

Indicações de colonoscopia *versus* achado de pólipos e neoplasias colorretais

Indications of colonoscopy *versus* polyps and colorectal neoplasms finding

RODRIGO ROCHA BATISTA¹, RAFAEL FERREIRA CORREIA LIMA¹,
MARCUS FÁBIO MAGALHÃES FONSECA², LILIAN RAMOS TODINOV², GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA³

¹ Médico Residente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, Filiado da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

² Médico Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

³ Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

BATISTA RR, LIMA RFC, FONSECA MFM, TODINOV LR, FORMIGA GJS. Indicações de colonoscopia *versus* achado de pólipos e neoplasias colorretais. *Rev bras Coloproct*, 2011;31(1): 64-70.

RESUMO: **Objetivo:** Analisar as indicações de colonoscopia e o achado de pólipos e neoplasias colorretais. **Métodos:** Estudo retrospectivo de laudos de colonoscopias realizadas entre janeiro de 2009 e março de 2010. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, indicação do exame e achado de pólipo ou tumor. Realizou-se análise estatística com o teste do qui-quadrado, considerado significativo quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram revisados 493 laudos de colonoscopias de pacientes entre 18 e 94 anos, com média de idade de 56,7 anos, sendo 54% do sexo feminino. Os exames tiveram uma ou mais alterações em 47,3%, sendo 17,4%, com tumor, e 14,8%, com pólipos. As colonoscopias incompletas totalizaram 24,3%, devido ao tumor obstrutivo, à dobra fixa, ao mau preparo, à estenose e agitação psicomotora. As indicações estatisticamente significantes para maior achado de tumor colorretal foram: sangramento digestivo, anemia crônica, síndrome consuptiva, tumor abdominal palpável, polipose e elevação do antígeno cárcino-embriogênico (CEA) no pós-operatório. Não houve significância entre presença de pólipos e sexo masculino ou avanço da idade, nem entre o achado de pólipos e risco de tumor associado. **Conclusão:** Pacientes com sangramento digestivo, anemia crônica, síndrome consuptiva, tumor abdominal palpável, polipose e elevação de CEA no pós-operatório de câncer colorretal devem ser priorizados para o estudo colonoscópico.

Palavras-chave: indicações; colonoscopia; diagnóstico; pólipo; neoplasia.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia mais frequente, responsável por um milhão de casos e 600.000 mortes a cada ano¹.

A colonoscopia é um método adequado na investigação das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, sendo considerada diagnóstica e terapêutica²⁻⁴. Permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupos de risco, investiga os sinais e sintomas (dor abdominal, sangramento digestivo, alteração do hábito intestinal, diarreia crônica,

anemia, massas abdominais), visualiza a mucosa do íleo terminal, cólons, reto e faz a análise macroscópica das lesões encontradas. Permite também realizar procedimentos como biópsia, polipectomia, hemostasia, mucosectomia, dilatação de estenose, colocação de prótese, descompressão colônica em dilatação aguda e tatuagem de lesões para futura revisão endoscópica ou cirurgia²⁻⁴. Além disso, permite reduzir a incidência do CCR por meio de polipectomias⁵.

No entanto, trata-se de um exame invasivo e que necessita de sedação, cuja indicação deve ser baseada em sinais, sintomas e fatores de risco individual ou familiar^{6,7}.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis – São Paulo (SP), Brasil.

Recebido em: 06/12/2010

Aprovado em: 14/04/2011

OBJETIVO

Analisar as indicações de colonoscopia e o achado de pólipos e neoplasias colorretais.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com revisão de 493 laudos de colonoscopias realizadas em pacientes ambulatoriais e internados no Hospital Heliópolis, em São Paulo, entre janeiro de 2009 e março de 2010. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, indicação do exame e achado de pólipos ou tumor.

Os exames foram realizados com videocolonoscópio ou fibrocolonoscópio Olympus®, uso de sedação consciente com midazolam e opióide (petidina ou fentanil) intravenoso e preparo do cólon anterógrado constituído de dieta sem resíduos, bisacodil e manitol 10%. Os pacientes portadores de ostomias (ileostomia ou colostomia, derivativa ou terminal) tiveram preparo complementado com enteroclima de clister glicerinado 12%.

O exame colonoscópico foi considerado completo quando atingiu o ceco ou íleo terminal. Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos e aqueles submetidos à cirurgia colorretal em outro serviço.

As indicações de colonoscopias foram obtidas com base em informação contida nos laudos de solicitação do exame. Cada laudo de exame contém apenas uma indicação de colonoscopia, em geral, a mais relevante no momento em que foi solicitada.

Optou-se por agrupar, como “sangramento digestivo”, as seguintes indicações de colonoscopias: sangue oculto positivo, enterorragia, hemorragia digestiva alta e baixa e sangramento retal. E por agrupar, como “doença inflamatória intestinal (DII)”, as indicações

doença de Crohn (DC), retocolite ulcerativa (RCU), retite inespecífica e pós-operatório de DC ou RCU. A indicação “seguimento oncológico” corresponde aos pacientes em pós-operatório de cirurgia por CCR que fizeram o exame de rotina, enquanto a indicação “elevação do antígeno cárcino-embriogênico (CEA)” diz respeito aos pacientes em pós-operatório de cirurgia por CCR que apresentaram suspeita de recidiva da doença. Quanto às demais indicações de colonoscopia, aquelas que individualmente corresponderam a menos de 0,5% do total da amostra foram agrupadas como “outras indicações”.

A análise estatística foi feita com o teste do qui-quadrado de Pearson, considerado significativo quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 493 laudos de colonoscopias incluídos no estudo, 54% eram de pacientes do sexo feminino e 46% do masculino, com idade entre 18 e 94 anos e média de idade de 56,72 anos (Figura 1).

As indicações de colonoscopia nesta amostra foram: seguimento oncológico (15,4%), sangramento digestivo (15%), pesquisa de tumor sincrônico (12,6%), DII (11,4%), rastreamento de CCR (6,3%), diarreia crônica (4,1%), constipação crônica (4,1%), nódulo(s) hepático, pulmonar e cervical (3,9%), dor abdominal (3,9%), controle pós-polipectomia (3,2%), síndrome consuptiva (3%), alteração do hábito intestinal (2,8%), doenças orificiais (2,8%), massa abdominal palpável (2%), pólipos ao exame proctológico (1,6%), anemia crônica (1,4%), polipose (1,2%), história familiar de polipose (0,8%) e elevação de CEA no pós-operatório de CCR (0,6%). Outras indicações somaram 3,9% do total (Tabela 1).

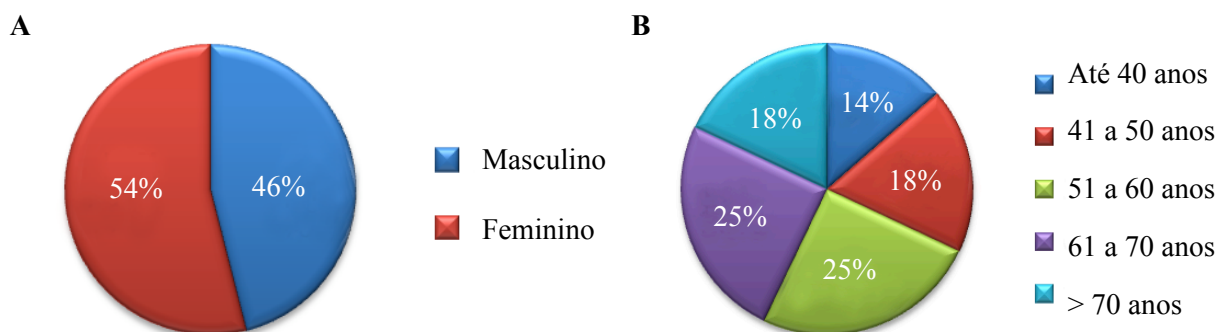


Figura 1. A: distribuição da amostra por sexo; B: distribuição da amostra por faixa etária.

Os exames foram normais em 52,7% dos pacientes, enquanto 47,3% tiveram uma ou mais alterações. Os achados significativos em relação ao total de exames foram: tumoração colorretal (17,4%), diverticulose (15,6%), pólipos (14,8%), úlceras (3,9%) e angiodisplasia (0,4%) (Figura 2). Com relação à localização dos pólipos e tumores encontrados, 77,91% dos tumores e 67,18% dos pólipos estavam no reto e cólon esquerdo (Figura 3).

O exame colonoscópico foi completo em 75,7%, enquanto 24,3% dos exames não progrediram até ceco ou íleo terminal. A distribuição, conforme topografia alcançada, foi: íleo terminal (18,1%), ceco (57,6%), ascendente (2,2%), ângulo hepático (4,7%), transversa (2,6%),

ângulo esplênico (3%), descendente (2,4%), sigmoide (4,1%), transição reto-sigmoide (2,1%) e reto (3,2%). As causas da não-progressão do exame foram: tumor obstrutivo (29,2%), dobra fixa (26,7%), mau preparo (17,5%), estenose (inflamatória, diverticular, actínica, anastomótica – 9,2%), agitação psicomotora (5,8%), dor (4,2%), compressão extrínseca (3,3%), dolico-sigmoide (2,5%), intussuscepção (0,8%) e aderência cirúrgica (0,8%).

O anatomopatológico da biópsia dos tumores mostrou adenocarcinoma em 94,2% dos casos; linfoma não-Hodgkin, em 2,3%; processo inflamatório crônico granulomatoso, em 1,2%; e colite crônica inespecífica, em 2,3% (Figura 4). Quanto à forma dos

Tabela 1. Distribuição das indicações de colonoscopia em percentagem do total de exames.

Indicação	%	Indicação	%
Seguimento oncológico	15,4	Síndrome consuptiva	3
Sangramento digestivo	15	Alteração do hábito intestinal	2,8
Pesquisa de tumor sincrônico	12,6	Doença orificial	2,8
DII	11,4	Massa abdominal	2
Rastreamento de CCR	6,3	Pólipo ao exame proctológico	1,6
Diarreia crônica	4,1	Anemia crônica	1,4
Constipação crônica	4,1	Polipose	1,2
Nódulo(s) (hep, pulm, cerv)	3,9	História familiar de polipose	0,8
Dor abdominal	3,9	Elevação de CEA	0,6
Controle pós-polipectomia	3,2	Outras indicações	3,9

A



B

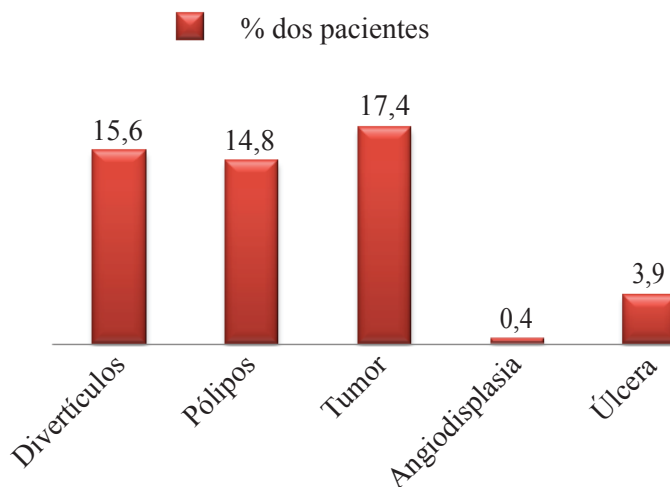


Figura 2. A: distribuição das colonoscopias normais e alteradas; B: achados significativos em percentagem do total de exames.

Distribuição dos pólipos e tumores

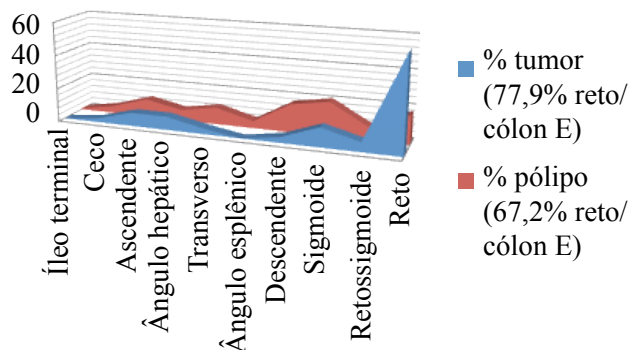


Figura 3. Distribuição dos tumores (em azul) e pólipos (em vermelho), desde íleo terminal até o reto. Destaca-se a predominância dos pólipos e tumores no reto, sigmoide e descendente.

Anátomopatológico dos pólipos (biópsia ou polipectomia)

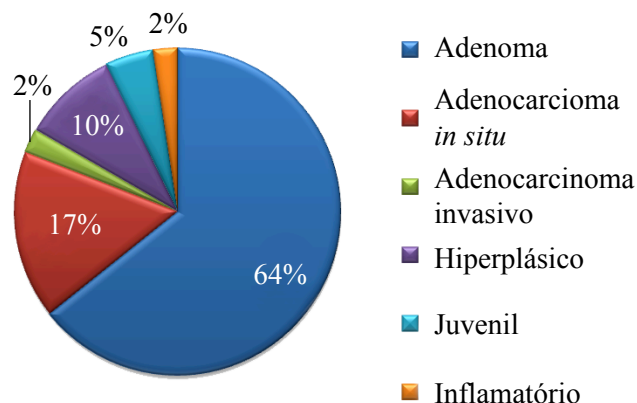


Figura 5. Resultado anátomopatológico dos pólipos (biópsia ou polipectomia) em percentagem do total de exames.

Anatomopatológico dos tumores (biópsia)

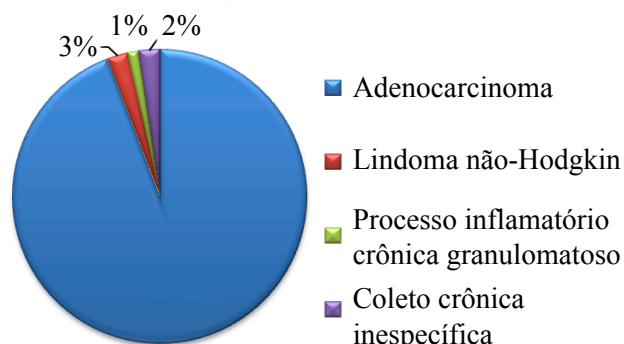


Figura 4. Resultado anatomopatológico dos tumores (biópsia) em percentagem do total de exames.

pólipos, 58% eram sésseis, 27% pediculados e 15% subpediculados. O anatomopatológico dos pólipos foi: adenoma (64%), adenocarcinoma *in situ* (17%), hiperplásico (10%), juvenil (5%), adenocarcinoma invasivo (2%) e inflamatório (2%) (Figura 5).

As indicações com achado de tumoração colorretal foram: elevação de CEA no pós-operatório de CCR (66,7%), polipose (33,3%), massa abdominal palpável (30%), anemia crônica (28,6%), sangramento digestivo (13,5%), síndrome consuptiva (13,3%), dor abdominal (5,3%), pesquisa de tumor sincrônico (3,2%) e seguimento oncológico (2,6%). Os exames realizados para as demais indicações não encontraram lesões sugestivas de neoplasia colorretal (Tabela 2). Quando as

Tabela 2. Percentagem dos exames positivos para o achado de tumor colorretal, de acordo com cada indicação.

Indicação versus tumor	%	Indicação versus tumor	%
Elevação de CEA	66,7	Diarreia crônica	0
Polipose	33,3	Constipação crônica	0
Massa abdominal	30	Alteração do hábito intestinal	0
Anemia crônica	28,6	Rastreamento	0
Sangramento digestivo	13,5	Pólipo ao exame proctológico	0
Síndrome consuptiva	13,3	DII	0
Dor abdominal	5,3	História familiar de polipose	0
Pesquisa de tumor sincrônico	3,2	Doença orificial	0
Seguimento oncológico	2,6	Nódulo(s) (hep, pulm, cerv)	0
Controle pós-polipectomia	0	Outras indicações	0

indicações com achado superior a 10% de tumor foram comparadas com as demais, foi encontrada diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Quando tentou-se relacionar presença ou não de pólipos com sexo e idade, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos (Tabela 4). A média de idade entre os pacientes portadores de pólipos era de 60 anos, enquanto os pacientes sem pólipos tinham média de 56 anos ($p>0,05$). Além disso, não houve significância entre o achado de pólipos e o risco de tumor associado (Tabela 5), nem entre a frequência de pólipos e tumores encontrados nos exames de seguimento oncológico e demais indicações (Tabelas 6 e 7).

Tabela 3. Comparação entre o grupo de indicações com mais de 10% de tumor versus grupo de indicações com menos de 10% de tumor, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Foram excluídos da análise os pacientes sabidamente portadores de neoplasia colorretal com indicação de pesquisa de lesão sincrônica.

Indicação	Tumor		Total
	Sim	Não	
Indicação com >10% tumor	21	94	115
<10% tumor	3	313	316
Total	24	407	431

Tabela 4. Comparação entre sexo versus presença ou não de pólipos, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,104$).

Sexo	Pólipos		Total
	Sim	Não	
Masculino	40	187	227
Feminino	33	233	266
Total	73	420	493

Tabela 5. Comparação entre o grupo de indicações com mais de 10% de pólipos versus grupo de indicações com menos de 10% de pólipos em relação ao achado de tumor colorretal, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,685$). Foram excluídos da análise os pacientes sabidamente portadores de neoplasia colorretal com indicação de pesquisa de lesão sincrônica.

Indicação	Tumor		Total
	Sim	Não	
Indicação com >10% pólipo	17	272	289
<10% pólipo	7	135	142
Total	24	407	431

Tabela 6. Comparação entre os exames de seguimento oncológico versus demais indicações em relação ao achado de tumor colorretal, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,218$). Foram excluídos da análise os pacientes sabidamente portadores de neoplasia colorretal com indicação de pesquisa de lesão sincrônica.

Seguimento	Tumor		Total	
	Sim	Não		
Seguimento oncológico	Não	22	333	355
	Sim	2	74	76
Total		24	407	431

Tabela 7. Comparação entre os exames de seguimento oncológico versus demais indicações em relação ao achado de pólipos, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,315$). Foram excluídos da análise os pacientes sabidamente portadores de polipose colônica e pólipo ao exame proctológico.

Seguimento	Pólipo		Total	
	Sim	Não		
Seguimento oncológico	Não	47	356	403
	Sim	12	64	76
Total		59	420	479

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes que realizaram colonoscopia no estudo é mulher (54% do total), dado semelhante ao encontrado na literatura⁸. Além disso, destaca-se o achado de 47,3% de exames alterados, provavelmente devido às características do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis (terciário e com pacientes com queixas de longa duração).

As principais indicações de colonoscopia na presente amostra foram seguimento oncológico, sangramento digestivo, pesquisa de lesão sincrônica e doença inflamatória intestinal, as quais são achados distintos em relação à literatura, que destaca como principais indicações o sangramento digestivo, a anemia crônica e a alteração do hábito intestinal⁸. Outras indicações comuns de colonoscopia que a literatura destaca são: diarreia crônica, doença inflamatória intestinal, pesquisa de tumor sincrônico, seguimento oncológico e de pólipos⁹. Esta diferença provavelmente ocorreu devido ao perfil dos pacientes admitidos no serviço mencionado.

A taxa de chegada ao ceco ou íleo terminal neste estudo foi de 75,7%, o que é semelhante a um grande estudo no Reino Unido (77,1%), que também analisou todas as indicações e perfis de pacientes⁴. Outros estudos que excluíram fatores de complicação (mau preparo, lesões obstrutivas) conseguiram, desse modo, um índice de exame completo de até 98%¹⁰. Os fatores de maior dificuldade na realização da colonoscopia são: biótipo longilíneo, mulheres (pelve larga e maior comprimento dos cólons), idosos (maior risco de depressão respiratória), lesões obstrutivas, estenoses, aderências pós-operatórias, moléstia diverticular, mau preparo e comorbidades^{4,10,11}.

O índice diagnóstico de uma indicação de colonoscopia é a relação entre os achados significativos e o número de colonoscopias solicitadas para cada indicação. Siddique et al. mostraram que as colonoscopias com indicação apropriada possuem índice diagnóstico de 40 a 45%, enquanto as com indicação inapropriada apresentam índice diagnóstico de apenas 15 a 20%¹². Assim, sintomas abdominais vagos sem indícios de sangramento, incontinência e constipação crônica são indicações com baixo índice diagnóstico^{6,7}.

Os fatores preditores para o achado de pólipos e neoplasias colorretais são diferentes. O adenoma está asso-

ciado com o avanço da idade e sexo masculino, enquanto que o CCR está relacionado à indicação do exame⁶. Alguns estudos mostraram 14,5% de achado de neoplasia colorretal em pacientes com colonoscopias solicitadas devido ao sangramento digestivo, 2,2% na pesquisa de tumor sincrônico, 0,5% no controle pós-polipectomia e 0,7% nos exames de rastreamento^{6,13}. Estes dados são semelhantes aos encontrados na presente amostra, exceto em relação aos pólipos, que não apresentaram correlação significativa com sexo e avanço da idade, provavelmente devido ao número de exames analisados.

CONCLUSÃO

Pacientes com sangramento digestivo, anemia crônica, síndrome consuptiva, tumor abdominal palpável, polipose e elevação de CEA no pós-operatório de CCR devem ser priorizados para o estudo colonoscópico, visto que estas indicações estão associadas ao maior achado de neoplasias colorretais.

A média de idade dos pacientes com pólipos foi pouco superior aos pacientes sem pólipos, porém sem significância estatística. Também não houve diferença significativa entre o gênero e o achado de pólipos na presente amostra.

ABSTRACT: Objective: To analyze colonoscopy indications and the finding of polyps and colorectal neoplasms. **Methods:** A retrospective study of colonoscopies reports that were performed between January, 2009 and March, 2010. The analyzed variables included: age, gender, indication for examination, and found of polyp or tumor. The statistical analysis was accomplished with the chi-square test, with significance at $p < 0.05$. **Results:** Four hundred and ninety-three colonoscopy reports of patients between 18 and 94 years, mean age 56.7 years old, and 54% female, were reviewed. The examinations had one or more changes in 47.3%, 17.4% with tumor and 14.8% with polyps. The incomplete colonoscopies corresponded to 24.3%, due to tumor obstruction, fixed kink, poor preparation, stenosis, and agitation. The statistically significant indications for increased finding of colorectal tumor were gastrointestinal bleeding, anemia, chronic wasting syndrome, palpable abdominal tumor, polyposis, and elevation of CEA in the postoperative. There were no significant differences between polyps and males or advancing age, neither between the finding of polyps and risk of associated tumor. **Conclusion:** Patients with gastrointestinal bleeding, anemia, chronic wasting syndrome, palpable abdominal tumor, polyposis, and increased postoperative CEA of colorectal cancer should be prioritized for the colonoscopy study.

Keywords: indications; colonoscopy; diagnosis; polyp; neoplasm.

REFERÊNCIAS

1. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, Wooldrage K, Hart AR, Northover JMA, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicenter randomized controlled trial. *Lancet* 2010;375:1624-33.
2. 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;19:168-71.
3. Formiga FB, Rocha KG, Magri KD, Carvalho MP, Credidio AV, Cruz SHA, et al. Colonoscopia: morbidade negligenciada. *Rev Bras Coloproct* 2009;29:345-50.
4. Nahas SC, Marques CFS, Araújo SA, Aisaka AA, Nahas CSR, Pinto RA, et al. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do intestino grosso: análise de 2567 exames. *Arq Gastroenterol* 2005;42:77-82.
5. Jatobá MP, Candelária PAP, Klug WA, Fang CB, Capelhuchnik

- P. Pesquisa de sangue oculto nas fezes e achado colonoscópico em 60 pacientes. Rev Bras Coloproct 2008;28:425-30.
6. Rex DK. Colonoscopy: a review of its yield for cancers and adenomas by indication. Am J Gastroenterol 1995;90:353-65.
 7. Berkowitz I, Kaplan M. Indications for colonoscopy. S Afr Med J 1993;83:245-8.
 8. Santos CHM, Cury MS, Saad FT. Principais achados de colonoscopias realizadas em caráter de urgência e eletivas. Rev Bras Coloproct 2009;29:83-7.
 9. Manzione CR, Nadal SR, Manzione TS, Ito FR. Indicações e achados das colonoscopias nos doentes HIV-positivo. Comparação com soronegativos. Rev Bras Coloproct 2007;27:26-30.
 10. Anderson JC, Gonzalez JD, Messina CR, Pollack BJ. Factors that predict incomplete colonoscopy: thinner is not always better. Am J Gastroenterol 2000;95:2784-7.
 11. Dafnis G, Granath F, Pahlman L, Ekbom A, Blomqvist P. Patient factors influencing the completion rate in colonoscopy. Digest Liver Dis 2005;37:113-8.
 12. Siddique I, Mohan K, Hasan F, Memon A, Patty I, Al-Nakib B. Appropriateness of indication and diagnostic yield of colonoscopy: first report based on the 2000 guidelines of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. World J Gastroenterol 2005;11:7007-13.
 13. Bond JH. Rectal bleeding: is it always an indication for colonoscopy? Am J Gastroenterol 2002;97:223-5.

Endereço para correspondência:

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA
Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276 – Vila Nova Heliópolis
CEP 04231-030 – São Paulo (SP), Brasil
E-mail: gformiga@ig.com.br