• Visibilidade do padrão vascular• Áreas de hemorragia intramural
Gastrite do antro	Erosiva plana	Moderada	
Gastrite do corpo	Erosiva elevada	Intensa	
	Atrófica		
	Hemorrágica		
<input type="checkbox"/> Classificação das gastrites endoscópicas.		Hiperplásica	

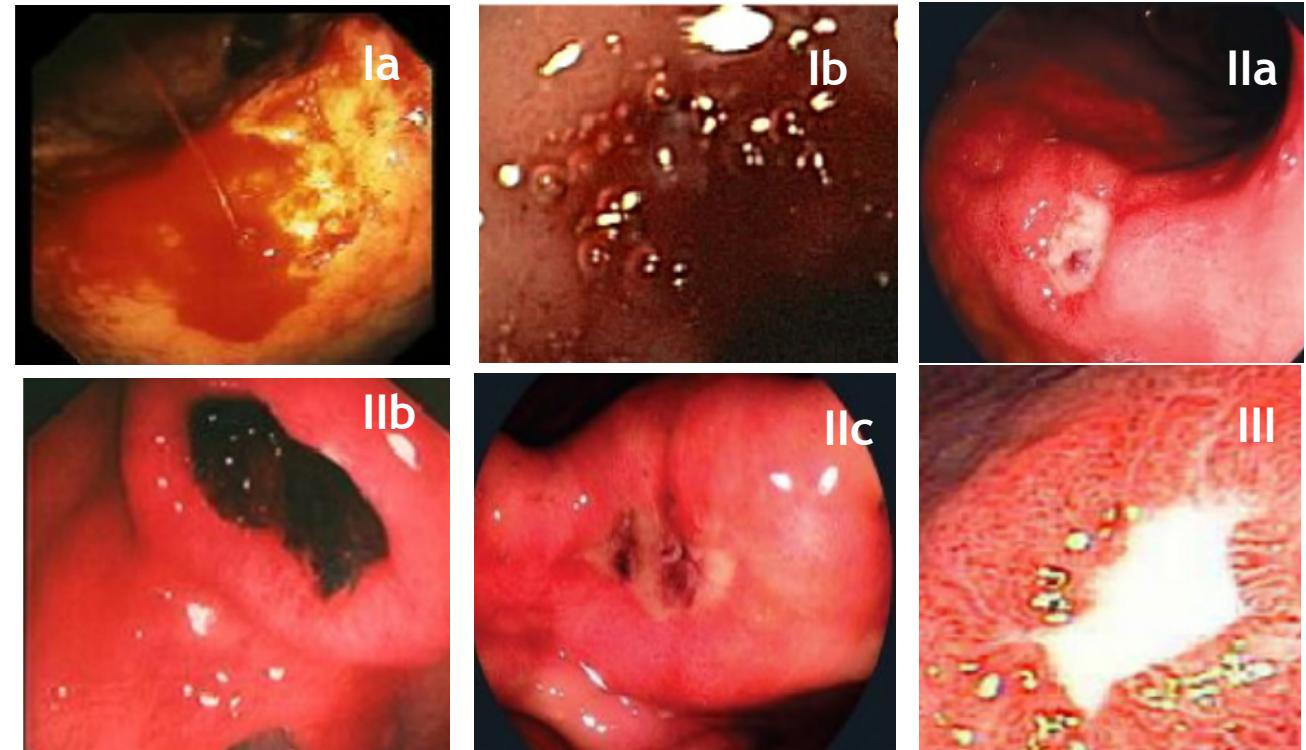
Classificação de Sakita

A1	Bordas planas e nítidas, fundo com fibrina.				
A2	Bordas bem definidas, às vezes elevadas, fundo com fibrina espessa e clara.				
H1	Fibrina mais tênue, iniciando convergência de pregas com hiperemia marginal.				
H2	Tecido de regeneração, convergência das pregas e intensa hiperemia marginal.				
S1	Cicatriz vermelha com reação inflamatória.				
S2	Cicatriz branca com retração adjacente.				

Evoluções da úlcera péptica e correlaciona com risco de Ca gástrico.

Classificação de Forrest

	Características
Ia	Sangramento ativo em jato
Ib	Sangramento ativo laminar
IIa	Coto vascular visível
IIb	Coágulo aderido
IIc	Base com hematina
III	Base limpa



Fator preditor do risco de ressangramento, mortalidade e ajuda na decisão terapêutica.

OLGA

OLGA- Operative Link of Gastritis Assesement

A1/A2- grande e pequena curvatura do antro distal

A3- incisura angular

C1/C2- parede anterior e posterior do corpo proximal

Locais padronizados para realizar a biópsia gástrica (pelo menos 5).

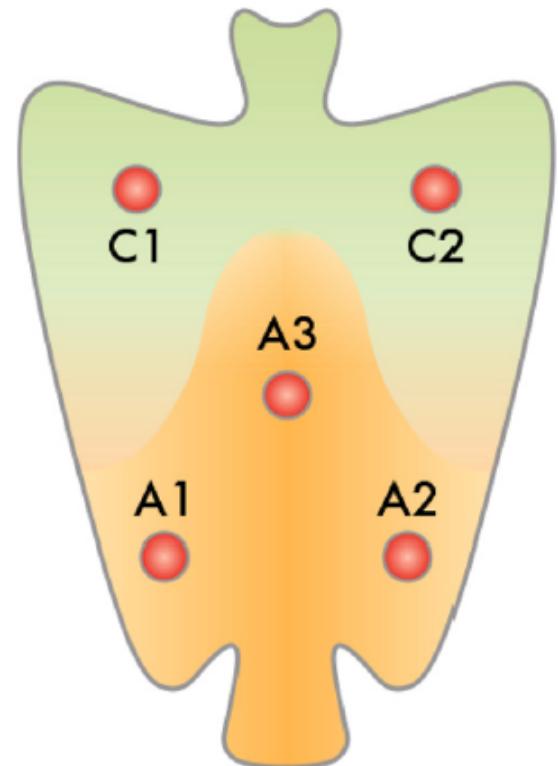


Fig. 2. Gastric biopsy sampling protocol.

OLGA

	Corpo				
Antro e Incisura angularis	Escore de atrofia	Sem atrofia (escore 0)	Atrofia leve (escore 1)	Atrofia moderada (escore 2)	Atrofia severa (escore 3)
	Sem atrofia (escore 0)	Estágio 0	Estágio I	Estágio II	Estágio II
	Atrofia leve (escore 1)	Estágio I	Estágio I	Estágio II	Estágio III
	Atrofia moderada (escore 2)	Estágio II	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
	Atrofia severa (escore 3)	Estágio III	Estágio III	Estágio IV	Estágio IV

Avalia o risco de Câncer gástrico e o grau da gastrite atrófica com a topografia.

OLGIM

	Corpo				
Antro e Incisura angularis	Escore de Metaplasia intestinal	Sem metaplasia (escore 0)	Metaplasia leve (escore 1)	Metaplasia moderada (escore 2)	Metaplasia severa (escore 3)
	Sem metaplasia (escore 0)	Estágio 0	Estágio I	Estágio II	Estágio II
	Metaplasia leve (escore 1)	Estágio I	Estágio I	Estágio II	Estágio III
	Metaplasia moderada (escore 2)	Estágio II	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
	Metaplasia severa (escore 3)	Estágio III	Estágio III	Estágio IV	Estágio IV

Avalia o risco de Câncer gástrico e a metaplasia intestinal com a topografia.

Gastropatia Congestiva Portal

Leve	Mucosa gástrica de padrão mosaico.
Intensa	Manchas vermelhas da mucosa com padrão mosaico ou
Classificação de McCormak	
Leve	Pontilhado fino de coloração rósea
	Enantema na superfície da pregas
	Padrão reticular fino e nacarado
Grave	Manchas vermelhas
	Gastrite hemorrágica difusa

Avalia as lesões vasculares de pacientes com hipertensão portal.



Leve

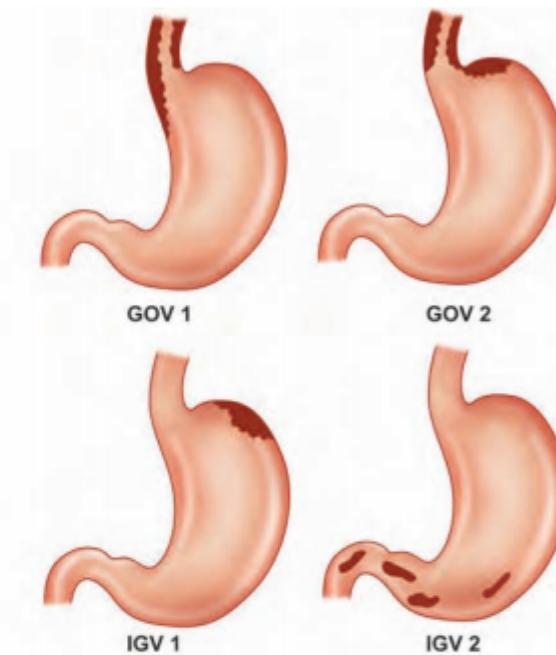


Grave

Sarin

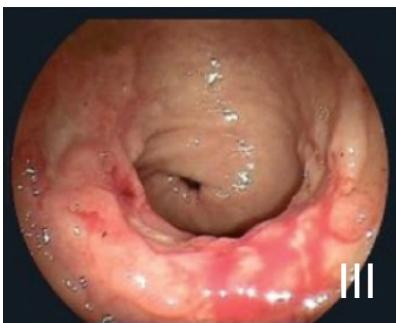
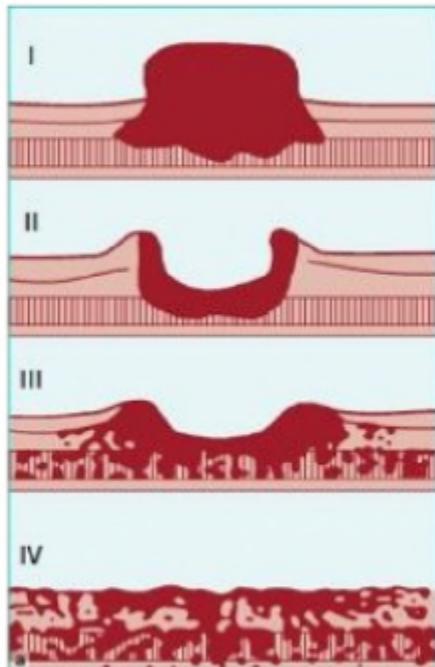
GOV1	Extensão das varizes esofágicas, se estendem para a pequena curvatura.
GOV2	Extensão das varizes esofágicas, se estendem para o fundo gástrico.
IGV1	Varizes gástricas isoladas no fundo.
IGV2	Varizes isoladas localizadas em qualquer lugar do estômago.

- Classificação das varizes gástricas de acordo com sua localização e associação a varizes esofágicas.



Bormann

I	Polipóide ou vegetante, delimitada.
II	Ulcerada, delimitada, bordas elevadas.
III	Ulcerada e infiltrativa, bordas mal delimitadas.
IV	Difusamente infiltrativas, sem limite entre o tumor e a mucosa normal.
V	Tumores não classificáveis.



- Classificação dos adenocarcinomas gástricos útil na orientação cirúrgica e prognóstica.

Yamada

I	Ligeiramente elevada	
II	Séssil	
III	Subpediculada	
IV	Pediculada	



Classificação dos pólipos gástricos.

Delgado

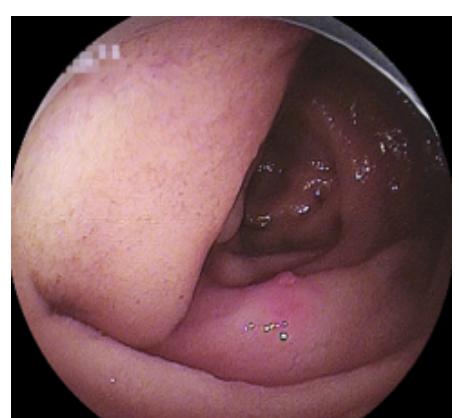
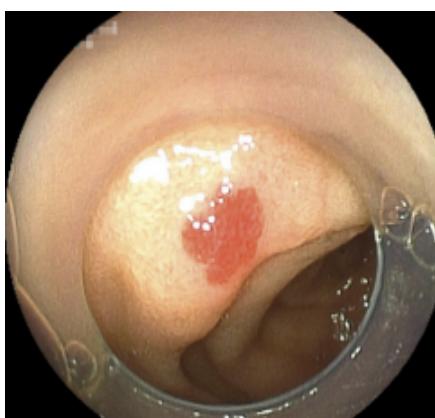
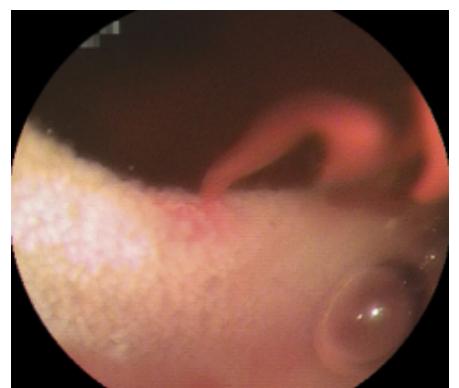


- Yano
- Rutgeerts

Yano

Classificação de lesões vasculares intestino delgado

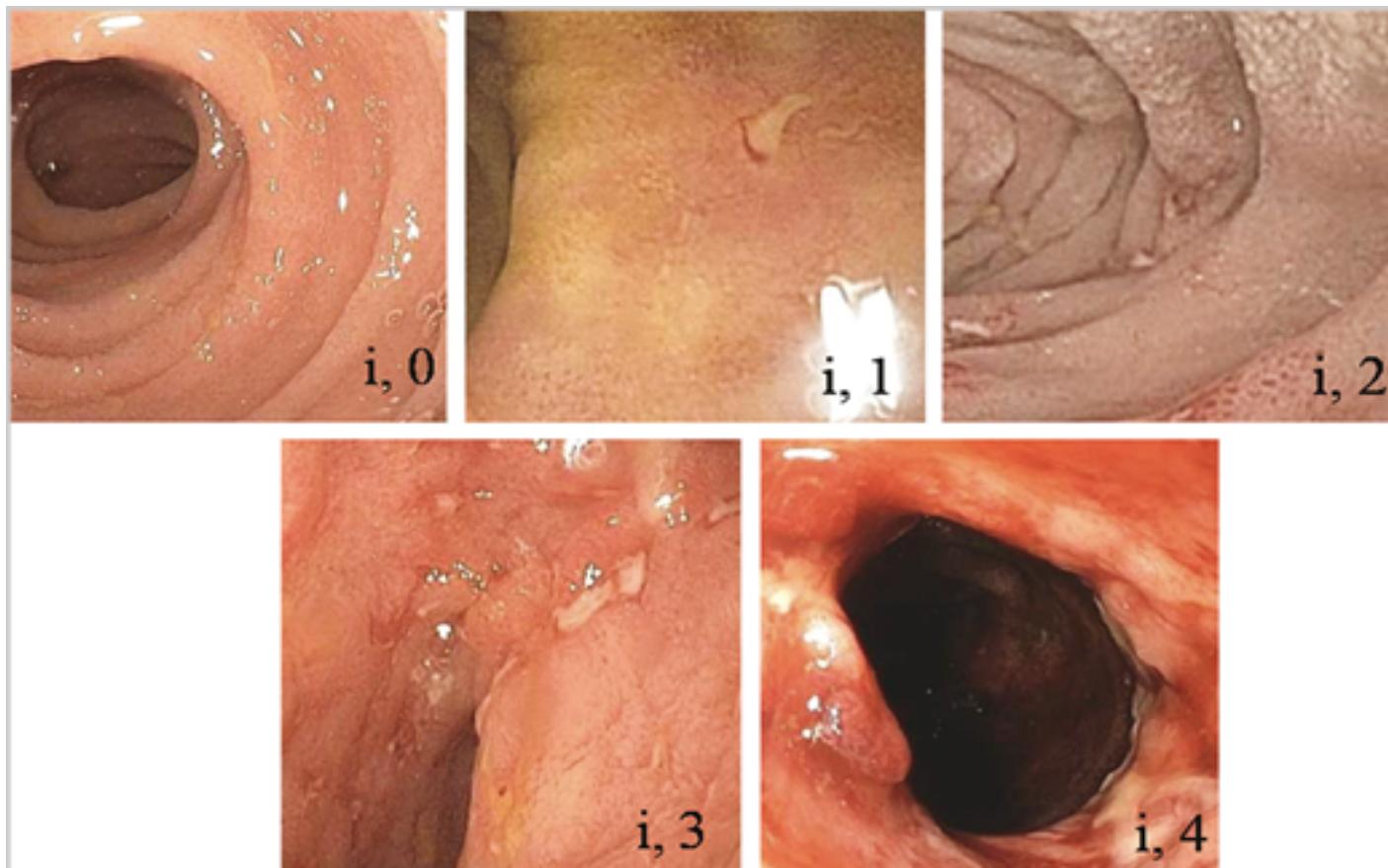
	Tipo 1a	Eritema puntiforme (<1 mm), com ou sem sangramento em babação
	Tipo 1b	Placa de eritema (poucos mm), com ou sem sangramento em babação
	Tipo 2a	Lesões puntiformes (<1 mm), com sangramento pulsátil
	Tipo 2b	Protrusão vermelha pulsátil, sem dilatação venosa ao redor
	Tipo 3	Protrusão vermelha pulsátil, com dilatação venosa ao redor
	Tipo 4	Outras lesões não classificadas entre as categorias acima



Rutgeerts

Avaliação pós-operatória doença de Crohn

i0	Ausência de lesão ileal
i1	< 5 úlceras aftóides menores 5mm
i2	> 5 úlceras aftoides com mucosa adjacente normal ou lesões maiores focais ou, ainda, lesões restritas a anastomose ileocólica
i3	Ileíte aftoide difusa com inflamação difusa da muscosa
i4	Ileíte difusa com úlceras maiores, nódulos e/ou estenose



Cólon

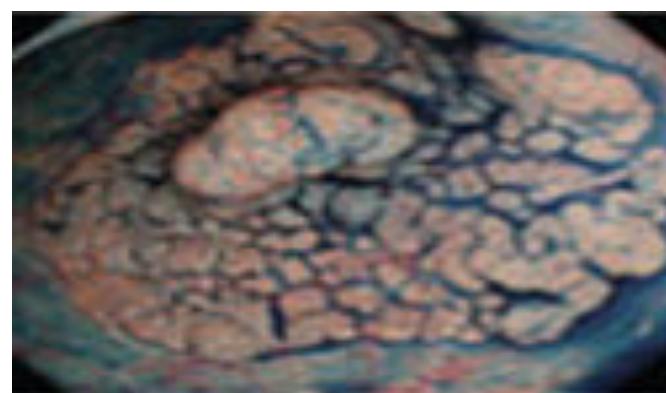
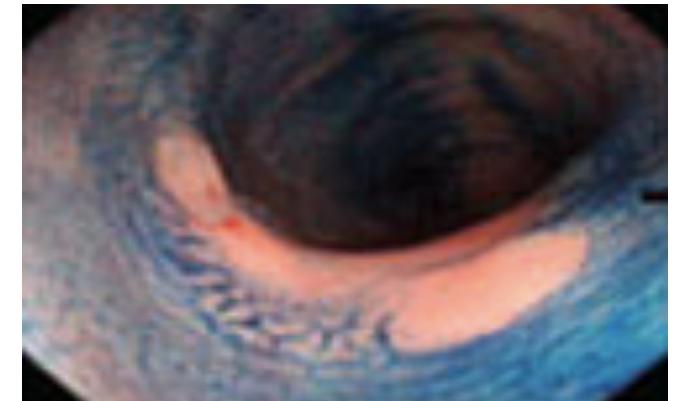


- Yamada
- Borrmann
- Classificação de Paris
- LST
- Kudo

LST

- Lesões superficiais de espessamento lateral - LST (lesões > 1 cm)

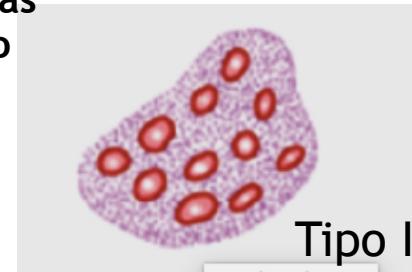
MACROSCOPIA LST	TIPO
Granular	<ul style="list-style-type: none">• Homogênea• Mista
Não granular (plano, sem formações granulares)	<ul style="list-style-type: none">• Plana• Deprimida



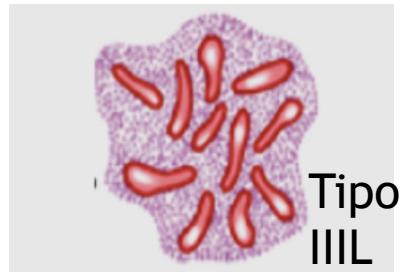
Kudo

Avaliação dos pólipos colorretais importante para definir conduta nas lesões em que há dúvida entre a ressecção endoscópica x ressecção cirúrgica.

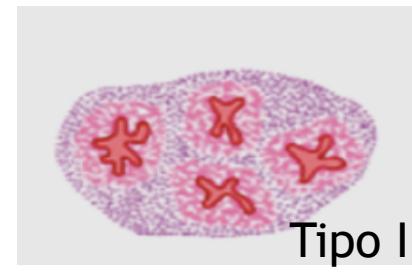
Tipo I	Normal ou arredondada (mucosa normal)
Tipo II	Estrelado, com arranjo unifrome
Tipo III L	Tubular grande (geralmente em lesões polipoides ou plano-elevadas (86,7%), adenomatosas com baixo grau de displasia)
Tipo III S	Tubular pequeno (lesões deprimidas. A maioria são adenomas (73%) tubulares com baixo grau de displasia)
Tipo IV	Ramificado ou gyrus-like (geralmente em lesões protusas a maioria adenoma (59,7%) de baixo grau de displasia)
Tipo V	Desestruturado (adenocarcinoma submucoso (62,5%))



Tipo I



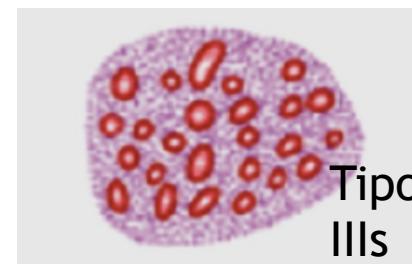
Tipo III L



Tipo III S

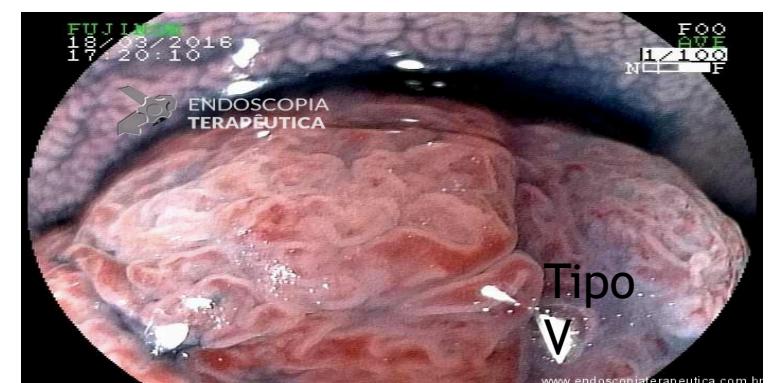
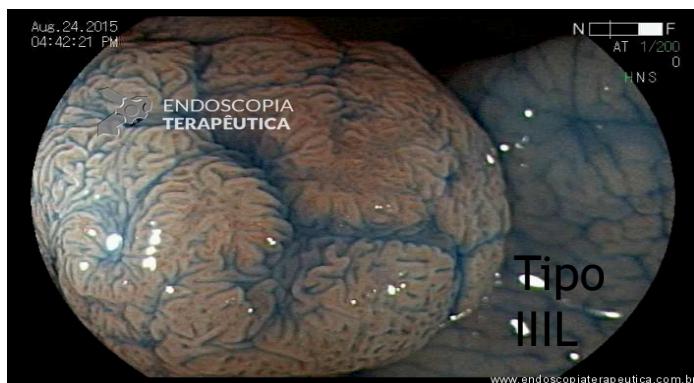
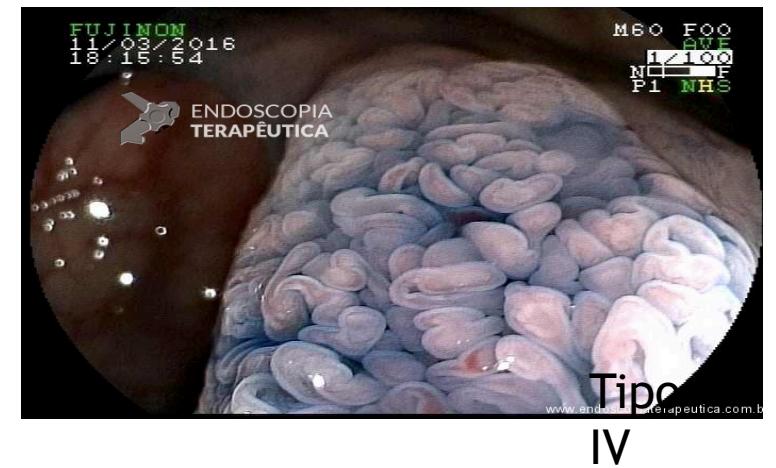
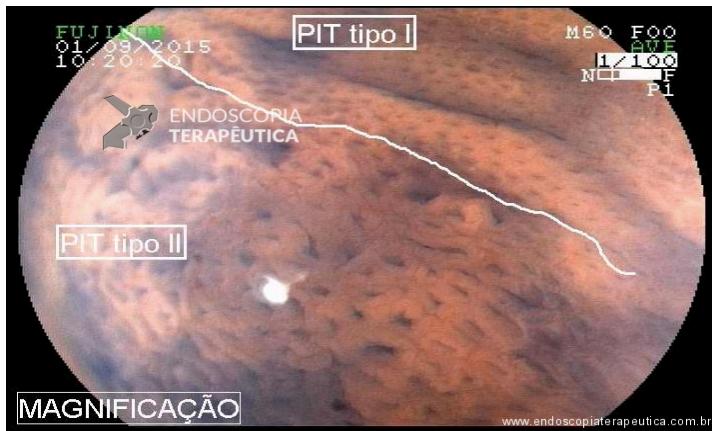


Tipo IV

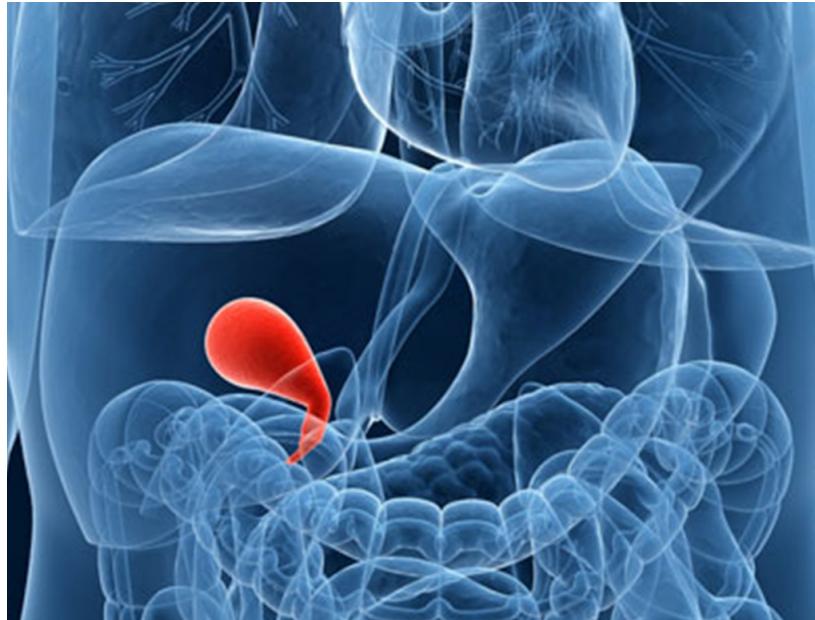


Tipo V

Kudo



Vias biliaries

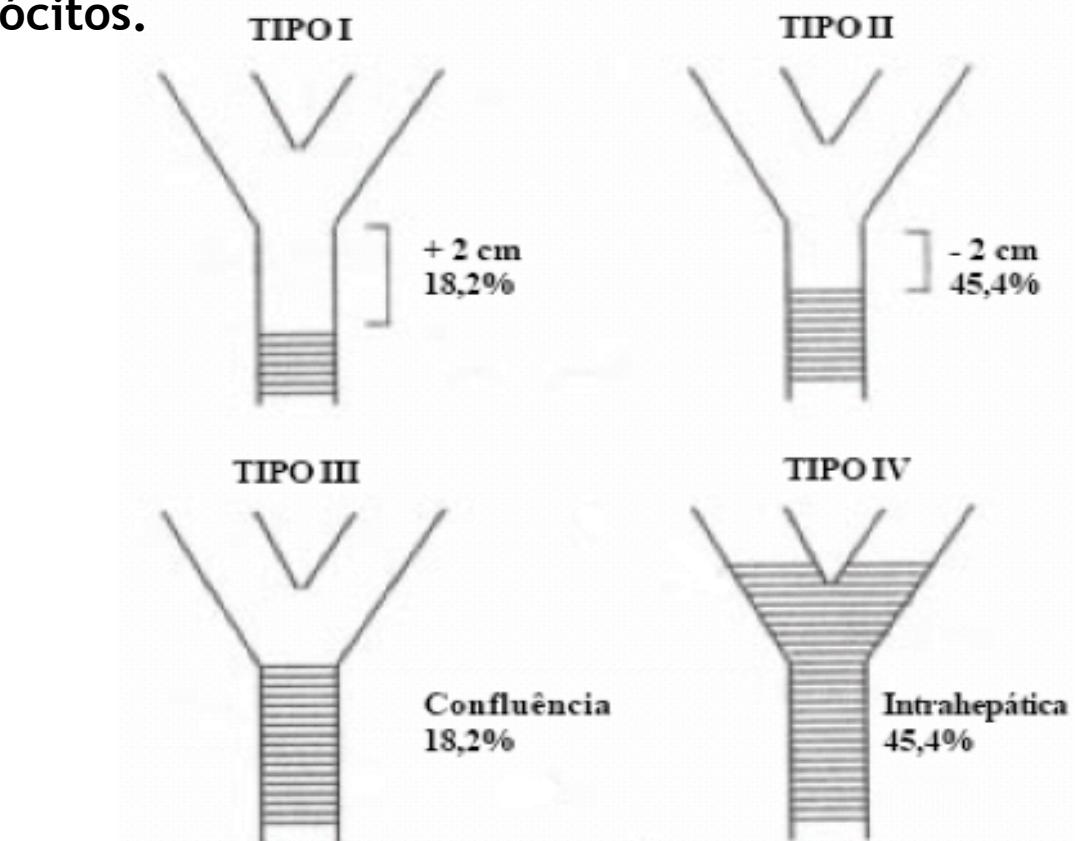


- Starsberg
- Bismuth
- Csendes

Bismuth

Avalia a altura da lesão em relação a confluência dos hepatócitos.

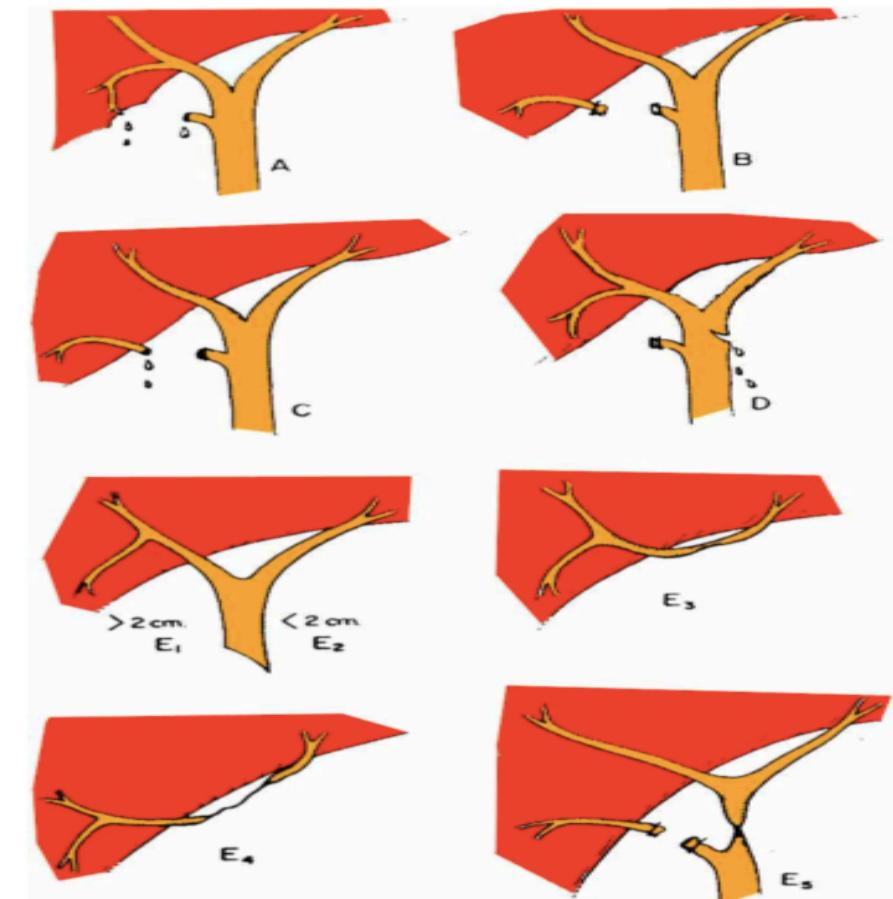
Tipo I	Estenose baixa do ducto hepático comum, com coto do ducto hepático > 2 cm
Tipo II	Estenose proximal do ducto hepático comum, coto do ducto hepático comum < 2cm
Tipo III	Estenose hilar, sem ducto hepático comum residual, mas com confluência preservada
Tipo IV	Estenose hilar, com envolvimento da confluência e perda da comunicação entre ductos hepáticos direito e esquerdo
Tipo V	Envolvimento de ducto hepático direito aberrante isolado ou com estenose concomitante de ducto hepático comum



Strasberg

Engloba classificação de Bismuth (E1 e E5) acrescentando vazamento de bile decorrente de lesão do leito vesicular e os decorrentes de sutura de ligadura do cístico.

Tipo A	Vazamento pelo ducto cístico ou pequenos ductos do leito hepático
Tipo B	Divisão e clipagem de segmento do ducto hepático direito
Tipo C	Extravasamento de bile do segmento ducto hepático direito, sem comunicação com ducto hepático comum
Tipo D	Lesão lateral ducto hepático comum
Tipo E1	Lesão circunferencial do ducto hepático comum a mais de 2 cm da bifurcação
Tipo E2	Lesão circunferencial do ducto hepático comum a menos de 2 cm da bifurcação
Tipo E3	Lesão circunferencial do ducto hepático comum na bifurcação
Tipo E4	Estenose hilar, envolvimento da confluência e perda da comunicação do sistema ductal hepático direito ou esquerdo
Tipo E5	Envolvimento de ducto hepático direito aberrante isolado ou com estenose concomitante do ducto hepático comum



Csends

Avaliação da lesões agudas correlacionando com mecanismo da lesão, com sua localização e proposta terapêutica posterior.

Tipo I	Pequena laceração no ducto hepático comum ou hepático direito por eletrocautério ou tesoura
Tipo II	Lesão da junção cístico-coledociana (tração, eletrocautério, cateter)
Tipo III	Secção parcial ou completa da via biliar principal
Tipo IV	Ressecção de mais de 10 mm da via biliar principal

