
COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA. AVALIAÇÃO DAS INDICAÇÕES E RESULTADOS

FÁBIO LUIZ CHAVES NOSSA - FSBCP-SP
BENICIO LUIZ B. B. PAULA NUNES - FSBCP-SP
LILIAN RAMOS TODINOV - FSBCP-SP
PAULO F. BARRETO NETO - FSBCP-SE
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - TSBCP-SP
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP-SP

NOSSA FLC, PAULA NUNES BLBB, TODINOV LR, BARRETO NETO PF, SILVA JH, FORMIGA GJS - Colonoscopia diagnóstica e terapêutica. Avaliação das indicações e resultados. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(3): 168 - 171

RESUMO: Foram avaliados 894 exames colonoscópicos feitos no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP, durante o período de março de 1975 a setembro de 1998. O estudo consistiu em verificar o preparo do cólon, as indicações, os procedimentos, os resultados e as complicações. As indicações mais frequentes estavam relacionadas com o câncer colorretal e a afecção mais encontrada foi pólipos colônicos e retais, em 119 (12,3%) doentes. Em 382 (42,7%) doentes o exame foi normal, o que justifica utilização do procedimento na pesquisa de lesões em fase inicial. Mais de 90% dos doentes estavam com o preparo de cólon em condições satisfatórias, facilitando na realização dos exames. Foram realizados 224 procedimentos terapêuticos, sendo: 128 biópsias, 92 polipectomias simples, duas dilatações de estenoses e uma polipectomia fatiada. Houve 0,6% de morbidade, sendo duas perfurações colônicas, que, após realização de intervenção cirúrgica de imediato, evoluíram sem complicações. Um caso de bacteremia transitória, com hemocultura positiva para *Escherichia coli*, foi observado 30 minutos após o exame colonoscópico, com resolução espontânea.

UNITERMS: colonoscopia; preparo de cólon; complicações

Desde o início da década de 70, com a introdução da fibra óptica em aparelhos endoscópicos para estudo do trato digestório baixo, a colonoscopia tem evoluído muito, chegando nos dias atuais a proporcionar ao examinador a possibilidade de afirmar sobre a natureza anatomopatológica das lesões encontradas^(9, 12).

Há muito vem se discutindo sobre a importância e facilidade do exame, que vem gradativamente ocupando o lugar do enema baritado no arsenal diagnóstico^(8, 14). A colonoscopia permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupos de risco^(7, 20, 22); investiga sintomas e sinais (dor abdominal, sangramento digestivo, alteração do hábito intestinal, diarreia crônica, anemia, massas abdominais)^(4, 5); proporciona análise macroscópica das lesões encontradas; avalia a extensão intra-

luminal da doença; permite a realização de biópsias sob visão direta⁽¹⁰⁾, diagnóstica lesões sincrônicas⁽⁴⁾; realiza ileoscopia, retrógrada em portadores de doenças inflamatórias intestinais⁽¹⁹⁾. Do ponto de vista terapêutico, fornece condições de remover lesões polipóides^(1, 23); realiza dilatação de estenoses inflamatórias ou cicatriciais⁽³⁾; possibilita a ressecção de lesões planas por mucosectomia⁽²¹⁾; permite a aplicação de substâncias e clips para conter hemorragias⁽²⁾; descomprime o cólon em dilatação aguda⁽¹⁸⁾; remove pequenos tumores com aplicação do laser⁽⁵⁾; marca lesão (tatuagem) para orientar futura cirurgia⁽¹¹⁾ e auxilia na confecção de colostomia orientando o cirurgião⁽⁷⁾.

O objetivo deste estudo é avaliar os exames realizados no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP, quanto ao preparo de cólon, indicações, procedimentos, resultados e complicações.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudadas, retrospectivamente, 894 colonoscopias feitas no período de março de 1975 a setembro de 1998. Todos os candidatos ao exame foram submetidos a preparo de cólon padronizado, que consistiu em dieta sem resíduos na véspera do exame e quatro comprimidos de Bisacodil, à noite. No hospital, era complementado com a ingestão de 800 ml de solução de Manitol a 10%, na manhã do exame, em intervalo de duas horas. Todos foram submetidos à sedação com Midazolam (10 a 15 mg) e Meperidina (20 a 30 mg), em infusão intravenosa, sendo revertida com a ação do Flumazenil (0,05 mg), após a realização do procedimento.

O preparo de cólon foi considerado bom quando encontrou-se líquido claro ou ausência de líquido; regular, líquido escuro que, se aspirado, não impedia o exame; e ruim quando fezes formadas ou pastosas impediam a ideal visualização da mucosa. A colonoscopia foi considerada completa quando o ceco ou a anastomose ileocolônica, quando presente, foram visualizados.

RESULTADOS

Dos 894 casos estudados, 532 (59,5%) eram do sexo feminino e 362 (40,5%) do masculino, com média etária de 55 anos. A grande maioria dos preparos de cólon (89%) foi considerada boa (Tabela 1). Setenta e oito por cento dos exames foram completos, sendo os demais incompletos, devido a dobras fixas ao longo do cólon ou a tumores estenosantes.

Tabela 1 - Preparo intestinal.

Classificação	Nº	%
Bom	800	89,5
Regular	50	5,6
Ruim	44	4,9
Total	894	100

As indicações clínicas mais frequentes foram: alteração do hábito intestinal; alteração ao enema opaco, doença inflamatória intestinal e seguimento oncológico, perfazendo 50,8% do total (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicações do exame.

Indicação	Nº	%
Alteração do hábito intestinal	119	13,3
Alteração do enema opaco	116	13,0
Doença inflamatória intestinal	110	12,3
Seguimento oncológico	109	12,2
Sangramento	104	11,6
Câncer colorretal	67	7,5
Polipose	35	3,9
Dor abdominal	33	3,7
Outras	201	22,5
Total	894	100

Os exames foram considerados normais em 382 (42,7%) casos. Pólipo colônico ou retal foi a afecção mais freqüente com 119 casos (13,3%) (Tabela 3). Durante os exames, 224 procedimentos foram realizados, sendo: 128 biópsias, 93 polipectomias, duas dilatações de estenose e uma polipectomia fatiada (Tabela 4). Ocorreram seis complicações (0,67%), sendo: duas perfurações do cólon sigmóide, com imediata laparotomia exploradora, sutura primária da lesão e boa evolução pós-operatória; dois sangramentos pós-polipectomias, sendo que um exigiu tratamento cirúrgico e o outro cessou após injeção de solução de adrenalina no coto vascular; uma síndrome pós-polipectomia (0,1%), que necessitou tratamento clínico com jejum e antibioticoterapia e um paciente que apresentou bacteremia (0,1%) com hemocultura positiva para *Escherichia coli*, 30 minutos após o exame colonoscópico, e que evoluiu bem com observação clínica (Tabela 5).

Tabela 3 - Resultados das colonoscopias.

Lauda	Nº	%
Normal	382	42,7
Pólipo	119	13,3
Moléstia diverticular dos cólons	79	8,9
Doença inflamatória intestinal	76	8,5
Câncer colorretal	71	7,9
Outros	167	18,7
Total	894	100

Tabela 4 - Procedimentos realizados.

Procedimento	Nº	%
Biópsia	128	57,1
Polipectomia	93	41,5
Dilatação	2	0,9
Polipectomia fatiada	1	0,5
Total	224	100

Tabela 5

Complicações	Nº	%
Perfuração	2	0,2
Sangramento	2	0,2
Síndrome pós-polipectomia	1	0,1
Bacteremia	1	0,1
Total	6	0,6

DISCUSSÃO

O temor e a prevalência crescentes dos casos de câncer colorretal, atualmente, direcionam as indicações mais frequentes da colonoscopia, principalmente se há sintomas e sinais positivos para o câncer colorretal⁽¹²⁾. No nosso levantamento, as indicações mais frequentes concordam com a literatura exce- tuando-se a dor abdominal, talvez por se tratarem de pacientes previamente triados. Diante disso, a necessidade de um exame efetivo que não traga aos serviços de saúde elevados com per-

manência hospitalar, tempo de espera para a realização do exame, elevadas taxas de morbidade e mortalidade, incentiva a realização da colonoscopia com preparo ambulatorial e com bons resultados, como em nossos casos, em que cerca de 90% possibilitaram um bom exame.

Várias são as indicações do exame colonoscópico; alteração do hábito intestinal, complementação de exames radiológicos, acompanhamento de doenças inflamatórias intestinais e o diagnóstico e seguimento do câncer colorretal(5, 6, 9, 17, 22), o que em nossa série correspondeu a 58,3% das indicações.

Setenta e oito por cento dos exames foram considerados completos, ficando próximos aos dados da literatura(5, 7, 12). Os pólipos são citados como afecção mais encontrada(5, 12), e em nossa casuística correspondeu a 13,3% dos casos. O câncer colorretal foi encontrado em 7,9% dos exames, sendo um achado mais freqüente do que em outras séries. Provavelmente, a explicação reside no fato de o nosso serviço ser referência para o tratamento do câncer colorretal.

A taxa de morbidade descrita varia de 0,25 a 0,8% nos exames diagnósticos e de 0,7 a 2,9% nos terapêuticos (5, 17). Os sangramentos pós-polipectomias e as perfurações são as

complicações mais comuns, sendo as últimas localizadas mais freqüentemente no cólon sigmóide (13). Orsoni e col. preconizam, inicialmente, observação clínica para as perfurações durante procedimentos terapêuticos (polipectomias, biópsias). Ao passo que, para as perfurações por procedimentos diagnósticos, estes autores orientam a realização de tratamento cirúrgico, que varia de acordo com a extensão da lesão, as condições clínicas do paciente e a situação da cavidade abdominal, podendo envolver, também a realização de colostomia. Duas perfurações em sigmóide, ocorridas durante procedimento diagnóstico, foram tratadas, de imediato, com laparotomia exploradora e refiação primária da lesão, uma vez que o cólon encontrava-se bem preparado.

CONCLUSÕES

A colonoscopia diagnóstica é um exame eficiente para a detecção de doenças colorretais, quando realizado com preparo de cólon adequado, e apresenta baixos índices de complicações e de morbidade.

Os procedimentos colonoscópicos são úteis no arsenal terapêutico e as complicações são reduzidas.

NOSSA FLC, PAULA NUNES BLBB, TODINOV LR, BARRETO NETO PF, SILVA JH, FORMIGA GJS -

SUMMARY: Eight hundred ninety-four colonoscopic exams from March 1975 to September 1998 were reviewed. Colonic preparation, indications, procedures, results and complications were evaluated. The colorectal cancer and colonic polyp were the most common diseases. In 382 (42.7%) patients, the exam was normal. Therapeutics procedures carried out: 128 biopsies, 92 simple polypectomy, two stricture's dilatations and one sliced polypectomy. There were 0.6% morbidity: two colonic perforations and one transitory bacteraemia by Escherichia coli.

UNITERMS: colonoscopy; colonic preparation; complications

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque IC, Alves Filho EF, Paula Nunes BLBB, Nossa FLC, Barreto Neto PF, Formiga GJS, Silva JH. Intussuscepção colônica por lipoma. Relato de dois casos. Rev bras Coloproct 1998; 18(4): 256-259.
2. Binmoeller K, Thonke F, Soehendra N. Endoscopic hemoclip treatment for gastrointestinal bleeding. Endoscopy 1993; 167-170.
3. Breysem Y, Janssens JF, Coremans G, Vantrappen G, Hendrick G, Rutgeerts P. Endoscopic balloon dilation of colonic and ileo-colonic Crohn's strictures: long-term results. Gastrointest Endosc 1992; 38: 142-147.
4. Chak A, Post AB, Cooper GS. Clinical variables associated with colorectal cancer on colonoscopy: A prediction model. Am J Gastroenterol 1996; 91(12): 2483-2488.
5. Duarte RP, Silva EL, Carvalho FA, Castro EG, Tamura S, Mendes MBP. Colonoscopia diagnóstica e terapêutica: análise de 1000 exames. Rev bras Coloproct 1998; 18(4): 238-241.
6. Formiga GJS, Silva JH. Critério de alta ambulatorial para doentes com câncer colorretal. Rev bras Coloproct 1998; 18(2): 141.
7. Formiga GJS, Silva JH. Ileostomia e colostomia. Diag & Trat 1999; 4(2): 41-45.
8. Karasick S, Ehrlich SM, Levin DC, Hartford RJ, Rosetti EF, Ricci J, Beam LM, Gigliotti JV. Trends in use of barium enema examination, colonoscopy, and sigmoidoscopy: is use commensurate with risk of disease. Radiology 1995; 195: 777-784.
9. Kudo S, Tamura S, Nakagima T, Yamano H, Kusaka H, Watanabe H. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. Gastrointest Endosc 1996; 44(1):8-14.
10. Levine DS, Reid BJ. Endoscopy biopsy technique for acquiring larger mucosal samples. Gastrointest Endosc 1991; 37: 332-337.
11. Lightdale CJ. India ink colonic tattoo: blots on the record. Gastrointest Endosc 1991; 37(1): 99-100.
12. Longano RL, Borato SDF, Haddad MA, Anderi Jr. E. Colonoscopia: Análise crítica de suas indicações, padronização e limitações. Rev bras Coloproct 1998; 18(3): 168-172.
13. Marshall JB, Barthel JS. The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s. Gastrointest Endoscopy 1993; 39(4): 518-520.
14. Morrissey JF, Reichelderfer M. Gastrointestinal endoscopy. N Engl J Med 1991; 325: 1214-1222.
15. Nahas SC, Alves PA, Habr-Gama A, Pinotti HW. Emprego da colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico nas doenças do intestino grosso. Rev bras Coloproct 1992; 12 (supl. 1): 143-145.
16. Orsoni P, Berdah S, Verrier C, Caamano A, Sastre B, Boutboul R, Grimaud JC, Picaud R. Colonic perforation due to colonoscopy: A retrospective study of 48 cases. Endoscopy 1997; 29: 160-164.

17. Pott G. Atlas de colonoscopia. 1ª ed., Rio de Janeiro, Revinter, 1999.
18. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7(3): 499-508.
19. Rokkas T, Psaras C, Niotis E, Stefanopoulos T, Patedakis G. Endoscopic retrograde ileography. *Gastrointest Endosc* 1992; 38(3): 375-377.
20. Schrock TR. Colonoscopy versus barium enema in the diagnosis of colorectal cancer and polyps. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1993; 3: 585-610.
21. Shirai M, Nakamura T, Matsumura A. Safer colonoscopic polypectomy with local submucosal injection of hypertonic saline-epinephrine solution. *Am J Gastroenterol* 1994; 84: 334-338.
22. Vieira RAC, Rossi BM, Lopes A, Santos IRB, Mattion EA, Torrico JRO. Rastreamento do câncer colorretal. *Acta Oncol Bras* 1997; 17(1): 40-46.
23. Waye JD. Endoscopy treatment of adenomas. *World J Surg* 1991; 15: 14-19.

Endereço para correspondência:

Galdino José Sitonio Formiga
Av. Líbero Badaró, 1208 - Jardins
09581-610 - São Caetano do Sul - SP