

## O PAPEL DA COLONOSCOPIA NAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

Jerome Waye<sup>1</sup>

Existem indicações específicas para a colonoscopia na doença inflamatória intestinal. Estas indicações são:

- 1 – Diagnóstico diferencial
- 2 – Esclarecimento de anormalidades radiológicas.
- a) defeitos de enchimento
- b) estenoses
- 3 – Doença de *Crohn* no pré e pós-operatório
- 4 – Avaliação para malignidade
- 5 – Exame de estomias.

Os pontos significativos na diferenciação entre a colite granulomatosa e ulcerativa são: a friabilidade e granulação estão presentes na colite ulcerativa mas não constituem achado comum na doença de *Crohn*; as úlceras da colite ulcerativa sempre ocorrem em locais de mucosa anormal enquanto que as da colite granulomatosa podem se localizar em segmentos de mucosa completamente normais.

Freqüentemente, na presença de pequenas ulcerações aftóides, um padrão vascular normal pode ser visto adjacente às pequenas ulcerações. O comprometimento na colite ulcerativa é contíguo desde seu foco inicial (geralmente no reto) até o final nos segmentos proximais do intestino. O aspecto de lesão "em paralelepípedo" é característico da colite granulomatosa devido ao comprometimento submucoso e não é visto na colite ulcerativa.

No esclarecimento de anormalidades radiológicas, tanto defeitos de enchimento como estenoses podem ser vistos. A estenose ocorre com

freqüência aproximadamente igual (mais ou menos 7%) na colite ulcerativa e granulomatosa. A maioria das estenoses é benigna, de origem inflamatória ou fibrótica. Se uma estenose não tiver um aspecto tipicamente benigno na endoscopia, a presença de um carcinoma deve ser suspeitada. Os carcinomas que surgem na vigência da colite ulcerativa geralmente têm o aspecto típico dos carcinomas do intestino sem doença inflamatória. Por outro lado, devido à sua patogênese, estes podem ser mais planos (menos volumosos) que os carcinomas não colíticos habitualmente encontrados. As estenoses vêm associadas aos carcinomas e podem ser identificadas devido ao surgimento de mudanças abruptas de calibre, friabilidade no local da estenose e impossibilidade de intubar a estenose. As margens da lesão podem estar acentuadamente endurecidas.

Não se deve apenas biopsiar um local de estenose, e sim sempre efetuar também uma citologia esfoliativa do estreitamento.

Pseudopólipos são vistos em 37% dos pacientes com colite ulcerativa e 33% dos pacientes com colite granulomatosa. A presença de pseudopólipos não favorece portanto um ou outro diagnóstico. A maioria dos pseudopólipos não deveria ser biopsiada, já que pode haver muitos pólipos espalhados pelo cólon. Os únicos pseudopólipos

<sup>1</sup> Professor associado do Mount Sinai Hospital, New York, EUA

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

que requerem biópsia são os de contorno irregular, de diâmetro superior a 1 cm, friáveis ou que apresentem hemorragia, ou aqueles cuja coloração pareça ser diferente dos pólipos adjacentes. Os endoscopistas devem tentar se abster de biopsiar pseudopólipos em pacientes endoscopados para exames preventivos já que, apesar dos mesmos constituírem os achados anatômicos proeminentes, eles podem conter alterações inflamatórias que tornam o diagnóstico de displasia difícil.

Existem vários fatores que foram investigados na avaliação de risco em pacientes com colite ulcerativa. Estes fatores são:

- 1 — Extensão
- 2 — Duração
- 3 — Idade de início
- 4 — Evolução da doença
- 5 — Severidade no início
- 6 — Tratamento da doença.

Entre todos os fatores de risco, apenas dois são importantes quanto à associação com carcinoma. A extensão é importante; tem havido evidências cumulativas de que o paciente com colite ulcerativa total e universal está em alto risco. O risco de carcinoma nestes pacientes, no entanto, não começa até que sua doença tenha estado presente por mais de oito anos. Faz pouca diferença que o paciente tenha ou não doença ativa na época do diagnóstico. Existem dados atuais que sugerem uma maior incidência de carcinoma em pacientes apenas com comprometimento do cólon esquerdo, mas o risco neste grupo de pacientes não inicia até que sua doença tenha estado presente uma década a mais do que aqueles pacientes com colite universal. Existem muitos artigos sobre o assunto de displasia e o diagnóstico precoce de carcinoma em pacientes com colite ulcerativa. A minha própria experiência me leva a crer que pode haver uma alta incidência de displasia em carcinoma (relatada como 80-88%) quando a totalidade do cólon tenha sido submetida a exame histológico após colectomia para carcinoma. No entanto, em um estudo endoscópico prospectivo eu somente descobri um entre oito pacientes com carcinoma confirmado que também apresentasse displasia em biópsias endoscópicas. Esta incidência é bastante baixa (12,5%) e, portanto, projeta dúvidas sobre o uso da endoscopia como método preventivo para fins de evidenciar displasia. Por outro lado,

nos oito pacientes com carcinoma três tinham sido submetidos a biópsias endoscópicas de segmentos da mucosa do cólon sem aspecto suspeito durante a procura de displasia, e carcinoma foi relatado. Eu acredito portanto que múltiplas biópsias endoscópicas devem ser efetuadas regularmente como rotina, e que o número de resultados positivos para carcinoma é maior do que para displasia.

A endoscopia também pode ser utilizada para a avaliação de pacientes na fase pós-operatória, especialmente aqueles com doenças de *Crohn*. A estomia habitual da ileostomia pode facilmente ser intubada com o endoscópio fiberoptico flexível. Isto pode permitir a diferenciação entre doença de *Crohn* recorrente levando a obstrução ou disfunção da ileostomia e uma aderência com o mesmo efeito. As anastomoses entre o intestino grosso e delgado podem ser facilmente avaliadas com a colonoscopia na procura de doença recorrente. A seriografia de intestino delgado pós-operatória ou o enchimento retrógrado do intestino delgado no clister opaco freqüentemente não fornecem a definição necessária para fazer o diagnóstico correto de doença de *Crohn* recorrente.

A ileostomia de *Kock* ou a ileostomia continente podem ser intubadas com o endoscópio fiberoptico flexível. Uma meia volta em U pode ser efetuada dentro da bolsa, e muita informação pode ser obtida quanto às causas da incontinência do paciente ou dificuldade para intubação. A causa da incontinência pode ser uma fístula, a perda do mamilo (parcial ou completa), ou o deslizamento parcial de parte do mamilo. Todos estes podem ser identificados endoscopicamente. As dificuldades com a intubação, tal como má fixação da ponta do mamilo, tortuosidade do canal de drenagem ou a intussuscepção do mamilo para dentro do canal de drenagem, freqüentemente podem ser identificadas. Este exame freqüentemente pode ser efetuado em um ambiente ambulatorial sem o uso de medicação prévia. O exame não causa desconforto ao paciente e é fácil e rápido de efetuar.

Resumindo, existem indicações específicas para o papel da endoscopia em pacientes com doença inflamatória intestinal. O preparo do paciente deve causar pouco desconforto e o exame deve ser efetuado com cuidado e delicadeza. Muitas informações podem ser obtidas da colonoscopia naqueles pacientes com indicação adequada.