

C 125

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CURSO DE MEDICINA

(o) ESTUDO RETROSPECTIVO DE 329 EXAMES PROCTOLÓGICOS

GUILHERME BERENHAUSER LEITE

ALUNO DA XII FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1985.

A G R A D E C I M E N T O S

Ao Professor Dr. Armando José d'Acampora, pela dedicação e orientação na realização deste trabalho.

Í N D I C E

I - Resumo.....	04
II - Introdução.....	05
III - Material e Métodos.....	06
IV - Resultados.....	07
V - Discussão.....	13
VI - Conclusões.....	17
VII - Summary.....	19
VIII - Referências Bibliográficas.....	20

I - RESUMO

O autor, através de um estudo retrospectivo, analisou 329 exames proctológicos, que foram realizados em 316 pacientes, no período de janeiro a junho de 1981. Os exames foram realizados no Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, e no Hospital de Caridade, Florianópolis.

A faixa etária variou entre 14 e 87 anos, sendo que, em 53% dos exames, os pacientes tinham entre 26 e 45 anos. Em 2,8% dos pacientes houve necessidade de repetir uma vez o exame, e em 0,6% foi preciso um terceiro exame para chegar-se ao diagnóstico. A indicação mais freqüente, para o exame, foi a dor anal, seguida pela retorragia. Na maioria dos casos, houve mais de uma indicação. O toque ano-retal evidenciou a presença de vegetações em 5 pacientes, que posteriormente foram diagnosticadas como adenocarcinoma do reto. Em vários exames, chegou-se a mais de um diagnóstico, e em 47,7% dos exames, diagnosticou-se hemorróidas.

Preocupou-se em mostrar que com a inspeção anal, e um simples toque ano-retal pode-se diagnosticar grande parte das patologias da região distal do tubo digestivo. Os resultados obtidos, após serem comparados com a literatura, foram analisados e discutidos.

II - INTRODUÇÃO

O cancer do intestino grosso é um dos tumores mais comuns no homem^(29,32) e corresponde a aproximadamente 15% de todos os tumores malignos do corpo humano⁽³³⁾. Origina-se do colo, reto e ânus⁽³³⁾, sendo que 47% destes tumores localizam-se no reto, 17% no sigmóide e 10% no reto sigmóide⁽³¹⁾, estando a incidência de todos estes aumentando⁽²⁶⁾.

O "saco de Douglas" (flexão do peritônio a partir do reto, sobre o assoalho pélvico) é o sítio favorável para a implantação de humores intra abdominais disseminados, que produzem uma massa perirretal chamada de prateleira retal, localizada a 7 cm do anus⁽³²⁾.

As hemorroidas, descritas por Hipócrates⁽¹⁵⁾, representam a afecção ano-retal mais frequente⁽³⁸⁾, e podem produzir mais problemas clínicos do que qualquer outra lesão à qual o homem esteja sujeito⁽³²⁾. Estas duas patologias, a de maior mortalidade^(28,31,34), e a de maior morbidade^(32,38,40) bem como o estudo propedêutico do fundo do "saco de Douglas", são exemplos de entidades que podem ser, na sua maioria, detectados pelo exame proctológico.

Todo e qualquer médico deve saber fazer a propedêutica física proctológica. Terminado a propedêutica física do abdome, o exame regional do ânus, do reto e do sigmóide, deverá ser feito sistemática e obrigatoriamente em todas as afecções do intestino com sintematologia dos colos, reto e ânus, quer sob o aspecto inflamatório ou infeccioso, quer sob o aspecto obstrutivo.⁽³⁰⁾

O objetivo deste trabalho, é de servir como um alerta aos colegas de que com uma simples inspeção e um toque ano-retal, far-se-á uma grande parte dos diagnósticos destas lesões, pois quase metade dos tumores do colo, reto e ânus podem ser palpados com o dedo⁽³³⁾, permitindo também, identificar a hipersensibilidade da inflamação peritoneal ou a nodularidade das metástases peritoneais, restando ao colo-proctologista a responsabilidade pelo diagnóstico dos tumores e demais patologias do colo mais proximal.

III - MATERIAL E MÉTODOS

Uma série de 329 exames proctológicos foram realizados em 316 pacientes, no período de janeiro a junho de 1981. Os exames foram realizados no Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital de Caridade, Florianópolis, pelos colo-proctologistas do Serviço. A maioria dos pacientes era adulto. Todos os pacientes foram triados previamente, já que, foram encaminhados das diversas clínicas à colo-proctologia.

Os pacientes foram examinados em posição genu peitoral, numa mesa de Buie, ou na posição de Sims (decúbito lateral esquerdo). Não foi feito preparo prévio do colo e não foram usados agentes anestésicos ou sedativos.

O método propedêutico consistiu em: inspeção da região perianal, perineo, ânus e sacro coccigena; toque ano-retal; anuscopia, utilizando um anoscopio rígido de 8 cm; retoscopia, utilizando um retoscopio rígido de 12 cm; retossigmoidoscopia, utilizando um tubo rígido de 20 cm. Para exames acima de 20 cm, foi utilizado um aparelho Welch-Allen, de 25 cm.

A rotina do exame não se completou quando surgiram contra indicações formais como a dor, ou impossibilidades, como estenoses, ou quando o examinador já estava satisfeito com os achados.

Foram anotados dados referentes a: nome do paciente; idade; sexo; indicação do exame; achados na: inspeção, no toque ano-retal, na anuscopia, retoscopia e retossigmoidoscopia, estes últimos divididos em achados até 12 cm e além de 12 cm; bem como, indicações para repetir o exame, número de exames nos quais se realizou biópsia, e número de exames nos quais se solicitou exame radiológico (clíster opaco) complementar; e fatores que prejudicaram o exame.

O autor, através de um estudo retrospectivo, colheu, tabulou e comentou os dados.

IV - RESULTADOS

TABELA 1 - Múltiplos exames

Número (repetições do exame)		Grupo de pessoas	Total de exames
1	X	305	305
2	X	9	18
3	X	2	6
		316	329

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 2 - Distribuição do número de exames por sexo e raça

Raça	Sexo	Masculino	Feminino	Total
Branco		185	135	320
Preto		4	5	9
Total		189	140	329

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 3 - Grupo etário X total de exames

Grupo etário (anos)	Masculino	Feminino	Total
11-15	1	-	1
16-20	6	3	9
21-25	25	10	35
26-30	19	24	43
31-35	30	27	57
36-40	20	21	41
41-45	22	13	35
46-50	12	11	23
51-55	20	12	32
56-60	14	13	27
61-65	6	4	10
66-70	7	6	13
71-75	2	1	3
76-80	3	2	5
81-85	2	-	2
86	2	1	3
Total	189	140	329

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 4 - Indicações para o exame (incluídas múltiplas indicações)

Indicação	Masculino	Feminino	Total
Dor anal	48	30	78
Retorragia	48	28	76
Dor abdominal	23	24	47
Secreção anal	32	14	46
Constipação	22	23	45
Diarréia	22	20	42
Enterorragia	18	16	34
Prolapso anal	14	12	26
Incomôdo no reto	10	8	18
Prurido anal	10	5	15
Alteração do hábito intestinal	2	10	12
Dor para evacuar	8	4	12
Revisão cirurgica	6	4	10
Doenças infecciosas do colo	3	5	8
Emagrecimento	3	4	7
Massa abdominal	1	2	3
(Sem) indicação	1	-	1
Outras	20	27	47

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário de Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 5 - Números de toques ano-retais, exames até 12 cm e além de 12 cm.

Toque ano-retal	317
Exames até 12 cm	300
Exames além de 12 cm	111

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 6 - Achados na inspeção (incluindo múltiplos achados)

Achados	Masculino	Feminino	Total
Plicoma	40	71	111
Orifício fistuloso	21	9	30
Trombose hemorroidária	12	5	17
Prolapso de mucosa	8	7	15
Mamilo hemorroidário	5	4	9
Saliência/nódulo	3	4	7
Fissura anal	2	4	6
Lesões vegetantes	4	1	5
Outros	28	14	42
Normal	76	46	122

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 7 - Achados na retoscopia (até 12 cm) (incluindo múltiplos achados)

Achados	Masculino	Feminino	Total
Mamilo hemorroidário	81	63	144
Papila hipertrófica	13	12	25
Mucosa sangrante	15	7	22
Edema da mucosa	6	7	13
Muco e sangue	3	4	7
Compressão extrínseca	2	2	4
Estenose	3	-	3
Outros	19	14	23
Exames normais			100

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade. Florianópolis.

TABELA 8 - Achados nos exames retossigmoidoscópicos (além de 12 cm)

Total de exames: 111

Achados	Masculino	Feminino	Total
Mucosa sangrante	4	3	7
Compressão extrínseca	1	1	2
Estenose	1	1	2
Pólipo	2	-	2
Massa (tumor?)	-	1	1
Fezes impedem a passagem	1	-	-
exames normais			95

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade.

TABELA 9 - Achados no toque ano-retal

Total de toques: 317

Achados	Masculino	Feminino	Total
Hipertonia	47	20	67
Dor	9	8	17
Compressão extrínseca	9	7	16
Hipotonia	9	5	14
Saliência/nódulo	7	3	10
Vegetação	1	4	5
Estenose	4	-	4
Fecaloma	1	1	2
Outros	11	19	30
Normal	104	76	180

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

TABELA 10 - Diagnósticos (incluindo múltiplos)

Diagnóstico	Masculino	Feminino	Total
Hemorroidas	87	69	156
Fistula ano retal	19	9	28
Papilite	14	14	28
Trombose hemorroidária	11	6	17
Criptite	10	4	14
RCUI	8	4	12
Fissura anal	5	7	12
Compressão extrínseca	5	6	11
Adeno carcinoma do reto	1	4	5
Irritação da linha pectínea	3	2	5
Estenose do reto	1	3	4
Pólipo	-	3	3
Condiloma acuminado	3	-	3
Fecaloma	1	1	2
Estenose pós cirurgica	2	-	2
Oxiurus	-	1	1
Outros	20	17	37
Nenhum	19	21	30

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade, Florianópolis.

V - D I S C U S S Ã O

Foram feitos 329 exames proctol\u00f3gicos em 316 pacientes, os quais 59,8% (189) eram do sexo masculino e 40,2% (140) eram do sexo feminino (tabelas 1 e 2). Por se tratar de Hospital Geral, a faixa et\u00e1ria variou entre 14 e 87 anos, com uma concentra\u00e7\u00e3o em torno dos 26 aos 45 anos, que representa 53% dos exames realizados (tabela 3).

Em 2,8% (9) dos pacientes houve necessidade de repetir uma vez o exame, e em 0,6% (2) dos pacientes, precisou-se de um terceiro exame para chegar-se a um diagn\u00f3stico. (tabela 1). A pequena necessidade de repetir o exame, concorda com a literatura⁽⁴⁰⁾, e comprova a objetividade do exame proctol\u00f3gico.

Como outros servi\u00e7os^(9,16,23,25), n\u00e3o foi feita de rotina a prepara\u00e7\u00e3o pr\u00e9via do colo. O paciente \u00e9 incentivado a evacuar seu intestino naturalmente antes do exame. Se o intestino estiver muito ocupado, o exame \u00e9 postergado. O uso rotineiro de enemas pr\u00e9vios leva a um desconforto ao paciente, e o que \u00e9 mais importante, remove o muco e o sangue que podem estar aderidos \u00e0 parede do intestino, bem como edemacia a mucosa, podendo com isto, alterar o resultado do exame. Dos 329 exames realizados, apenas em 10,6% (35) a presen\u00e7a de fezes prejudicou o desenvolvimento do mesmo, sendo que em 1,8% (6) houve indica\u00e7\u00e3o para a repeti\u00e7\u00e3o.

Houve concord\u00e2ncia com outros autores^(9,10,13,17,22,26,33,37) quanto a n\u00e3o necessidade de anestesiarmos ou sedarmos rotineiramente o paciente, pois, apesar da retossigmoidoscopia trazer certo mal estar ao paciente, ele a deixa realizar sem nenhuma obje\u00e7\u00e3o. O paciente desperto colabora e facilita as manobras. Em nenhum dos 329 exames realizados houve necessidade de anestesiarmos ou sedarmos o paciente.

Os exames foram realizados na posi\u00e7\u00e3o genu peitoral, utilizando uma mesa de Buie, ou na posi\u00e7\u00e3o de Sims (dec\u00fabito lateral esquerdo), posi\u00e7\u00f5es estas, largamente difundidas e utilizadas^(2,7,9,13,16,22,23,25,26,30,33,37,40). O Servi\u00e7o d\u00e1 prefer\u00eancia a posi\u00e7\u00e3o genu peitoral, que \u00e9 bem tolerada pela maioria dos pacientes, sendo a melhor para a inspe\u00e7\u00e3o do anus, regi\u00e3o perianal, sacro coccigena e perineo. Nesta posi\u00e7\u00e3o, o-

corre a retificação do reto e sigmóide, e a pressão atmosférica distende o intestino quando o canal anal é aberto pelo espéculo, possibilitando um exame retossigmóidoscópico mais favorável⁽⁴¹⁾. A posição de Sims foi utilizada nos pacientes com insuficiência respiratória e/ou cardiovascular^(5,33), nos quais a posição genu peitoral tornava-se intolerável, ou em exames realizados nas enfermarias, quando da impossibilidade do paciente em assumir a posição genu peitoral, devido a cirurgias prévias, aparelhos gessados e outros impedimentos.

Em vários casos houve mais de uma indicação para o exame⁽⁴⁰⁾ (tabela 4), fato também observado por outros autores. As indicações mais frequentes foram a dor anal, retorragia e dor abdominal. A dor abdominal já foi descrita como sintoma inicial do cancer ano-retal⁽²¹⁾. Mas, é a retorragia que tem sido mais frequentemente descrita como o sintoma mais precoce tanto do carcinoma ano-retal^(4,14,33,36,39) quanto das hemorróidas^(15,33,38,42), podendo também, estas patologias, iniciarem e/ou serem acompanhadas de outros sintomas^(3,4,14,15,33,36,38,39,42,43). Assume portanto, a retorragia, uma importância muito grande dentro da semiologia proctológica, por ser um dos sinais mais encontrados, e estar intimamente relacionada com a patologia mais frequente da proctologia, que são as hemorróidas^(3,23,31,32,33,38,39,40,42), e com o diagnóstico precoce da patologia de maior mortalidade, o cancer^(4,23,31,33,36,39,43). Em muitos casos, o diagnóstico do cancer do reto não está sendo feito porque o paciente e/ou médico atribuem os sintomas à hemorróidas. Não se deve fazer o diagnóstico de hemorróidas, sem fazer o toque ano-retal e a retossigmóidoscopia^(19,20).

Em 96,3% dos exames, o toque ano-retal foi realizado, em 91,1% visualizou-se até 12 cm do tubo digestivo, e em 33,7%, além de 12 cm. (tabela 5)

Na inspeção, em 33,7% dos exames, visualizou-se plicoma (tabela 6), no exame até 12 cm, em 43,7%, a conclusão dos exames foi patologia hemorroidária (tabela 7), enquanto que 85,5% dos exames acima de 12 cm foram considerados normais (tabela 8). Isto demonstra que no exame proctológico, as patologias são encontradas mais frequentemente na região distal do tubo digestivo.

O toque ano-retal não foi realizado quando houve alguma contra indicação, como a dor, nas trombozes hemorroidárias.

A alteração mais freqüente foi a hipertonia do esfíncter, em 21,1% dos toques, seguida pela dor, referida em 5,3% dos exames. (tabela 9). Estes achados são compatíveis com os principais diagnósticos, como as hemorróidas⁽²⁸⁾ que podem levar à dor e a contratura esfíncteriana, mas não podemos também deixar de citar o estado emocional do paciente, que pode contribuir para isto. Em cinco exames, foi constatado pelo toque ano-retal a presença de vegetação no reto, que foram com o decorrer do exame, diagnosticadas como adeno carcinoma do reto. (tabela 10). O diagnóstico do cancer do reto é feito pelo toque ano-retal e pela retossigmoidoscopia, sendo confirmado pela biópsia. Setenta e cinco por cento dos cancres do reto e 35% dos cancres colo retais são diagnosticados pelo toque ano-retal⁽²⁰⁾. Trinta e quatro por cento dos toques ano-retais foram considerados normais.

Muitos pacientes tiveram mais de um diagnóstico. O diagnóstico mais frequente foi o de hemorróidas, (tabela 10) concordando com que escreveram outros autores^(3,15,23,28,32,38,39,40,42), e que o Velho Testamento já referia como sendo uma "Praga".⁽⁴²⁾ Em 47,4% dos exames, chegou-se a este diagnóstico. Grande parte dos pacientes atribuem às hemorróidas todos os sintomas retais. O pior é que muitos médicos tratam os sintomas ano-retais sem examinar os pacientes, e por este motivo, em inúmeros casos o diagnóstico do cancer ano-retal não tem sido feito^(19,36). A única possibilidade para chegar ao diagnóstico precoce do cancer ano-retal esta em pensar na existência desta enfermidade e acostumar-se a praticar o toque ano-retal em todos aqueles casos de doenças digestivas vagas e fazer a retossigmoidoscopia em todos os pacientes suspeitos⁽³⁶⁾. Considero que o toque ano-retal deva fazer parte da rotina de exame físico de todo e qualquer paciente.

O carcinoma^{MAH} do reto tem sido descrito há muitos anos, Galêno (138 dc) escreveu: "o carcinoma é um tumor maligno muito violento, com ou sem ulceração. Seu nome vem de um animal chamado caranguejo".⁽¹⁴⁾ Em nossa, revisão, encontramos 5 pacientes com cancer do reto (adeno carcinoma), o que corresponde a 1,6% dos 316 pacientes estudados, sendo 4 do sexo feminino. Este cancer pode ocorrer em qualquer idade (14,19,43), mas usualmente ele ocorre após os 40 anos^(21,27), sendo mais frequente no sexo masculino^(14,41). Uma das pacientes do sexo feminino estava na faixa etária entre 26-30 a-

nos . Alguns autores afirmam, que antes dos 40 anos, o sexo feminino é mais atingido por esta patologia^(21,27) .

Dos 329 exames, 9,1% foram considerados normais.

Em 13 exames, o que corresponde a 3,9% dos 329 exames realizados, foi feito biópsia. ~~Os resultados~~ Ela é o meio mais preciso para comprovar a normalidade do tecido⁽²⁾, assim como a benignidade ou malignidade de um tumor⁽³⁷⁾ .

Em 22,4% dos exames, indicou-se o enema opaco como exame complementar. Esta exploração pode ser, em certas ocasiões, de grande utilidade para o diagnóstico de processos do colo, ânus e reto, mas nunca se deve prescindir o toque anorectal e a retossigmoidoscopia⁽³⁷⁾ .

Em 329 exames realizados, não se obteve nenhuma complicação. Resultado que concorda com a experiência de outros autores^(1,7,8,10,13,17,18,22,24,34,40), para os quais as complicações foram pequenas ou inexistentes, comprovando que os riscos do exame proctológico são estatisticamente desprezíveis.

VI - CONCLUSÕES

- 1 - Em 53% dos exames a faixa etária dos pacientes foi dos 26 aos 45 anos.
- 2 - O exame proctológico é objetivo, em apenas 2,8% dos exames, foi preciso repeti-lo uma vez, e em 0,6% foi necessário um 3º exame para se chegar a um diagnóstico.
- 3 - Não é necessário o preparo prévio de rotina do colo.
- 4 - Não é necessário anestésiar ou sedar rotineiramente o paciente.
- 5 - A posição genu peitoral é a mais indicada para o exame proctológico, sendo a melhor para a retossigmoidoscopia.
- 6 - A posição de Sims é indicada para os exames realizados nas enfermarias ou quando houver contra indicações para a posição genu peitoral.
- 7 - A indicação mais frequente para o exame foi a dor anal, seguida pela retorragia.
- 8 - É comum haver mais de uma indicação para o exame.
- 9 - No exame proctológico, as patologias são mais frequentemente encontradas na região mais distal do tubo digestivo (mais próximo ao ânus).
- 10 - O diagnóstico mais frequente foi o de hemorróidas.
- 11 - O diagnóstico de hemorróidas não deve ser feito sem realizar o toque ano-retal e a retossigmoidoscopia.
- 12 - O diagnóstico precoce do cancer só será feito, se o médico pensar na existência desta patologia, e realizar o toque ano-retal.
- 13 - O toque ano-retal deve fazer parte da rotina do exame físico em todo e qualquer paciente.

14 - Todo médico deve conhecer a propedêutica proctológica.

15 - As complicações no exame proctológico são numericamente desprezíveis.

V I I - S U M M A R Y

The autor, in a retrospective study, analyses 329 proctological examinations. These have been made in 316 patients during a 6 months period from january to june 1981, in the Colo-proctology Clynic of Hospital Universitário of the Universidade Federal de Santa Catarina and the Hospital de Caridade in Florianópolis.

The age range of the patients was from 14 to 87 years, with 53% of the patients folling in the range 26 to 45 years. It was necessary to repeat the examination in 2,8% of the patients and 0,6%, of the patients, requered a third examination to make a diagnosis. The most frequent indication for the examination was pain in the anus, followed by rectal bleending. In the large number of cases, there was more than one indication for the examination. The finger examination of the ano-rectal area showed grooth in 5 patients that later were diagnosed as adenocarcinoma of the rectum. Various examinations provided more than one diagnosis.

The author concerns himself to show the physical examination of the anus and a simple finger examination of the anus and rectum can diagnose a large part of the diseases of the distal region of the digestive tract. The results obtained were analyzed and discusied, after having been compared with the literature.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARMITAGE, N. C.; DENNIS, M. J. S.; HARDCASTLE, J. D.. Delayed caecal perforation following flexible fibre-optic sigmoidoscopy. Brit. J. Surg., 71: 650, Aug. 1984.
- 2 - BACON, H. E.. Exame e diagnóstico. In: _____. Anus-Reto-Côlon-Sigmóide. 1ª ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1941, Cap. 2, p. 68-86.
- 3 - BACON, H. E.. Hemorróidas. In: _____. Anus-Reto-Côlon-Sigmóide. 1ª ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1941, Cap. 16, p. 490-503.
- 4 - BACON, H. E.. Tumores malignos do anus, reto e côlon-sigmóide. In: _____. Anus-Reto-Côlon-Sigmóide. 1ª ed., Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1941, Cap. 18, p. 611-666.
- 5 - BAILLIE, J.. Left lateral sigmoidoscopy. Lancet, 1: 620, Mar. 1982.
- 6 - BATES, B.. Ânus e reto. In: _____. Propedêutica Médica. 2ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1983, Cap. 15, p. 247-253.
- 7 - EULER, A. R. & SEIBERT, J. J.. The role of sigmoidoscopy, radiographs, and colonoscopy in the diagnostic evolution of pediatric age patients with suspected juvenil polyps. J. Pediatr. Surg., 16 (4): 500-502, Aug., 1981.
- 8 - GOLDMAN, G. D. et al.. Sigmoidoscopy and bacteremia. Ann. Intern. Med., 97 (5): 784-5, Nov., 1982.
- 9 - GOLIGHER, J. C.. Diagnosis of disease of the anus, rectum and colon. In: _____. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 3ª ed., London, Baillière Tindall, 1977, Cap. 2, p. 70-87.

- 10 - GROBE, J. L.; KOZAREK, R. A.. Flexible versus rigid sigmoidoscopy: a comparison using an inexpensive 35-cm flexible proctosigmoidoscope. Am. J. Gastroenterol., 78 (9): 569-71, 1983.
- 11 - HARVEY, A. M.; BORDLEY, J.; BARONDESS, J. A.. Dor no tórax e no abdome. In: _____. Diagnóstico Diferencial. 3ª ed.. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982, Cap. 3, p. 106.
- 12 - HARVEY, A. M.; BORDLEY, J.; BARONDESS, J.A.. Hematêmese e melena. In: _____. Diagnóstico Diferencial . 3ª ed.. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982, Cap. 7, p. 213-4.
- 13 - HILSABECK, J. R.. Experience with routine office sigmoidoscopy using the 60-cm flexible colonoscope in private practice. Dis. Colon Rectum, 26: 314-8, 1983.
- 14 - HUGHES, E. S. R., CUTHBERTSON, A. M.. Carcinoma of the rectum. In: _____. Anorectal Surgery. 1ª ed.. Melbourne, McCarron Bird Pty, Cap. 19, p. 246-60.
- 15 - HUGHES, E. S. R.; CUTHBERTSON, A. M.. Haemorrhoids. In: _____. Anorectal Surgery. 1ª ed.. Melbourne, McCarron Bird Pty, Cap. 7, p. 154-62.
- 16 - HUGHES, E. S. R.; CUTHBERTSON, A. M.. Investigation of anorectal disease. In: _____. Anorectal Surgery. 1ª ed.. Melbourne, McCarron Bird Pty, Cap. 4, p. 56-71.
- 17 - IBRAHIM, M. A. H. et al.. Fiberoptic sigmoidoscopy in screening pattern makers for colon cancer at their work place. Am. J. Gastroenterol., 79 (4): 262-4, 1984.
- 18 - KUMAR, S. et al.. Bacteremia associated with lower gastrointestinal endoscopy: fact or fiction? Dis. Colon Rectum , 26: 22-24, 1983.
- 19 - MACLEOD, J. H.. Carcinoma of the rectum. In: _____. A Method of Proctology. 1ª ed.. Hagerstow, Harper & Row, Cap. 25, p. 158-161.

- 20 - MACLEOD, J. H.. Management of hemorrhoids. In: _____. A methods of Proctology. 19 ed.. Hagerstown, Harper & Row, Cap. 4, p. 22-5.
- 21 - MARTIN, E. W. et al.. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age: pathology and prognosis. Dis. Colon Rectum, 24: 25-8, 1981.
- 22 - McCALLUM, R. W. et al.. Flexible sigmoidoscopy: diagnostic yield in 1015 patients. Am. J. Gastroenterol., 79 (6): 433-436, 1984.
- 23 - MUMMERY, H. E. L.. Sigmoidoscopia. In: TODD, I. P.. Cirugía de Colon, Recto y Ano. 39 ed.. Buenos Aires, Panamericana, 1983, p. 15-17.
- 24 - NELSON, R. L.; ABCARIAN, H.; PRASAD, M. L.. Iatrogenic perforation of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum, 25: 305-308, 1982.
- 25 - NICHOLLS, R. J. & DUBÉ, S.. The extent of examination by rigid sigmoidoscopy. Brit. J. Surg., 69: 438, 1982.
- 26 - O'CONNOR, J. J.. Flexible fiberoptic sigmoidoscopy. A study of 746 cases. Am. J. Proctol. Gastroenterol. Colon Rectal Surg 32 (3): 8, 28, Mar., 1981.
- 27 - ÜHMAN, U.. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age. Dis. Colon Rectum, 25: 209-14, 1982.
- 28 - PEYSTER, F. A. & GILCHRIST, R. K.. Cancer. In: TURREL, R.. Disease of the Colon and Anorectum. 29 ed.. Philadelphia, W. B. Saunders, 1969, Cap. 19, p. 428-449.
- 29 - RAlA, A. A.. Tumores malignos do colo. In: NETTO, A. C. . Clinica Cirurgica Alipio Corrêa Netto. 39 ed.. São Paulo, Sarvier, 1979, Cap. 14, p.183 - 188.

- 30 - RAMOS JR., J.. Propedêutica física do abdome. In: . Semio-técnica da Observação Clínica. 5ª ed.. São Paulo, Sarvier, 1976, Cap. 7., p. 726-728.
- 31 - RASO, P.. Esôfago, estômago, intestino, peritônio, mesentério, tumores retroperitoniais. In: BOGLIOLO, L.. Patologia. 3ª ed.. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, Cap. 19, p. 640-646.
- 32 - ROBBINS, S. L.. Cólon. In: . Patologia Estrutural e Funcional. 4ª ed.. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975, Cap. 21, p. 871-75.
- 33 - SHACKELFORD, R. T.. Hemorrhoids. In: TURELL, R.. Disease of the Colon and Anorectum. 2ª ed.. Philadelphia, W. B. Saunders, 1969, Cap. 43, p. 895-911.
- 34 - SHAHMIR, M. & SCHUMAN, B. M.. Complications of fiberoptic endoscopy. Gastrointest. Endosc, 26 (3): 86-91, 1980.
- 35 - SIMONSEN, O.. Câncer do reto. In: NETTO, A. C.. Clínica Cirúrgica Alipio Corrêa Netto. 3ª ed.. São Paulo, Sarvier, 1979, Cap. 15, p. 204-211.
- 36 - SOLER-ROIG, J.; CREUS, A. S.. Câncer del recto. In: . Cirurgia del Recto. 2ª ed.. Barcelona, Científico Médica, Cap. 17, p. 289-301.
- 37 - SOLER-ROIG, J.; CREUS, A. S.. Exploración anorrectal. In: . Cirurgia del Recto. 2ª ed. Barcelona, Científico Médica, Cap. 2 p. 37-50.
- 38 - SOLER- ROIG, J.; CREUS, A. S.. Hemorroides. In: . Cirugía del Recto. 2ª ed. Barcelona, Científico Médica, Cap. 8, p. 106-116.
- 39 - STORER, E. H.; GOLDBERG, S. M.; NIVATVONGS, S.. Cólon, reto e ânus. In: SCHWARTZ, S. I.. Princípios de Cirurgia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, Cap. 28, p.1330-1334, 1359-1360.

- 40 - TRAUL, D. G. et al.. Flexible fiberoptic sigmoidoscopy-the Monroe Clinic experience. Dis. Colon Rectum, 26: 161-6, 1983.
- 41 - YEOMANS, F. C.. Diagnostic methods and preparation of the patient for operation. In: _____. Proctology. 29 ed.. New York, Applenton-Century, 1936, Cap. 3, p. 67-95.
- 42 - YEOMANS, F. C.. Hemorrhoids. In: _____. Proctology. 29 ed.. New York, Applenton-Century, 1936, Cap. 6, p. 142-152.
- 43 - YEOMANS, F. C.. Malignant tumors. In: _____. Proctology. 29 ed.. New York, Applenton-Century, 1936, Cap. 28, p. 496-519.

TCC
UFSC
CC
0125

N.Cham. TCC UFSC CC 0125
Autor: Leite, Guilherme B
Título: Estudo retrospectivo de 329 exam



972801611

Ac. 252954

Ex.1

Ex.1 UFSC-BSCCSM