
COLONOSCOPIA : ANÁLISE CRÍTICA DE SUA INDICAÇÃO

EDSON JURADO DA SILVA - FSBCP
MARCELO ALVES RAPOSO CÂMARA - TSBCP
EDUARDO GAIDÃO
ELEODORO CARLOS DE ALMEIDA - TSBCP

SILVA EJ; CÂMARA MAR; GAIDÃO E; ALMEIDA EC. Colonoscopia : Análise crítica de sua indicação. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):77-81

RESUMO: Objetivo: Avaliar as indicações de colonoscopia na rotina de um serviço de proctologia em Hospital Geral, com base em sintomas e alguns achados clínicos importantes, confrontando - os com resultados encontrados, e com isso tentar traçar um perfil que justifique sua indicação racionalizada. Métodos: Foram analisados, de forma retrospectiva, 730 pacientes submetidos a colonoscopia total pelo Serviço de Proctologia do HSE Ministério da Saúde RJ, no período de 1996 a 1999. Foram incluídos somente os casos que se enquadravam no protocolo. Confrontamos achados endoscópicos com o quadro clínico básico. Análise estatística constou de média e desvio padrão das amostras encontradas. Usamos teste T de student para estudo de dados paramétricos e qui-quadrado para números absolutos. Consideramos $P < 0,01$ significante, $P < 0,05$ limítrofe e $P >$ que 0,05 como sem significado estatístico. Resultados: Houve predominância de mulheres sobre os homens, não havendo diferença entre as idades dos dois grupos: 53,12+/-15,17 contra 53,18+/-16,7. Os diagnósticos mais frequentes foram: Doença diverticular não complicada N=156 (36 %), seguida por pólipos N=102 (23,5 %) e câncer colo-retal N=62 (14,3 %). Em 305 pacientes (41,7 %) os exames foram normais. O único sintoma que teve valor estatístico para positividade diagnóstica, independente de hemorróidas, foi o de sangramento vivo pelo ânus N=189 (25,9 %). No sub-grupo de dor abdominal observamos que a associação com alteração do ritmo intestinal e distensão, resultou na colonoscopia anormal em todos N=22 (100 %). A dor abdominal crônica simples teve baixo índice de aproveitamento, pois ocorreu em 125 pacientes, sendo que destes, 56 (44,8 %) tiveram exame normal. Conclusões: A colonoscopia é um excelente método na avaliação das doenças do cólon, porém nem sempre o diagnóstico está relacionado aos sintomas apresentados. A indicação mais eficaz foi perda de sangue vivo pelo ânus. Indicações para rastreamento e terapêutica endoscópica não foram aqui discutidas.

Unitermos: colonoscopia; coenças do cólon; ciagnóstico endoscópico

INTRODUÇÃO

Retossigmoidoscopia permanece sendo o principal método propedêutico para investigar sintomas intestinais. O exame poderá ser feito na primeira consulta e sem preparo do cólon.

A finalidade básica deste exame é a inspeção anal, o toque retal e a avaliação da mucosa do intestino distal, complementada, se necessário, por biópsias e solicitação de exames laboratoriais, tais como exame parasitológico de fezes e cultura.

A colonoscopia é considerada como a técnica de maior acuidade para o diagnóstico de lesões estruturais do cólon, especialmente neoplasia¹. Classicamente sua principal indicação seria a de complementar achados radiológicos duvidosos. Na hemorragia diges-

tiva baixa, no entanto, seria a primeira opção propedêutica após a retossigmoidoscopia.

Para sua realização necessitamos de cólon sem fezes, portanto preparado, o que implica em agendamento. Em se tratando de hemorragia digestiva baixa de grande porte, o procedimento será feito com o paciente internado, sendo a limpeza do cólon realizada ao mesmo tempo em que se estabiliza hemodinamicamente o enfermo.

Indicações de colonoscopia de acordo com Nakasano².

1: Pacientes portadores de estudo radiológico contrastado onde poderemos nos deparar com duas situações, a saber: a) exame anormal, sendo necessário e conveniente estudo endoscópico com coleta de material para estudo histológico. b) exame normal ou duvidoso em contexto não bem explicado, como por exemplo paciente com alteração de hábito inestinal, anemia ou perda de sangue pelo reto.

Trabalho realizado no Serviço de Proctologia do Hospital dos Servidores do Estado, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

2: Avaliação endoscópica e histológica de extensão de doença inflamatória crônica intestinal em paciente em tratamento, com diagnóstico confirmado e geralmente em acompanhamento clínico por mais de 6 meses.

3: Seguimento com pesquisa de displasia em portadores de retocolite ulcerativa com doença inativa e após decorrer o prazo indicado para entrada nesta rotina.

4: Pesquisa de lesão sincrônica em portador de neoplasia de cólon. Preferencialmente pré-operatória, podendo no entanto ser realizada até 3 meses do pós-operatório. Idem para portador de adenoma distal com mais de 1 cm de diâmetro, diagnosticado durante sigmoidoscopia.

5: Acompanhamento pós-operatório de acordo com rotina estabelecida pelo serviço, em paciente operado de câncer de cólon. Idem pós-polipectomia endoscópica de cólon.

6: Portador de síndrome de Lynch.

7: Na urgência para hemorragia digestiva baixa.

8: Descompressão colônica na síndrome de Ogilvie, que não respondeu a tratamento clínico.

9: Terapêutica endoscópica, a saber: polipectomias, tratamento endoscópico de lesões sangrantes, incluindo ectasia vascular, nas dilatações de estenoses e em estenotomias diatérmicas.

Contraindicações:

1: Portador de doença inflamatória ativa grave como por exemplo megacólon tóxico.

2: Suspeita clínica de peritonite, incluindo diverticulite aguda.

3: Intestino mal preparado. Eventualmente e dependente da experiência do especialista e da quantidade de resíduos fecais, poderá ser tentada a introdução do aparelho ao mesmo tempo em que se instila

soro fisiológico sob pressão através o canal de instrumentação.

4: Paciente não cooperativo.

5: Gestação (relativa).

Preparo do cólon:

Basicamente corresponde a combinação de dieta com pouco resíduo, associada a algum agente que facilite a limpeza intestinal, preferencialmente sem dar cólica.

Como se pode ver acima, nas indicações clássicas do exame predominavam avaliação do cólon que já havia sido estudado por outro método complementar, fato que não ocorre atualmente na maioria dos serviços de gastroenterologia e proctologia de Hospital Geral terciário, onde a indicação da colonoscopia é primária e sempre visando a algum procedimento terapêutico.

De acordo com ASGE guidelines³ e de estudo do uso da colonoscopia na Europa⁴, sua indicação ficaria assim resumida.

1: Sangue oculto positivo nas fezes e/ou anemia ferropriva não explicada.

2: Hematoquezia

3: Dor abdominal baixa não complicada ou troca dos hábitos intestinais recente.

Além dos já descritos acima.

O motivo deste trabalho retrospectivo é avaliar as indicações da colonoscopia na rotina de um serviço de proctologia de Hospital geral, com base nos sintomas, confrontando-os com resultados encontrados e com isso tentar traçar um perfil que justifique sua indicação racionalizada.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados, de forma retrospectiva, 730 pacientes submetidos à colonoscopia total pelo servi-

Tabela 1 - Distribuição por sexo e faixa etária dos que tiveram colonoscopia normal

Pacientes N (%)	Idade (anos) ± Desvio Padrão	p
Homens - 112 (36,7%)	53,18 ± 16,7	> 0,05
Mulheres - 193 (63,2%)	53,12 ± 15,17	

Tabela 2 - Distribuição por sexo e faixa etária dos pacientes com colonoscopia anormal

Pacientes N (%)	Idade (anos) ± Desvio Padrão	p
Homens -176 (41,3%)	60,55 ± 15,7	> 0,05
Mulheres -249 (58,6%)	60,84 ± 15,8	

Tabela 3 - Distribuição dos achados endoscópicos

Doença	N(%)
Doença diverticular não complicada	156 (36 %)
Pólipos de cólon	102 (23,5 %)
Câncer colo-retal	62 (14,3 %)
Retocolite ulcerativa	30 (6,92 %)
Angiodisplasia	20 (4,6 %)
Proctite sem outra particularidade	12 (2,77 %)
Proctite actínica	12 (2,77 %)
Doença de Crohn	10 (2,30 %)
" Lateral spreading tumor "	6 (1,38 %)
Seqüela de diverticulite com estenose	5 (1,15 %)
Tumor viloso de reto	4 (0,9 %)
Síndrome de Ogilvie	3 (0,69 %)
Endometriose reto-colica	3 (0,69 %)
Parasitose intestinal de cólon	2 (0,46 %)
Estenose pós anastomose mecânica	1 (0,9 %)
Fístula reto-vaginal	1 (0,9 %)
AIDS com úlcera no fleo terminal	1 (0,9 %)
Úlcera de cólon em uso de AINH	1 (0,9 %)
Tuberculose em cólon direito	1 (0,9 %)

P > 0,05

ço de proctologia do HSE Ministério da Saúde (Rio de Janeiro) no período de 1996 a 1999.

Para que pudessem ser incluídos no estudo, deveriam ter bem clara a indicação do exame, sendo aproveitados: sintoma principal ou algum dado relevante do exame físico, bem como de exame complementar, além de ter colonoscopia total.

Procuramos confrontar os achados encontrados com o quadro clínico básico.

Estudo estatístico através média e desvio padrão das amostras encontradas, com teste T de student para dados paramétricos e qui quadrado para números

absolutos, sendo considerados estatisticamente significativos $P < 0,01$, limítrofe $P < 0,05$ e não significativo $P > 0,05$.

RESULTADOS

Dos 730 pacientes que se adequaram à nossa proposta de estudo, a Tabela-1 mostra a distribuição por sexo e faixa etária dos que tiveram exame normal. Na Tabela-2 temos a distribuição por sexo e faixa etária dos que tiveram exame anormal. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino, tanto nos normais como nos doentes, sem contudo ter atingido significado estatístico. Qui-quadrado = 1,81 $P > 0,05$.

De 730 pacientes examinados, 305 tiveram exame normal (41,7 %). A Tabela-3 mostra a distribuição dos achados endoscópicos.

Na Tabela-4 vemos os resultados encontrados na colonoscopia, confrontando-os com sintomas e sinais mais importantes que apresentavam. Na Tabela-5 identificamos um sub-grupo de pacientes com dor abdominal em cólica, associada a alteração do trânsito intestinal com constipação recente e parada ou diminuição intermitente de eliminação de gases pelo ânus, junto a distensão abdominal. Todos tiveram diagnósticos positivos na colonoscopia, sendo um deles portador de adenocarcinoma de fleo terminal, observado na ileocolonoscopia.

DISCUSSÃO

Houve predomínio de pacientes do sexo feminino, maior ainda na categoria de exame normal, embora sem auferir significado estatístico, como se pode ver nas Tabelas 1 e 2. A idade correspondia à da faixa média de idade, não havendo também diferença estatística entre os dois grupos.

Tabela 4 - Resultados de sinais e sintomas com colonoscopia

Sinais e sintomas	N	Cólon normal N (%)	P
Sangramento pelo ânus	189	49 (25,9)	S
Diarréia crônica	166	85 (51,2)	NS
Constipação crônica	130	61 (46,9)	NS
Dor abdominal crônica	125	56 (44,8)	NS
Anemia crônica	61	24 (39,3)	NS
Clister opaco não diagnóstico	32	20 (62,5)	NS
Massa abdominal palpável	27	10 (37)	NS
Total	730	305 (41,7)	

O sinal e sintoma mais frequente para a indicação do exame foi o de perda de sangue pelo ânus, N = 189 (25,8 %) e também o único que atingiu significado estatístico $P < 0,01$, estando todas as demais indicações, embora aceitas nas rotinas de todos os serviços especializados, sem valor preditivo quanto a positividade diagnóstica, face ao elevado número de exames normais, como se pode ver na Tabela-4. O valor deste procedimento em tais circunstâncias já havia sido relatado em (5), donde se conclui ser a colonoscopia o método de escolha naqueles pacientes em que a retossigmoidoscopia e o clister opaco não identificaram a causa do sangramento. A indicação de que haja doença no cólon é ainda maior quando o sangue vem misturado às fezes⁶.

O diagnóstico mais frequente foi o de doença diverticular dos cólons N = 156 (36%), comum na faixa etária examinada e não necessariamente importante para o tratamento do sintoma que o paciente possa estar apresentando. Há quem questione a indicação da colonoscopia em portadores de síndrome do cólon irritável, desde que este diagnóstico esteja bem fundamentado em bases clínicas por métodos não invasivos⁷.

A dor abdominal crônica, como indicação de colonoscopia, teve baixo índice de aproveitamento diagnóstico, pois esteve presente em 125 pacientes (17,1 %), sendo que em 56 o exame foi normal (44,8 %). Quando, porém, observamos sub-grupo em que a dor era mais recente e se associava a quadro de sub-oclusão intestinal, a positividade diagnóstica foi de (100 %) como se pode ver na Tabela-5. A colonoscopia teve também alto índice de produtividade diagnóstica quando utilizada para investigação de obstrução intestinal baixa⁸, onde em 23 pacientes foi possível diagnóstico em 21 (91,3 %). Na nossa experiência o diagnóstico final de estenose benigna dependeu da peça cirúrgica, pois o achado histológico de ausência de tumor nestas circunstâncias se mostrou relativo, como podemos observar também em (9). Nenhum de nossos pacientes apresentava mucosa com inflamação aguda ao tempo do exame endoscópico.

Indicações com base em "screening" em função de história familiar para câncer colo-retal, preferencialmente quando a doença eclodiu antes dos 50 anos de idade, síndrome de adenomatose familiar, no rastreamento da displasia em doença inflamatória intestinal e pós-polipectomia fazem parte de diretrizes do serviço e poderão acarretar um número alto de exa-

Tabela 5 - Dor abdominal recente e suboclusão intestinal

Diagnóstico	N
Câncer colo-retal	12
Doença de Crohn	3
Sequela de diverticulite com estenose	5*
Síndrome de Ogilvie	1
Estenose pós anastomose mecânica	1
Total	22

*Nesta categoria o diagnóstico endoscópico foi de estenose, a histologia foi inespecífica, sem tumor e o diagnóstico final dependeu da peça cirúrgica.

mes normais ou terem diagnósticos independentes das queixas apresentadas, sem comprometer o bom desempenho do departamento especializado, fazendo coro com extensa literatura a respeito¹⁰⁻¹⁷.

A colonoscopia é pois um excelente método de diagnóstico e tratamento para as doenças do cólon em pacientes adultos, pois contribuem com alta incidência de diagnósticos, embora nem sempre relacionados aos sintomas apresentados.

A indicação mais eficaz é na pesquisa de perda de sangue pelo reto.

Na dor abdominal temos que levar em consideração sintomas associados, como por exemplo, alteração do trânsito, sobretudo quando acompanhada de sinais de suboclusão.

Devemos na medida do possível individualizar cada caso em função de histórico clínico detalhado e com isso otimizar os resultados, mantendo sempre em foco o problema principal que levou o paciente ao médico e não apenas o resultado de um exame ou procedimento¹⁸. Muitas vezes os sintomas não se relacionam com uma doença em particular, que poderá inclusive ser assintomática.

Existirão também indicações que fazem parte da rotina do serviço, não necessariamente obrigadas a positividade diagnóstica, tais como, "screening" em história familiar de câncer colo-retal, síndrome de adenomatose familiar, no rastreamento de displasia em doença inflamatória crônica intestinal e pós-polipectomia.

Por fim indicações para procedimentos terapêuticos em pacientes já portadores de diagnóstico.

SUMMARY: A Critical Analysis of the Indication of Colonoscopy. Background: The aim of this study was to investigate the indication of colonoscopy in the routine of proctology department of a General Hospital, on the basis of symptoms and some important clinical findings and to compare the latter with the results obtained, in order to determine a pattern that would justify a rational indication of the procedure. **Methods:** A retrospective evaluation was conducted on 730 patients submitted to total colonoscopy at the proctology department of HSE Health Ministry, RJ, from 1996 to 1999. Only cases that satisfied the criteria of the protocol were included in the study. Endoscopic findings were compared to the basis clinical picture. Data were analysed statistically on the basis of the mean and standard deviation of the obtained samples. The Student t-test was used for the study of parametric data and the chi-square test for absolute numbers. $P < 0,01$ was considered significant, $P < 0,05$ borderline and $P > 0,05$ non significant. **Results:** There was a predominance of women over men, with no difference in age between groups: $53,12 \pm 15,17$ versus $53,18 \pm 16,7$. The most frequent diagnosis were: Uncomplicated diverticular disease (N=156, 36%), followed by polyps (N=102, 23,5%) and colorectal cancer (N=62, 14,3%). The exams were normal for 305 patients (41,7%). The only symptom with statistical value for diagnostic positivity, independent of hemorrhoids, was anal bleeding (N=189, 25,9%). In the abdominal pain subgroup, the association with changes in intestinal rhythm and distension resulted in an abnormal colonoscopy in all cases (N=22, 100%). Simple chronic abdominal pain was of low value since it occurred in 125 patients, 56 of whom (44,8) had a normal exam. **Conclusions:** Colonoscopy is an excellent method for the evaluation of colon disease, although the diagnosis is not always related to the symptoms observed. The most effective indication was anal bleeding. The indications for screening and endoscopic treatment were not discussed in the present study.

Key words: colonoscopy; colon disease; endoscopic diagnosis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Williams C. B. Price A B. Colon polyps and carcinoma. In: Sivak Jr M V, ed. **Gastroenterologic Endoscopy**. Philadelphia: W B Saunders Company, 1987: 921-45.
- Nagasako K. Differential diagnosis of colorectal diseases, 1 st ed. New York: Igaku- Shoin Ltd., 1982.
- Minoli G, Meucci G, Bortoli A, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. **Gastrointest Endosc** 2000; 52: 39-44.
- Vader JP, Pache I, Froehlich F, et al. Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting. **Gastrointes Endosc** 2000; 52 : 593-9.
- Knutson CO, Max MH. Value of colonoscopy in patients with rectal blood loss unexplained by rigid proctosigmoidoscopy and barium contrast enema examination. **Am J Surg** 1980; 139: 84- 7.
- Mant A, Bokey EL, Chapuis PH, et al. Rectal bleeding: Do other symptoms aid in diagnosis ? **Dis Colon Rectum** 1989; 32: 191- 6.
- Suleiman S, Sonnenberg A. Cost-effectiveness of endoscopy in irritable bowell syndrome. **Arch Intern Med** 2001; 161:369-75.
- Cassigneul J, Vinel JP, Carballido M, et al. Emergency colonoscopy in lower intestinal occlusion. **Gastroenterol Clin Biol** 1984; 8: 742-5.
- Forde K, Treat M. Colonoscopy in the evaluation of strictures. **Dis Colon Rectum** 1985; 28: 699-1.
- Love RR, Morrissey JF. Colonoscopy in asymptomatic individuals with a family history of colorectal cancer. **Arch Intern Med** 1984; 144: 2209-11.
- Baker JM, Gathright Jr JB, Timmcke AE, et al. Colonoscopic screening of asymptomatic patients with a family history of colon cancer. **Dis Colon Rectum** 1990; 33: 926- 30.
- Carpenter S, Broughton M, Marks CG. A screening clinic for relatives of patients with colorectal cancer in a district general hospital. **Gut** 1995; 36: 90- 2.
- Cripps NPJ, Heald RJ. Family based colorectal cancer screening in a district hospital. **Gut** 1996; 38: 421- 5.
- Aitken JF, Bain CJ, Ward M, et al. Risk of colorectal adenomas in patients with a family history of colorectal cancer: some implications for screening programmes. **Gut** 1996; 39: 105- 8.
- Vasen HFA, Griffioen G, Offerhaus GJA, et al. The value of screening and central registration of families with familial adenomatous polyposis. A study of 82 families in the Netherlands. **Dis Colon Rectum** 1990; 33: 227-30.
- Eaden JA, Mayberry JF. Colorectal cancer complicating ulcerative colitis: a review. **Am J Gastroenterol** 2000; 95: 2711-9.
- Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment and surveillance for patients with colorectal polyps. **Am J Gastroenterol** 2000; 95: 3053- 63.
- Sonnenberg A. Sidetracks in the diagnosis of gastrointestinal disease. **Am J Gastroenterol** 2000; 95: 3039- 43.

Endereço para correspondência:

Edson Jurado da Silva
Rua Rodolfo de Souza 105 - Vila Isabel
20551-270 - Rio de Janeiro (RJ)