

COLONOSCOPIA: CONTRIBUIÇÃO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO CÓLON

MANUEL DA SILVA RESENDE, TSBCP
MAURO GUIMARAENS, FSBCP
EMERSON JOSÉ MACEDO DE OLIVEIRA, FSBCP
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO

RESENDE MS, GUIMARAENS M, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ – Colonoscopia: Contribuição no diagnóstico e tratamento das doenças do cólon. *Rev bras Colo-Proct*, 1987; 7(2): 52-55.

RESUMO: É apresentada a análise de 210 colonoscopias longas, realizadas em 205 pacientes no período de janeiro de 1979 a outubro de 1986, sendo 101 (49,27%) do sexo masculino e 104 (50,73%) do sexo feminino. Foi realizado um estudo comparativo entre os achados radiológicos e colonoscópicos, assim como a sua aplicação nas polipectomias. Em face dos resultados obtidos, considera-se este exame como de grande importância no diagnóstico e tratamento das lesões colo-proctológicas.

UNITERMOS: colonoscopia; doenças do cólon

Durante muitos anos o retossigmoidoscópio rígido representou um instrumento de grande auxílio na identificação das patologias retais e colônicas distais. A evolução do estudo radiológico com a aplicação de técnicas apuradas permitiu o diagnóstico de pequenas lesões em todo o intestino grosso e, por fim, a colonoscopia veio trazer à coloproctologia um grande avanço ao permitir visualizar toda a mucosa do cólon, realizar biópsias e retirar polipos em qualquer parte do mesmo, graças ao aperfeiçoamento de pinças e materiais para ressecção e cauterização, transformando este método diagnóstico em importante meio terapêutico.

Neste trabalho apresentamos nossa experiência com a colonoscopia longa, mostrando sua importância como meio diagnóstico através de uma correlação clínica,

radiológica e endoscópica e como meio terapêutico através das polipectomias realizadas.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram realizadas 210 colonoscopias em 205 pacientes de janeiro de 1979 a outubro de 1986, sendo 101 do sexo masculino e 104 do sexo feminino, com predominância na 4ª e 5ª décadas, sendo o mais jovem de quatro anos e o mais idoso de 77 anos (*Tabela I*).

Tabela 1 – Incidência

Número	Idade	Nº	Sexo
Pacientes 205	0 – 9	1	Masculino 101
	10 – 19	9	
	20 – 29	14	
	30 – 39	33	
Colonoscopias 210	40 – 49	55	Feminino 104
	50 – 59	45	
	60 – 69	29	
	70 – 79	19	

Todos os preparos foram realizados nas residências dos pacientes excetuando um caso, utilizando laxativo (Bisacodil), dieta sem resíduos e lavagens. A sedação foi obtida com uso de meperidina e diazepam em dosagens endovenosas adaptáveis a cada caso. Utilizamos, em praticamente todos os pacientes, o decúbito dorsal e não contamos com auxílio radiológico.

RESULTADOS

Em 21 casos a colonoscopia foi realizada como controle pós-operatório de pacientes operados de CA de cólon; em 19 para avaliação de RCUI; em 44 devido a sintomas e/ou sinais clínicos persistentes com clister

opaco normal ou com alterações que necessitavam de melhor esclarecimento; em 85 por dúvida radiológica; em 11 por enterorragia; em 24 para polipectomias e em um caso devido a fístula estercoral de natureza desconhecida.

Nos 21 casos de controle pós-operatório, quatro não fizeram clister opaco de controle, 16 tinham este exame normal e um apresentava estenose devido a proctite actínica. Nos que apresentaram o exame normal ou que não fizeram, 15 não apresentaram alterações na colonoscopia, em um o exame foi incompleto e quatro apresentaram polipos.

Nos 19 pacientes com RCUI, três tinham o clister opaco normal e 16 com alterações sugestivas da doença, sendo que, endoscopicamente, todos apresentavam lesões.

Nos 44 casos por sintomas e sinais persistentes o clister opaco era normal em 34 e dois o não fizeram, em sete havia D.D. (doença diverticular) e em um megacólon. Nos pacientes com D.D., em dois, além desta patologia, a colonoscopia achou polipos associados e no que apresentava megacólon havia um quadro endoscópico de RCUI. Nos demais com estudo radiológico normal ou não realizado, encontramos seis com RCUI, dois com CA, nove com polipos, um incompleto e 18 normais.

Nos 85 casos de dúvida radiológica 42 foram agrupados como estenose sendo que destes, dois devido a lesão no fêo e os demais no cólon. Nestes, a colonoscopia foi normal em 11 e nos 29 casos restantes as lesões eram devidas a D.D. em sete, a RCUI em quatro, a CCI (colite crônica inespecífica) em três, a CA + D.D. em quatro, a CA em oito, a granuloma por fios de sutura em dois, e a tuberculose intestinal em um. As duas lesões do fêo não foram esclarecidas (incompletas).

Em 43 casos a falha de enchimento ou alterações no contorno da parede foram os achados, sendo que à colonoscopia 27 eram normais e nos 16 casos restantes um era devido a hipertrofia de válvula ileocecal, três por CA, dois por polipo, quatro por pseudopolipos, um por lipoma, dois por CCI e três não esclarecidos (incompletos).

Nos 11 casos de enterorragia em que o clister opaco evidenciou D.D. em cinco, polipo em um, normal em quatro e em um não foi realizado, a colonoscopia acrescentou aos achados radiológicos um RCI, uma proctite actínica, uma colite isquêmica e um caso de suspeita de ectasia vascular.

Um total de 29 polipos foram tratados em 24 pacientes sendo que em cinco foram encontrados dois polipos e em 19 apenas um polipo. Destes 29 polipos, oito foram fulgurados pois eram sésseis com 0,3 a 0,5 cm de diâmetro e 20 eram pediculados e foram ressecados com tamanho de 0,5 cm (3), 1 cm (9), 1,5 cm (2), 2,5 cm (1), 3 cm (1), 4 cm (1) e 4,5 cm (1) e um sésil de 1 cm. Este último fazia parte de um quadro de polipose adenomatosa sendo retirado para biópsia. Os demais 28 estavam assim distribuídos: cinco no reto, 14 no sigmóide, cinco no descendente e quatro no transverso. Em cinco pacientes foram encontrados dois polipos sincrônicos sendo que em três eram no sigmóide. O nosso pequeno número de polipos retais explica-se porque a maioria continua sendo retirado através do retossigmoidoscópio rígido, não sendo computado neste trabalho.

A colonoscopia realizada em paciente com fístula estercoral de reto e sigmóide sem história de traumatismo e com manifestações articulares no MIE, tinha por objetivo afastar uma patologia primária do cólon cuja mucosa era normal em toda sua extensão. Embora ainda não se tenha chegado a uma conclusão parece que a mesma foi secundária a uma osteomielite tuberculosa.

DISCUSSÃO

A colonoscopia veio permitir a remoção dos polipos do cólon, evitando, desta maneira, a laparotomia para as lesões acima de 1 cm e fora do alcance do retossigmoidoscópio rígido. Esta polipectomia cirúrgica apresentava um índice de mortalidade de 1 a 6%^{4, 14} e de morbidade de 1 a 2% atingindo até 35%^{4, 10, 14}.

A hemorragia pós-polipectomia transcolonoscópica tem apresentado índice de complicação variando de 1 a 4%^{10, 11, 16}. Em nossas 29 polipectomias tivemos um caso que necessitou de outra colonoscopia e eletrocoagulação do coto do pedículo com cessação do sangramento. A perfuração pode ocorrer entre 0,34 a 2,14%⁵. Até o presente momento não tivemos nenhum caso.

Estamos ainda adquirindo experiência com esta cirurgia endoscópica procurando seguir as recomendações devidas, tais como, bom preparo do cólon, manuseio adequado e delicado dos aparelhos e técnica correta. Devemos destacar a importância não só de experiência como de paciência já que alguns autores, no início de suas ressecções chegaram a ter 31,6% de insucesso⁹. Há necessidade do colonoscopista estar preparado para o diagnóstico das complicações e de seu tratamento. Todas as polipectomias foram realizadas em ambulatório, na sala de colonoscopia, permanecendo o paciente algum tempo em observação de acordo com as maiores ou menores dificuldades encontradas durante a realização da ressecção. Os polipos sésseis até 0,5 cm foram fulgurados (4) e os demais com pedículos de tamanhos variados foram excisados assim como um sésil para biópsia. Os polipos ressecados eram adenomatosos e apenas dois tinham atipias focais.

Devemos assinalar o alto índice de polipos encontrados na colonoscopia e que não foram evidenciados pelo clister opaco^{2, 8, 17}, principalmente se não é utilizada a técnica de duplo contraste¹⁵. Se observarmos a *Tabela 2*, notaremos que nos 21 pacientes que fizeram o clister opaco, em nove este exame foi normal, o que dá um índice de falha diagnóstica de 43% mostrando a importância da colonoscopia para o diagnóstico destas lesões, principalmente se tiverem um diâmetro menor que 1 cm e o clister opaco não for feito pelo duplo contraste¹⁵. Também na *Tabela 2* em sete pacientes com sintomas e sinais persistentes e com D.D., em dois encontraram-se polipos adicionais. Por outro lado, tivemos 43 exames radiológicos sugestivos de polipos ou até tumor maligno e a colonoscopia foi normal em 27 dando índice de 62% de diagnóstico falso-positivo que, juntamente com os anteriores, acentuam a provável má qualidade do exame radiológico.

Um aspecto que devemos destacar é o que obtivemos nos pacientes com sintomas e sinais persistentes, em sua maioria com clister opaco normal, nos quais a colonosco-

Tabels 2 - Correlação clínica, radiológica e endoscópica

Indicações		Radiologia		Endoscopia	
1 - Pós-operatório	21	N/fez	4	Normal	15
		Normal	16	Incompleta	1
		Estenose		Polipos	4
				Proctite	1
2 - Controle/RCUI	19	Normal	3	RCUI	19
		RCUI	16		
3 - Sintomas/Sinais persistentes	44	Normal	34	D.D.	5
		N/fez	2	D.D. + Polipos	2
		D.D.	7	Mega + RCUI	1
				RCUI	6
				C.A.	2
				Polipos	9
				Megacólon	1
			Incompleta	1	
			Normal	18	
4 - Dúvidas rad.	85			Normal	11
				D.D.	7
				RCUI	4
				CCI	3
				C.A. + D.D.	4
				C.A.	8
				Granuloma	2
				Tuberculosa	1
				Incompleta	2
				Hip. válv. ileocecal	1
				C.A.	3
				Polipos	2
		Falha ench.	43	Pseudopolipos	4
				Lipoma	1
				CCI	2
				Incompleta	3
5 - Enterorragia	11	D.D.	5	RCI	1
		Polipo	1	Proctite	1
		Normal	4	Colite isq.	1
		N/fez:	1	Ectasia vasc.	1
				Idem/RX	7
6 - Polipectomias	29	Normal	9		
		Polipo	12	Polipo	24
		N/fez	3		
7 - Fist. estercoral	1	Apenas/trajeto fistuloso	1	Apenas orifício fistuloso	1

pia adicionou dois casos de CA, nove polipos e seis RCUI. Se correlacionarmos estes dados em função dos seis casos de RCUI vamos verificar que em 17% esta doença não apresentou manifestação radiológica. Achado semelhante é referido por Williams¹⁵ em 21% dos casos. Há portanto necessidade de realizar uma colonoscopia complementar a um clister opaco que, embora permitindo um registro permanente e disponível da doença para revisão e comparação futura, é passível de não diagnosticá-la em percentual significativo. A importância deste exame ainda é ampliada ao permitir determinar, com segurança, a extensão da doença no cólon, assim como possibilitar uma diferenciação diagnóstica com outras lesões inflamatórias¹³

O controle colonoscópico em pacientes com RCUI acima de 8 a 10 anos de duração para pesquisa de alterações displásicas em biópsias a cada 10 cm do cólon identificadas histologicamente⁷ foi frustrante pois não contamos com um suporte anatomopatológico voltado para este ponto. Assim, a maior parte destes casos foi agrupada em dúvidas radiológicas em que áreas de estenose estavam presentes. Sabemos que nas doenças inflamatórias elas podem ocorrer como resultado de fibrose, hipertrofia muscular e espasmo, assim como devido a câncer. A colonoscopia é o melhor método para investigação deste achado⁶, permitindo inspeção direta da área e obtenção de biópsias. Muitas destas estenoses mostradas no clister opaco podem ser vencidas durante

uma colonoscopia pela insuflação, quando causadas por hipertrofia muscular ou espasmos. Estenose fibrótica aparece fina, curta e semelhante a membrana, enquanto estenose inflamatória é demonstrável pela presença de úlceras, friabilidade e hiperemia da mucosa. Uma estenose carcinomatosa destaca-se pela rigidez, bordos elevados com transição brusca, e muitas vezes impossível de ser transposta pelo colonoscópio¹².

Nos 42 casos de estenose demonstradas pelo clister opaco duas não foram esclarecidas porque estavam no ileo terminal e tecnicamente não conseguimos penetrá-lo. Todas as demais foram completas sendo que em 11 casos nenhuma alteração foi encontrada o que nos dá um erro diagnóstico pelo clister de 26%. As doenças inflamatórias (RCUI, CCI, tuberculose) estavam presentes em oito casos, a D.D. em 11 casos, sendo que em quatro estavam associadas com CA, o carcinoma isolado em oito casos e o granuloma por fio de sutura em dois.

A D.D. contribuiu bastante para a estenose devido hipertrofia muscular e espasmo não mais observáveis à endoscopia pela insuflação. Foi muito importante realizar a colonoscopia nestes pacientes pois em quatro havia associação com carcinoma e, como já vimos anteriormente, em sete, com sintomas e sinais persistentes, foram encontrados polipos adicionais em dois.

Nos sangramentos retais agudos e abundantes não realizamos a colonoscopia na crise pois julgamos tecnicamente difícil e arriscado. Autores¹ recomendam primeiramente a cintilografia e depois a arteriografia que em nenhum dos casos pôde ser realizada. Como sabemos a grande maioria destes sangramentos costuma parar e, principalmente em velhos acima de 60 anos são devidos, geralmente, a D.D. com/ou ectasia vascular. Assim, após cessar a hemorragia foram submetidos a estudo radiológico e colonoscópico. Não houve grande diferença entre estas duas abordagens diagnósticas.

A colonoscopia acrescentou o diagnóstico de colite inespecífica em um caso, proctossigmoidite actínica em um caso e colite isquêmica em outro. Houve suspeita de ectasia vascular em um caso que não pôde ser confirmado pela arteriografia perdendo-se o controle do paciente.

Nos 205 pacientes com dúvidas clínicas e radiológicas não conseguimos esclarecê-las em sete, dando um índice de falha de 3,4%.

RESENDE MS, GUIMARAENS M, OLIVEIRA EJM, ARAÚJO JJ - Colonoscopy: contribution to the diagnosis and treatment of colonic diseases.

SUMMARY: An analysis of 210 fiberoptic colonoscopies, carried out in 205 patients of both sexes (101 males and 104 females) from January 1979 to October 1986, is presented. A comparative study between radiologic and colonoscopic findings is related together with its application in polypectomies. The results point out to the great efficiency of the fiberoptic examination for the diagnosis and treatment of colon-proctologic lesions.

KEY - WORDS: colonoscopy; colonic diseases

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boley SJ, Brandt LJ. Vascular ectasias of the colon-digestive diseases and sciences, 1986; 31(9): 26S.
2. Christie JP. Fiberoptic colonoscopy: Diagnostic value in 250 patients. So Med J 1976; 69: 540.
3. Deddish MR, Hertz RE. Colotomy and colonoscopy in the management of mucosae polyps and cancer of the colon. Am J Surg 1955; 90: 846.
4. Gama AH, Rodrigues JJG, Jatobá P, Verani E, Alves PA, Goffi F, Raia A. Técnica de polipectomia transcolonoscópica. Rev Ass Med Brasil, 1977; 23(10): 336.
5. Ghazi A, Grossman M. Complication of colonoscopy and polypectomy. Surg Clin North Am, 1982; 62(5): 889-896.
6. Hunt RH, Teague RH, Swarbrick ET et al. Colonoscopy in the management of colonic strictures. Br Med J, 1975; 2: 360.
7. Lennard-Jones JE, Morson BC, Ritchie JK et al. Cancer in colitis - assessment of the individual risk by clinical and histological criteria. Gastroenterology, 1977; 73: 1.280.
8. Shinya H. Colonoscopy: diagnosis and treatment of colonic disease. New York, Igaku Shoin, 1982.
9. Spencer RJ, Coates HL, Anderson Jr. MJ. Colonoscopic polypectomies. Mayo Clin Proc, 1974; 49: 1.
10. Swinton NW, Weatkley FL. Complications of colonoscopy. Dis Colon Rectum, 1963; 6: 50.
11. Waye JD. Colonoscopy: a clinical view. Mount Sinai J Med, 1975; 42: 1.
12. Waye JD. Colitis, cancer and colonoscopy. Med Clin North Am, 1978; 62: 211.
13. Waye JD, Hunt RH. Colonoscopic diagnosis of inflammatory bowel disease. Surg Clin North Am, 1982; 62(5): 905.
14. Welch CE. Polypoid lesions of the colon. Dis Colon Rectum, 1964; 7: 543.
15. Williams C. Symposium: evaluation of the colonoscopic examination: results of three studies. Dis Col & Rectum, 1975; 18: 366.
16. Wolff WI, Shinya H. Polypectomy via the fiberoptic colonoscope. New Engl J Med, 1973; 288: 329.
17. Wolff WI, Shinya H. Modern endoscopy of the alimentary tract. Curr Probl Surg, 1974; 1-62, January.

Endereço para correspondência:

Manuel da Silva Resende
SQS 106 Bloco "J" - ap. 103
70345 - Brasília - DF