
O PAPEL DA COLONOSCOPIA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA AGUDA

ASCÊNCIO G. LOPES Jr.
VANESSA M. AHUAJI
JOSÉ L. LOURENÇÃO - TSBCP
ALDO J. RODRIGUES Jr.
DARIO BIROLINI

LOPES Jr. AG, AHUAJI VM, LOURENÇÃO JL, RODRIGUES Jr. AJ & BIROLINI D - O papel da colonoscopia na hemorragia digestiva baixa aguda. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(3): 164 - 167

RESUMO: *Objetivo:* O propósito deste trabalho é avaliar o papel da colonoscopia em pacientes com hemorragia digestiva baixa (HDB) ativa que necessitam de internação hospitalar. *Pacientes e métodos:* Um estudo prospectivo de todos os pacientes que apresentaram sangramento retal agudo e importante o suficiente para requerer internação hospitalar, foi realizado de dezembro de 1995 a dezembro de 1996 no Pronto-Socorro Cirúrgico do Hospital das Clínicas. Todos foram submetidos a toque retal e a anoscopia. Foram tomadas medidas dos níveis séricos de hemoglobina, transfusões sanguíneas (quando necessárias) e normalizados os parâmetros hemodinâmicos em todos os pacientes. A endoscopia digestiva alta (EDA) foi também realizada em todos os casos e, por fim, os pacientes foram submetidos a preparo de cólon "expresso" com manitol, e encaminhados à colonoscopia. *Resultados:* Foram estudados 35 pacientes com idade média de 59,4 anos. A colonoscopia efetivou o diagnóstico em 31 casos (88,57%). Em dois casos (5,71%), a fonte do sangramento era proveniente do trato gastrointestinal (TGI) superior e a EDA inicial não fez o diagnóstico, tendo sido necessário um segundo exame; e, nos outros dois casos (5,71%), o local do sangramento não foi encontrado. A sensibilidade da colonoscopia foi de 93,94% e a especificidade de 100%. A patologia responsável pelo sangramento em maior número de pacientes foi a doença diverticular dos cólons (DDC). Dois pacientes necessitaram de cirurgia de urgência e foram submetidos a colonoscopia intra-operatória; nos restantes realizou-se preparo de cólon e colonoscopia de acordo com o protocolo. Como complicação relacionada ao método, um paciente (2,85%) apresentou sangramento 24 horas após a polipectomia. *Conclusão:* A colonoscopia mostrou ser um método eficaz no diagnóstico da hemorragia digestiva baixa. Foi terapêutica em alguns casos e apresentou um baixo índice de complicações. Por isso acreditamos que a colonoscopia deva ser o método diagnóstico de escolha na HDB.

UNITERMOS: hemorragia aguda; trato gastrointestinal inferior; colonoscopia; hemorragia digestiva

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia Geral e do Trauma, Divisão de Clínica Cirúrgica III, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A hemorragia digestiva baixa pode apresentar-se como pequenos sangramentos esporádicos relacionados às evacuações ou como grandes sangramentos com repercussão hemodinâmica e queda do hematócrito. Algumas vezes ocorre na forma de melena, outras vezes como sangue vivo exteriorizado via retal. Todos os casos merecem investigação, principalmente nos pacientes acima de 40 anos, pelo risco da presença de afecções como o câncer colorretal⁽¹⁻³⁾.

A maioria dos casos evolui com resolução espontânea da hemorragia, mas 10 a 25% dos pacientes perdem grande quantidade de sangue, e há urgência no diagnóstico do local do sangramento⁽⁴⁾. O diagnóstico da causa da hemorragia muitas vezes é difícil, mesmo com o uso de exames complementares, como arteriografia, cintilografia e colonoscopia. Até 25% dos casos não têm o local de sangramento diagnosticado⁽⁴⁻⁶⁾. Por outro lado, alguns colonoscopistas, usando apenas o método diagnóstico endoscópico, conseguem localizar o foco do sangramento em até 97% dos casos com doenças no cólon^(5, 7-10).

Este trabalho, de forma prospectiva, procura estudar a eficiência da colonoscopia nas HDB, como também avalia os resultados obtidos com o preparo de cólon com manitol a 10% (preparo "expresso").

PACIENTES E MÉTODOS

No período de dezembro de 1995 a dezembro de 1996 foram atendidos 35 pacientes no Pronto-Socorro Cirúrgico (PSC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) com HDB e que necessitaram de internação hospitalar, por estarem com sangramento ativo, descorados ou hipotensos. Todos os pacientes apresentaram sangue ou melena ao toque retal. Foram realizadas anoscopias para descartar doenças anais que pudessem justificar o sangramento, e endoscopias altas, que mostraram ausência de lesões com sangramento ativo ou recente em esôfago, estômago ou duodeno. Foi colhido sangue para exames laboratoriais (níveis séricos de hemoglobina, hematócrito, plaquetas e coagulograma) de todos os pacientes.

O tratamento inicial procurou normalizar e estabilizar o padrão hemodinâmico de todos os pacientes, e, nos casos onde este objetivo foi atingido, os pacientes foram submetidos a um preparo de cólon "expresso" com 1.000 ml de manitol a

10% e encaminhados à colonoscopia, sempre realizada pelo mesmo endoscopista e aparelho.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 26 a 85 anos, com idade média de 59,4 anos. Trinta e um pacientes (88,57%) tinham mais de 40 anos. Dezesseis pacientes eram do sexo masculino e 19 do feminino. Todos os pacientes estavam descorados ou hipotensos quando da internação. Os níveis séricos de hemoglobina estavam menores ou iguais a 10 g/dl em 22 pacientes (62,85%), entre 10 e 12 g/dl em oito pacientes (22,85%) e, em apenas cinco pacientes (14,28%), a hemoglobina sérica estava normal, acima de 12 g/dl. Vinte e um pacientes foram transfundidos antes da colonoscopia (60%). O coagulograma estava alterado em apenas um paciente (cirrótico, Child C) e os níveis séricos de plaquetas estavam normais em todos. Vinte e sete pacientes (77,14%) apresentavam pressão arterial abaixo do seu habitual à admissão no PSC do HC-FMUSP.

Houve uma redução importante ou parada do sangramento retal na maioria dos pacientes, possibilitando o preparo de cólon e a realização da colonoscopia, com exceção de dois pacientes que foram para cirurgia de urgência por hemorragia profusa e instabilidade hemodinâmica, realizando o exame endoscópico no intra-operatório. Um deles apresentava DDC pancolônica e o outro retocolite ulcerativa inespecífica, ambos com sangramento difuso por todo cólon. A conduta nestes casos foi colectomia subtotal, ileostomia terminal e sepultamento do coto retal, o que resolveu o sangramento, porém um dos pacientes evoluiu para óbito no décimo dia pós-operatório por complicações pulmonares.

A qualidade do preparo intestinal foi boa em 21 pacientes (60%); e em 14 pacientes foi possível realizar o exame, mas sua qualidade esteve comprometida pela presença de fezes ou sangue no cólon. Três exames foram incompletos (8,57%), dois por tumor estenosante de sigmóide e um por impossibilidade do colonoscópio passar pelo sigmóide devido à DDC severa nesta região. Dois casos, cujos exames foram incompletos devido ao péssimo preparo do cólon, foram excluídos do protocolo.

Os diagnósticos obtidos pela colonoscopia estão na Tabela 1. Em dois casos (5,71%) não identificamos a causa do sangramento e em outros dois casos o foco da hemorragia era o trato gastrointestinal superior. A sensibilidade e a especificidade são mostradas na Tabela 2.

Oito pacientes (22,85%) apresentavam pólipos no cólon ou no reto. Foram realizadas 12 polipectomias. Houve recidiva de sangramento no primeiro dia após polipectomia de pólipos retal, controlada com injeção local de adrenalina. Sete pacientes (20%) foram submetidos a cirurgia, duas cirurgias de urgência já citadas e cinco cirurgias semi-eletivas, cujos diagnósticos foram: três casos de neoplasias de sigmóide, um de neoplasia de cólon esquerdo e um de tumor de retroperitônio que invadia a terceira porção duodenal. Além disso, um paciente foi submetido à esclerose de varizes de esôfago, diagnosticadas como fonte de sangramento durante um segundo exame de endoscopia digestiva alta. Nos outros 19 pacientes

(54,28%), não foi feito tratamento específico e houve resolução espontânea do sangramento.

Tabela 1

DDC cólon E*	6
DDC pancolônica	5
DDC cólon D*	3
DDC + pólipos**	2
DDC + úlceras por CMV**	1
Pólipo retal ou de cólon	6
Tumor de reto	1
Tumor de cólon E	4
Colite	3
"Normal"***	4

*DDC (doença diverticular dos cólons), E (esquerdo), D (direito)

**Os pólipos e a úlcera por CMV (citomegalovírus) eram as causas do sangramento.

***Um tumor invadindo duodeno, um hepatopata com varizes de esôfago e duas causas ignoradas.

Tabela 2

Colonoscopia positiva	31	0
Colonoscopia negativa	2	2

Sensibilidade = $31/33 = 93,94\%$

Especificidade = $2/2 = 100\%$

DISCUSSÃO

O atendimento inicial de um paciente com HDB inclui uma avaliação completa, com especial atenção para as repercussões hemodinâmicas do sangramento. Reposição volêmica rápida e transfusão de sangue são muitas vezes necessárias. Após a ressuscitação inicial e a estabilização nos limites normais da pressão arterial, devemos investigar a causa do sangramento. Iniciamos a investigação com testes de coagulação e medidas dos níveis plaquetários dos pacientes, e excluímos o TGI superior como fonte do sangramento, através de uma EDA, semelhante a conduta de vários outros autores^(4, 10, 11). Em dois de nossos casos a EDA falhou, sendo necessário um segundo exame em um caso, e uma radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno em outro, para chegarmos ao diagnóstico.

Para o diagnóstico das causas de sangramento baixo podem ser utilizados vários exames com resultados diversos, dentre eles a arteriografia^(5, 6), a cintilografia com hemácias marcadas com Tc-99m^(12, 13) e a colonoscopia^(1, 3, 5, 7-10). Alguns trabalhos mostram que a associação de dois ou mais métodos diagnósticos enseja melhores resultados⁽⁴⁻⁶⁾.

Neste trabalho optamos pelo uso da colonoscopia. Conseguimos alcançar o ceco em 32 casos (91,43%). O fator limitante foi tumor estenosante de sigmóide em um paciente e em outro caso a dificuldade esteve na presença de DDC severa no sigmóide. Portanto, em apenas um paciente (2,85%) a colonoscopia poderia ter chegado ao ceco e não o fez, resultado comparável ao da literatura⁽¹¹⁾. Chegamos ao diagnóstico da causa do sangramento em 33 pacientes (94,28%), resultados também comparáveis aos da literatura^(5,7-9). Em dois pacientes não achamos a fonte da hemorragia nos quais foram realizadas cintilografias, também sem sucesso.

Foi observado que o preparo de cólon empregado não alcançou bons resultados em 14 pacientes (40%), provavelmente devido à urgência com que foi realizado e a falta de medidas complementares, como laxantes e dieta líquida na véspera. Além disso, o preparo foi fator limitante da colonoscopia em dois casos, os quais foram excluídos do protocolo. Por outro lado, não tivemos complicações, mesmo se tratando em sua maioria de pacientes idosos e com alterações hemodinâmicas.

Na maioria dos casos o sangramento cessa espontaneamente⁽¹⁴⁾, como também mostrou nosso trabalho. Por isso apenas dois pacientes necessitaram de cirurgia de urgência. Nestes casos os exames foram realizados no intra-operatório, sem preparo de cólon prévio. Foram realizados com facilidade e rapidez e mostraram-se importantes na orientação da conduta cirúrgica, o que também é visto na literatura⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. A técnica cirúrgica empregada nos dois casos foi colectomia subtotal, ileostomia terminal e sepultamento do coto retal, conduta esta que vem mostrando bons resultados⁽¹⁸⁾. Estes pacientes não mais sangraram, e ambos tinham mais de 60 anos e apresentavam doenças clínicas associadas. Um deles evoluiu para óbito no décimo dia de pós-operatório por complicações pulmonares, mostrando tratar-se de paciente grave, cujas condições clínicas desfavoráveis dificultaram o tratamento.

Os diagnósticos encontrados estão na tabela e são semelhantes aos de outras publicações^(1,4), onde a DDC é a patologia mais freqüente ou está entre elas. Os pólipos são lesões freqüentes, representando, no nosso estudo, a segunda causa de sangramento. Foram ressecados por via endoscópica, e em todos os casos resolveu-se a hemorragia, com uma exceção, em que o paciente apresentou novo sangramento 24 horas após a polipectomia. O foco era a base de um pólipo ressecado do reto e foi tratado pela injeção local de adrenalina. Esta foi a única complicação desta casuística (2,85%). A literatura mostra taxas de complicações por volta de 0,2% a 1,4% nos casos de polipectomias^(19,20).

Concluimos que, mesmo nos casos que necessitam de intervenção, a maioria dos pacientes pára de sangrar espontaneamente, e, raramente, é necessária cirurgia de urgência. Como método diagnóstico a colonoscopia é muito eficaz, podendo ter, também, um papel terapêutico, além de ser um exame com baixa incidência de complicações. Por isso acreditamos ser o exame de primeira escolha nas HDB.

LOPES Jr. AG, AHUAJIVM, LOURENÇÃO JL, RODRIGUES Jr. AJ & BIROLINI D - The role of colonoscopy in acute lower gastrointestinal hemorrhage.

SUMMARY: The purpose of this study is to establish the role of colonoscopy in the diagnosis and treatment of active lower intestinal hemorrhage. **Methods:** A prospective study with every patient admitted with acute lower intestinal bleeding at the emergency room of the Hospital das Clínicas, from December 1995 to December 1996, was carried out. The patients underwent digital rectal examination and anoscopy. Hemoglobin blood level was measured, blood transfusion was done whenever needed and the hemodynamic parameters were set to normal. Upper digestive endoscopy was carried out in all patient and the patients were sent to a bowel preparation and colonoscopy. **Results:** Thirty-five patients were included in the study. Colonoscopy was diagnostic in 31 cases (88.57%). Bleeding cause was in the upper gastrointestinal tract in two patients (5.71%), but first endoscopy failed in showing it. Bleeding cause remained unknown in two patients. Sensibility showed to be 93.94% and specificity 100%. Diverticular disease was the most frequent diagnosis in this group. Intra-operative colonoscopy was needed in two patients and there was bleeding after polipectomy in one patient. **Conclusion:** Colonoscopy was a efficient method to diagnose the cause of rectal bleeding. It was also therapeutic in some cases and had few complications. We believe colonoscopy should be the first choice exam in lower intestinal bleeding.

KEY WORDS: hemorrhage, acute; intestinal tract, lower; colonoscopy; GI bleeding

REFERÊNCIAS

1. Metcalf JV, Smith J, Jones R, Record CO. Incidence and causes of rectal bleeding in general practice as detected by colonoscopy. *Br J Gen Pract* 1996; 46(404): 161-4
2. Fernandez E, Linares A, Alonso JL, Sotorrio NG, De la Veja J, Artumez ML, Giganto F, Rodriguez M, Rodrigo L. Colonoscopic findings in patients with lower gastrointestinal bleeding sent to a hospital for their study. Value of clinical data in predicting normal or pathological findings. *Rev Esp Enferm Dig* 1996; 88(1): 16-25
3. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, Neugut AI, Bodian CA. The impact of colonoscopy on the early detection of colonic neoplasms in patients with rectal bleeding. *Ann Surg* 1987; 206(5): 606-11.
4. Kouraklis G, Misiakos E, Karatzas G, Gogas J, Skalkeas G. Diagnostic approach and management of active lower gastrointestinal hemorrhage. *Int Surg* 1995; 80: 138-40
5. Imdahl A, Salm R, Ruckauer K, Farthmann EH. Diagnosis and management of lower gastrointestinal hemorrhage. Retrospective analysis of 233 cases. *Langenbecks Arch Chir* 1991; 376(3): 152-7
6. Peillon C, Steyaert H, Delaunay T, Lammens B, Testart J. Severe lower gastrointestinal tract hemorrhage in adults. A propos of 38 cases. *J Chir (Paris)* 1989; 126(12): 687-94.
7. Richter JM, Christensen MR, Kaplan LM, Nishioka NS. Effectiveness of current technology in the diagnosis and management of lower gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1995; 41(2):93-8.
8. Church JM. Analysis of the colonoscopic findings in patients with rectal bleeding according to the pattern of their presenting symptoms. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(5): 391-5
9. Wang CY, Won CW, Shieh MJ. Aggressive colonoscopic approaches to lower intestinal bleeding. *Gastroenterol Jpn* 1991; 26(suppl): 125-8
10. Giorgio P, Lorusso D, Di Mateo G, Chicco G. The role of emergency colonoscopy in colorectal hemorrhage. *Minerva Dietol Gastroenterol* 1990; 36(1): 19-22.

11. Church JM. Endoscopy of the Colon, Rectum and Anus. 1ª ed., New York. Igaku-shoin, 1995.
12. Suzman MS, Talmor M, Jennis R, Binkert B, Barie PS. Accurate localization and surgical management of active lower gastrointestinal hemorrhage with technetium-labeled erythrocyte scintigraphy. *Ann Surg* 1996; 224(1): 29-36.
13. Linnet J, Abrahamsen J. Scintigraphy of bleeding. The diagnostic value based on a 10-year period. *Ugeskr Laeger* 1995; 157(39): 5373-7.
14. Bokhari M, Vernava AM, Ure T, Longo WE. Diverticular hemorrhage in the elderly. Is it well tolerated? *Dis Colon Rectum* 1996; 39(2): 191-5.
15. Lewis MP, Khoo DE, Spencer J. Value of laparotomy in the diagnosis of obscure gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 1995; 37(2): 187-90.
16. Eisenberg HW. Fiberoptic colonoscopy: Intraoperative colonoscopy *Dis Colon Rectum* 1976; 19(5).
17. Whelan RL, Buls JG, Goldberg SM, Rothenberger DA. Intra-operative endoscopy. University of Minnesota experience. *Am Surg* 1989; 55(5): 281-6.
18. Setya V, Singer JA, Minken SL. Subtotal colectomy as a last resort for unrelenting, unlocalized, lower gastrointestinal hemorrhage. experience with 12 cases. *Am Surg* 1992; 58(5): 295-9.
19. Gibbs DH, Opelka FG, Beck DE, Hicks TC, Timmcke AE, Gathright JB. Postpolypectomy colonic hemorrhage. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(7): 806-10
20. Habr-Gama A, Waye JD. Complications and hazards of gastrointestinal endoscopy. *World J Surg* 1989; 13(2).

Endereço para correspondência:

Ascêncio G. Lopes Jr
Rua Oscar Freire, 1799 - ap 803
05409-011 - São Paulo - SP