

166 Q.C.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

O ATUAL VALOR DA RETOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA NA
PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA.

LUIZ HENRIQUE NICOLAZZI - 8115434-8
JORGE JOSÉ ZATTAR - 8115423-2

NOVEMBRO - 1.986

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos funcionários do SAME do Hospital Municipal São José pelo apoio durante a revisão dos prontuários e em especial ao Dr Francisco Luis Altemburg , pelo seu apoio e orientação em todos os momentos necessários.

ÍNDICE

	págs
= Sumário	01
= Introdução.....	02
= Casuística e Método.....	03
= Resultados.....	09
= Discussão.....	17
= Conclusão.....	20
= Bibliografia.....	21

SUMÁRIO

Durante o período de 03/04/1985 a 18/08/1986, 214 pacientes foram submetidos a 222 retossigmoidoscopias rígidas.

Observou-se que a enterorragia constituiu-se na principal indicação para a realização do exame (31,58%), e que as hemorróidas foram os achados mais frequentes. A distância média alcançada pelo aparelho foi de 20,17 cms.

A retossigmoidoscopia não tem sido um exame de escolha para a triagem e diagnóstico de pacientes com sintomas gastrointestinais baixos na prática clínica diária, e o clister opaco ainda se constitui no exame complementar mais pedido para investigação.

INTRODUÇÃO

Apresentamos um estudo prospectivo e de revisão baseada na análise de 222 exames de retossigmoidoscopia rígida, realizados em 214 pacientes, no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Municipal São José, Joinville-S.C., no período de 03/04/1985 a 18/08/1986.

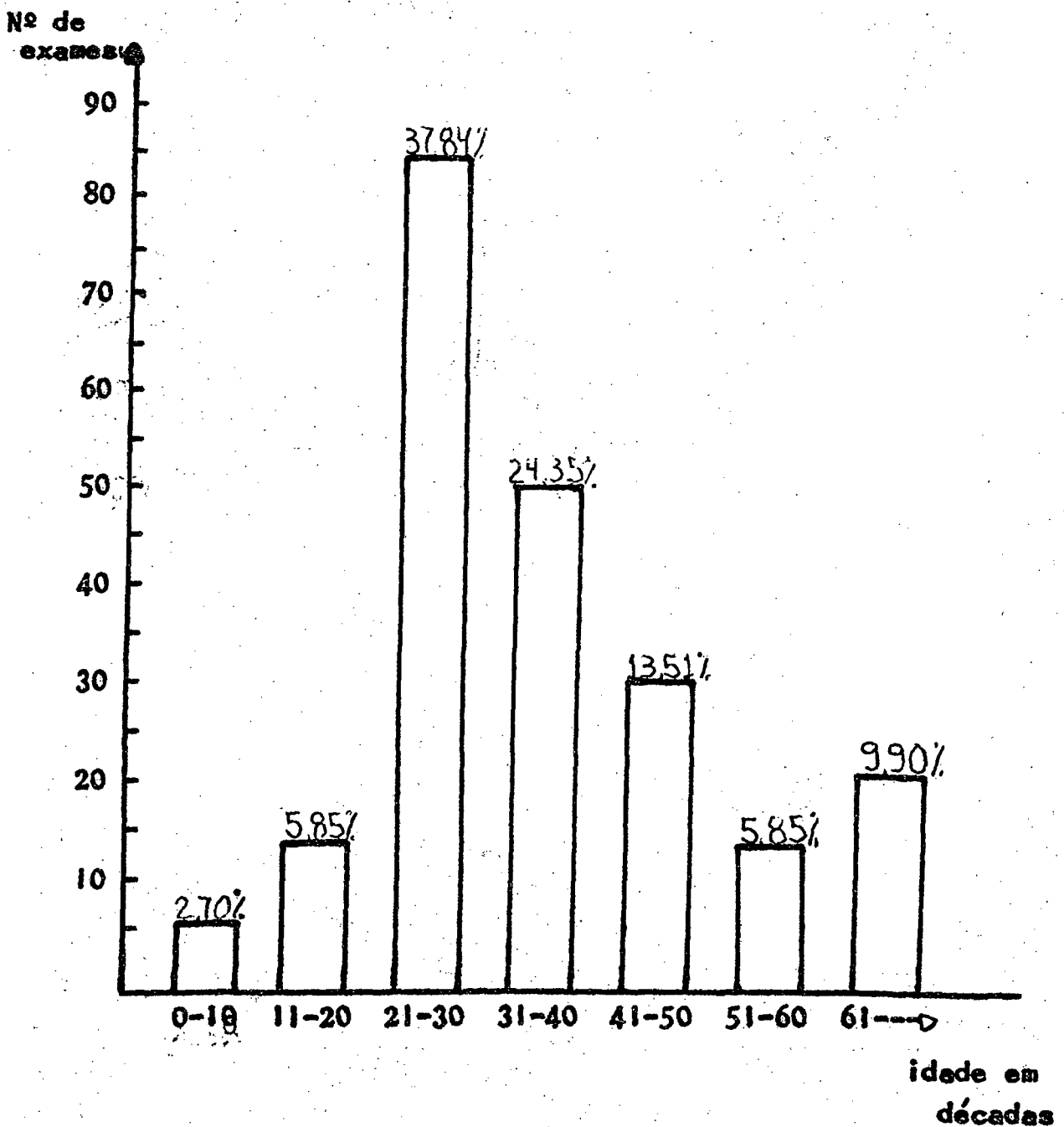
Tem como objetivo fazer uma discussão ampla acerca da realização da retossigmoidoscopia rígida como método de diagnóstico e tratamento de doenças digestivas baixas, definindo claramente suas indicações, a descrição detalhada da técnica do exame e análise dos resultados obtidos, comparando-o com outros métodos diagnósticos e o atual valor do exame na clínica diária.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram realizadas 222 retosigmoidoscopias rígidas em 214 pacientes no período de 03/04/1985 a 18/08/1986.

A faixa etária variou de 3 (mínima) a 80 (máxima) anos, sendo que a maior incidência verificou-se na faixa compreendida entre 21 a 30 anos (37,84%), conforme observa-se na Figura Nº 1.

Figura Nº 1 - Distribuição segundo a faixa etária (N=222)



Foram examinados 127 pacientes(57,2%) do sexo masculino e 95 pacientes(42,8%) do sexo feminino.

Todos os sintomas retais baixos e perianais assim como sintomas abdominais específicos, como a mudança de hábito intestinal, dor abdominal associada a outros sintomas como sangramento, diarreia, tenesmo, alteração do calibre e formato das fezes, obstipação severa, controle de doenças inflamatórias intestinais, são condições em que o exame retosigmoidoscópico é de suma importância para o diagnóstico etiológico.

Colocamos como indicação primária e de grande importância a realização da retosigmoidoscopia rígida como exame obrigatório no pré-operatório de afecções orificiais como hemorróidas, fissuras anais e fístulas, dado a frequência com que estas doenças estão associadas com doenças retais mais altas e que somente seriam diagnosticadas num período mais tardio(5).

Nosso estudo demonstra uma gama variada de indicações para a realização do exame, as quais estão condensadas na Tabela Nº1.

Tabela Nº 1 : Indicações para realização do exame (N=345).

INDICAÇÕES	NÚMERO
Enterorragia	119
Dor Anal e Retal Baixas	83
Diarréia	29
Constipação Crônica	26
Prolapso Hemorroidário	26
Prurido Anal	15
Tenesmo	12
Dor Abdominal	6
Controle de Retocolite Ulcerativa	5
Controle de Retite Actínica	3
Prolapso Retal	3
Secreção Retal	3
Controle de Anastomose Colorretal Baixa	3
Eliminação de gases e fezes pela vagina	1
Incontinência Fecal	1
Total	345

Existem condições agudas em que a retossigmoidoscopia deve ser postergada, como as fissuras anais agudas, o prolapso hemorroidário, abscessos perianais, que devem ser contornadas primeiramente, mas o exame não deve ser esquecido(3)

No serviço em que foi realizado o presente estudo foi adotada a seguinte ficha de descrição da retosigmoidoscopia rígida, que demonstra a seqüência na qual realiza-se o exame e que consta dos seguintes pontos:

- 1-Identificação do paciente.
- 2-Indicação para realização do exame.
- 3-Exame anal externo.
- 4-Toque Retal.
- 5-Retosigmoidoscopia.
- 6-Anuscopia.
- 7-Conclusão Diagnóstica.

Antes do início da realização do exame é realizada uma anamnese sucinta acerca dos sintomas do paciente, com abordagem primária sobre sintomas gerais e abdominais e a seguir de sintomas orificiais.

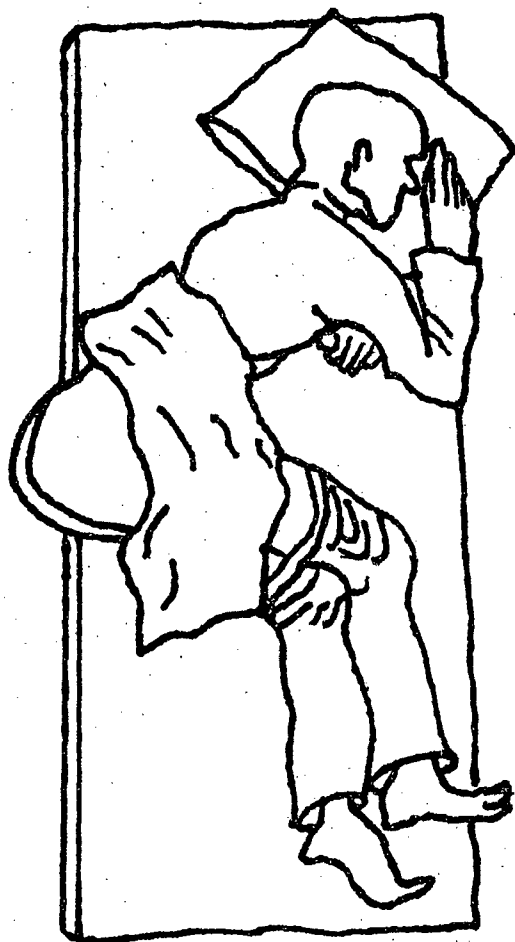
Com intuito de facilitar o exame faz-se um preparo psicológico tecendo esclarecimentos de como vai transcorrer o exame, de cada passo de sua realização, antecipando a sensação proporcionada principalmente pela introdução do aparelho e na passagem da junção retosigmoidiana:

É realizado preparo de limpeza do intestino distal com soluções hipertônicas de pequeno volume (Fleet Enema, Minilax), rotineiramente, com exceção nos casos de diarréia crônica e aguda, ou nos quais haja necessidade de visualização da mucosa sem preparo. No início da série dos exames em estudos todos eram realizados sem preparo, porém observou-se que muitas vezes era necessário interromper o exame, sendo necessária realização do exame posteriormente com preparo, causando maior desconforto ao paciente e não se obtendo dados significativos, nos exames mais recentes os pacientes que se submeteram a preparo prévio foram selecionados e observou-se que tal medida proporcionou um aumento da média da distância alcançada pelo aparelho e tornou mais fácil a sua passagem pela junção retosigmoidiana, fase crítica do exame.

O material utilizado para a realização do exame consta de retosigmoidoscópio rígido de vários diâmetros e comprimentos de acordo com a finalidade e necessidade do momento do exame. São utilizados também luvas, lubrificantes, gases e torundas de algodão, pera de insuflação, pinças de biópsia, pontas de aspirador com ou sem cautério associado, pinças para retirada de corpos estranhos, alças de polipectomia e outros quando necessário.

Posição do paciente: O exame é realizado com o paciente na posição de Decúbito Lateral Esquerdo ou "Posição de Sims"; a bacia esquerda é colocada adjacente ao lado da mesa onde está o examinador, de modo que as nádegas se projetem ligeiramente para fora dos bordos da mesa. O tronco situa-se obliquamente à mesa. A posição das extremidades inferiores deve dispor-se de maneira que forme com o tronco um ângulo de 90 graus. As pernas devem situar-se paralelamente ao lado oposto da mesa em relação ao examinador. Figura Nº2.

Figura Nº 2 : "Posição de Sims"



Inspeção: Procede-se a elevação da nádega direita para exposição do ânus e região perianal. Observa-se o estado do tônus do esfíncter perianal e possíveis anormalidades presentes.

Palpação:

A) Da Região perianal: Observa-se manifestações de dor, presença de ofiúcio ou trajeto fistuloso único ou múltiplos, abscesso, hematoma e cicatrizes de cirurgias anteriores.

B) Do Canal Anal e Reto (Toque Retal): Lubrificação do ânus e pele perianal com suave introdução digital. Observar aspectos anatómicos normais como a fossa interesfíncteriana anal, identificar o anel anorectal, observar a integridade ou não do tônus quando se pede para o paciente fazer esforço e identificar patologias associadas. A linha pectínea só é percebida em situações anormais. No reto observar seu conteúdo e as paredes.

A profundidade do exame depende do tamanho do dedo do médico, do relaxamento e constituição do paciente. A distância média é de 7,5 a 10 cms.

C) De Estruturas Extra-retais: Próstata e vesículas seminais no homem; Colo uterino e corpo em útero retrovertido na mulher; massas tumorais presentes através da identificação da "Plataforma de Blumer", que é o contato da parede retal com o fundo de saco reto-vesical ou retouterino; Sacro e cóccix.

D) Inspeção do dedo explorador ao ser retirado.

Retosigmoidoscopia:

Mantendo a mesma posição do exame anal externo, procede-se à realização da retosigmoidoscopia propriamente dita.

Toma-se o aparelho com a mão direita, afastando a parte superior da nádega. Introduce-se a ponta do aparelho no canal anal em direção do umbigo mantendo este sentido até o final do canal anal. Penetrando no reto, desvia-se a parte proximal do aparelho para a frente de forma que seu eixo se volte em direção da concavidade do sacro.

A partir daí procede-se o seguimento do aparelho sob visão direta. Retira-se o mandril e fecha-se o aparelho com a campânula de vidro. Se houver necessidade faz-se algumas insuflações de ar expondo a luz retal. Para visualizá-lo em toda a sua circun-

ferência é necessário algum grau de rotação do extremo exterior do aparelho.

Ao nível da junção retosigmoidea, a aproximadamente 12 a 15 cm do bordo anal, a luz intestinal termina em um fundo de saco cego. Para transpor a junção desvia-se o aparelho para trás e para a direita. Passada a junção o progresso no cólon sigmoide é rápida e fácil, podendo-se introduzir o aparelho numa extensão de 25 a 30 centímetros.

- Durante o exame observar:
- a- Conteúdo do cólon e reto.
 - b- Luz do intestino.
 - c- Aspecto da mucosa.
 - d- Presença de pólipos benignos.
 - e- Presença de Ca de cólon e reto.

Conforme os achados durante o exame, a biópsia e outros procedimentos como polipectomias são realizados no final para que a hemorragia que venha a ocorrer não prejudique a visualização.

Anuscopia: Último procedimento do exame. Retira-se o sigmoidoscópio lentamente observando o estado das válvulas anais, da mucosa anal e das criptas e possíveis alterações existentes.

RESULTADOS

Durante a realização de um exame proctológico direto completo, observamos grande porcentagem de anormalidades concomitantes no reto, ânus e canal anal, portanto é impossível atribuir a sintomatologia do paciente a um só achado anormal quando o paciente possui mais de uma patologia. Por outro lado encontramos um número bastante reduzido de casos completamente normais (15=6,75 por cento), o que enfatiza o esclarecimento diagnóstico que a retossigmoidoscopia rígida proporciona.

Para fins de um levantamento amplo dividimos os achados positivos do exame de acordo com as etapas em que se realiza, exame anal externo, toque retal, retossigmoidoscopia propriamente dita e anoscopia, conforme as tabelas de Nº 2 a Nº5.

Tabela Nº 2 : Achados no Exame anal externo(N=242).

<u>ACHADOS</u>	<u>Nº</u>
Normais	98
Plicoma perianal	68
Prolapso hemorroidário	21
Fissura anal	14
Mamilo hemorroidário	11
Candidíase perianal	10
Fístula perianal	04
Hematoma perianal	04
Papila anal hipertrofiada	03
Trombose hemorroidária	03
Condiloma perianal	03
Psoríase perianal	01
Cisto dermóide	01
Vitiligo perianal	01
Total	242

Achados periansais como os plicomas perianais (28,1%), podem refletir a presença de fissuras anais, resquícios de hemorróida anterior ou cirurgias na área, e também manifestação externa de um quadro hemorroidário atual.

Pode-se observar a presença de orifício e trajeto fistuloso (1,65%), ou área circunferencial edemaciada e abaulada, sugerindo a presença de fístulas e abscessos perianais. Os hematomas perianais (1,65%) diferenciam-se da trombose (1,23%) e do prolapso hemorroidário (8,67%) pela ausência de visualização da mucosa, por serem geralmente únicos e nem sempre acompanhados de doença hemorroidária interna. Múltiplos orifícios fistulosos alertam para a presença de doenças inflamatórias intestinais como a Doença de Chron e a retocolite ulcerativa.

As alterações dermatológicas na área perianal (6,19%) são às vezes de difícil diagnóstico e frequentemente estão relacionadas com a diarreia e alteração do PH das fezes.

Tabela Nº 3 : Achados no Toque Retal. (N=226)

ACHADOS	Nº
Normal	152
Dor ao toque	15
Hipertonia esfincetiana	11
Aumento do volume da próstata	09
Nódulo hemorroidário fibrosado	08
Tumor de reto	07
Sangue na luva	05
Tumor de colo de útero	04
Hipotonia esfincteriana	04
Trajeto fistuloso	03
Ampola retal fibrosada	02
Papilas anais hipertróficas	02
Fecaloma ; Estenose anal ; Massa pélvica de projeção e Síndrome de períneo descido	01
Total	226

O toque retal é um dos exames semiológicos mais importantes na clínica digéria, devendo ser realizado com frequência. Na retossigmoidoscopia, além dos achados positivos prepara o esfíncter para a introdução do aparelho dando subsídios acerca do início do exame.

Patologias que não estão localizadas na luz retal mas que causam compressão e abaulamentos no canal anal, como tumorações da próstata (3,98%) e do colo uterino (1,76%), podem ser detectadas.

Os trajetos fistulosos (1,32%) são melhor avaliados bidigitalmente acompanhando a circunferência anal.

A flacidez da musculatura esfínteriana associada a cicatrizes de cirurgia orificial anterior leva à conclusão de lesão cirúrgica, enquanto que a mesma associada a um canal anal curto junto com deiscência e flacidez do anel pubo retal levando a incontinência fecal sugere a síndrome do períneo descido (Parks).

As patologias orificiais como hemorróidas somente são palpáveis quando já existe um processo inflamatório crônico associado.

A porcentagem de tumores retais palpáveis (3,1%) através do toque retal representa mais um estímulo à realização desta manobra.

Tabela Nº 4 : Achados na retossigmoidoscopia, (Nº 222):

ACHADOS	Nº
Normal	120
Colite	22
Sangramento intestinal acima do alcance do aparelho	15
Tumor de reto	11
Espasmo de junção retossigmoidiana	09
Retite bacteriana	08
Pólipo retal	06
Retocolite Ulcerativa Idiopática	05
Anastomose colo-retal (controle)	04
Tumoração pélvica de projeção posterior	03
Retite actínica	03
Melanose coli	03
Tumor a nível de junção retossigmoideana	03
Estenose da junção retossigmoideana	03
Sigmóide redundante	02
Sigmóide espástico	02
Fecaloma	02
Diverticulite	01
Corpo estranho no reto (gase)	01
Fístula retovaginal	01
Total	222

Observou-se que os dados positivos encontrados no exame visual direto do reto e sigmóide, foram compatíveis com a clínica que levou à indicação do exame.

A presença de ulcerações no retosigmóide entremeadas por ilhas de mucosa normal associadas com muco, pús e sangue na luz intestinal é um dos aspectos retosigmoidoscópicos mais frequentemente encontrados na RCU. Porém, nas fases iniciais ou nas fases de remissão da doença o padrão visual pode apresentar-se como um discreto edema da mucosa e até um achado completamente normal. No presente estudo realizou-se a retosigmoidoscopia rígida como controle do tratamento e seguimento do paciente portador da RCU em 2 pacientes (2,25%).

A retite bacteriana (3,60%) caracteriza-se por apresentar mucosa edemaciada, congesta e hiperemiada recoberta por secreção purulenta. Nestes casos o tenesmo é um sintoma frequente e o toque retal é doloroso. Observou-se que em tais casos colheu-se a secreção para a realização de um exame bacterioscópico a fim de definir a etiologia específica da retite.

Na maioria dos casos de diarreia crônica em que a retosigmoidoscopia rígida foi indicada (8,40%), não foi realizado o clister de limpeza para uma visualização direta da mucosa sem a presença de artefatos. A presença de colite (9,90%) foi responsável pela maioria das indicações e confirmadas como colite crônica inespecífica através da biópsia retal. Nesses casos houve sempre necessidade de realização de outros exames complementares para auxiliar o diagnóstico.

A retite actínica (1,35%) vem sempre acompanhada de história prévia de irradiação pélvica para tumores nesta localização. Observa-se o aspecto esbranquiçado da mucosa, podendo haver segmentos edemaciados e sangrantes na fase aguda. No presente estudo a retosigmoidoscopia rígida foi usada como exame de diagnóstico e de acompanhamento da doença.

Alguns sintomas como dor abdominal, alteração da consistência, forma e diâmetro das fezes, associados com achados retosigmoidoscópicos constituídos de dificuldade na progressão do aparelho e na transposição da junção retosigmoidiana, falta de elasticidade do reto, com a mucosa íntegra, são devidos à presença de tumores pélvicos que se projetam posteriormente (1,35%).

Um dos objetivos principais da retosigmoidoscopia rígida como exame complementar é a detecção de tumores de reto e pólipos retais. Nota-se a presença de 11 (4,95%) tumores retais, 6 (2,70%) pólipos retais e 3 (1,35%) tumores a nível de junção retosigmoidiana entre os achados retosigmoidianos.

Quando se observou sangramento intestinal (6,75%) vindo de uma região acima daquela examinada, foram indicados outros exames como a colonoscopia e o clister opaco com objetivo de esclarecer a causa de tal sangramento.

Outro importante objetivo no achado de dados (objetivos) positivos no exame é a progressão do aparelho à maior distância possível. A média total da distância alcançada nos 222 exames foi de 20,17 cm. Vários fatores contribuem para a obtenção de uma maior distância, como o estado de limpeza do reto e sigmóide, a colaboração do paciente, a habilidade do examinador e a presença de achados durante o exame que interfiram na progressão do aparelho conforme demonstra a Tabela Nº 5.

Tabela Nº 5 : Anormalidades impedindo a progressão do aparelhos (N=44).

ANORMALIDADES	Nº
Tumoração	14
Dificuldade de transpor a junção RS	10
Espasmo e fixação da junção RS	09
Dor ao transpor a junção RS	03
Estenose de junção RS	02
Dor anal	02
Diverticulose	02
Fecaloma	01
Anastomose colo retal	01
Total	44

A junção retosigmoidiana é um ponto crítico do exame e a dificuldade encontrada em sua passagem (22,70%) é devido tanto à sua conformação, quanto pela dor abdominal causada na tentativa de passagem com o aparelho. Portanto, nem sempre é possível ir além da mesma e deve-se saber o momento de parar a progressão com o intuito de evitar acidentes.

Outras vezes a junção retosigmoidiana é sede de tumores, estenoses cicatriciais de cirurgias anteriores e de radioterapia prévia, estas associadas à obstipação intestinal crônica, condições estas que também impedem a progressão do aparelho.

Como observado, o achado mais frequente impedindo a realização completa do exame foram as tumorações (31,80%), principalmente os tumores retais seguidos daqueles a nível da junção retosigmoidiana e dos tumores pélvicos de projeção posterior.

Nem em todos os exames foram diagnosticadas as causas da sintomatologia apresentada que levaram à realização dos mesmos. Por isso observamos que após a realização de retosigmoidoscopias cujos achados / incluíam impossibilidade de transpor a junção RS devido à dor, estenose da junção RS, obstrução da luz do reto e sigmóide por tumorações, sangramento intestinal proveniente de regiões superiores a da área examinada, foram requisitados outros exames como o cláster opaco, colonoscopia, ultrassonografia, bacterioscopia e cultura (nos casos de reite e colite) e parasitológico de fezes, para uma melhor avaliação.

Dentre os procedimentos realizados constaram 5 polipectomias, sendo que todos os pólipos eram benignos e a distância média de localização dos mesmos foi de 12,5 cm. Em uma oportunidade foi realizado o esvaziamento de fecaloma.

O número de biópsias realizadas e suas respectivas indicações constam na tabela Nº6.

Tabela Nº 6 : Biópsias - Indicações. (N= 39)

INDICAÇÕES	Nº
Colite	15
Tumor de reto	11
Retite actínica (controle)	03
RCUI	03
Tumoração pélvica de projeção posterior	02
Pólipo retal	02
Retite	01
Fissura anal posterior	01
Fibrose + sangramento anal	01
Total	39

A anoscopia constitui um excelente meio diagnóstico e de tratamento de patologias orificiais, principalmente de doenças hemorroidárias e suas associações, cujo achado anoscópico foi o mais frequente (54%) como mostra a tabela Nº 7.

Tabela Nº 7: Achados na anoscopia (N=276)

ACHADOS	Nº
Normal	81
Hemorróida de 2º Grau	59
Hemorróida de 3º Grau	56
Papila hipertrófica	19
Hemorróida de 1º Grau	18
Hemorróida de 4º Grau	16
Fissura anal posterior	14
Papilite hipertrófica	09
Trombo hemorroidário	02
Tu de canal anal	01
Criptite	01
Total	276

DISCUSSÃO

Observa-se que na medicina de países desenvolvidos, realiza-se ampla pesquisa em pacientes com sintomas gastrointestinais baixos como a enterorragia e as alterações do hábito intestinal, e também em pacientes assintomáticos, com o intuito principal de diagnosticar precocemente o câncer colorretal, contando assim com melhores prognósticos e possibilidade de tratamento.

Atualmente em nosso meio, na prática clínica diária, a indicação de exames endoscópicos do reto e intestino grosso esbarram em preconceitos morais e de ignorância médica que podem trazer resultados desastrosos para o paciente. Citamos como exemplo a presença de um carcinoma retal obstrutivo em um paciente hemorroidectomizado há 6 meses em que a retossigmoidoscopia não estava incluída nos exames pré-operatórios.

O que ocorre é a ausência de uma disposição ampla e satisfatória de exames como a colonoscopia e a sigmoidoscopia flexível, porém a associação da retosigmoidoscopia rígida com o clisteropaco é uma solução razoável e de baixo custo para a triagem e diagnóstico de pacientes com sintomas gastrointestinais baixos.

O preparo intestinal com lavagens de solução hipertônica de pequeno volume, produz alterações no padrão visual da retosigmoidoscopia rígida, porém permite alcançar uma maior distância do aparelho e facilita a passagem através da junção retosigmodiana. Não deve ser realizada em pacientes que apresentem uma necessidade de visualização direta da mucosa e do aspecto das fezes.(4).

Em relação à posição do paciente para a realização do exame, incômodo e embaraço (Principalmente em mulheres) causados ao adotar-se a posição genupeitoral, faz com que a posição em decúbito lateral esquerdo ou de Sims seja a adotada na maioria dos serviços, apesar da primeira permitir uma melhor visualização da parte inferior do reto(4).

A introdução dos sigmoidoscópios flexíveis de fibra ótica como procedimento inicial para avaliação completa do colon em relação à retosigmoidoscopia rígida gera dúvidas, e na verdade nunca foram definidas as vantagens de um procedimento sobre o outro(6). Tanto é, que as indicações para a retosigmoidoscopia rígida e flexível são idênticas, como a presença de mudança do hábito intestinal, perda de sangue persistente por via intestinal, suspeita no clister opaco, pacientes com diarreia crônica e clister opaco normal, pré-operatório de cirurgia orificial, presença de sangue oculto nas fezes, polipectomias, pacientes com lesões neoplásicas, etc; e também se confundem com as indicações para a colonoscopia(6).

Não é objetivo discorrer sobre as vantagens entre um método de exploração e outro, porém a colonoscopia permite uma visualização completa do colon, permitindo também a visualização do sigmóide; tem um custo maior que a retosigmoidoscopia rígida, exige preparo mais efetivo do colon e seu manuseio é mais difícil(8).

Não há dúvidas de que a altura alcançada por um sigmoidoscópio flexível é maior em relação ao rígido(20 cms em média)(7,10). O desconforto provocado pelos exames é semelhante e a incidência de complicações como a perfuração é equivalente(6). O preparo dos pacientes para a sigmoidoscopia flexível necessita de dois fleet enemas pois o colon necessita estar mais limpo, e às vezes é necessário realizar uma pré-medicação enquanto que a retosigmoidoscopia rígida pode ser realizada sem nenhum preparo e não necessita pré-medicação.

A retosigmoidoscopia rígida permite amplas biópsias e fácil realização de polipectomias, além de permitir uma melhor visualização do canal anal.

Quando analisadas como exames de triagem de câncer colorretal em pacientes acima de 40 anos, a sigmoidoscopia flexível mostrou uma eficácia duas vezes maior que a retosigmoidoscopia rígida, sendo o custo também o dobro, porém esta mesma observação não se repete para idades abaixo de 40 anos(6,7).

Observa-se que grande parte das lesões estão acima do alcance da retosigmoidoscopia rígida e esta sozinha torna-se inadequada para a investigação. Um estudo envolvendo 2.200 colonoscopias em pacientes com sangramento retal mostrou que 5% destes tinham câncer de colon direito e 38% tinham câncer de colon sigmóide, estando este último grupo dentro do alcance da retosigmoidoscopia rígida(5).

Em outro estudo 73% dos cânceres coloretais e 60% dos pólipos diagnosticados estavam acima do limite de visualização da retossigmoidoscopia rígida(10).

O clister opaco isolado não é uma boa investigação para pacientes com doença diverticular e sangramento retal persistente e estudos / colonoscópicos demonstram a presença de 2% de pacientes com carcinoma e doença diverticular associadas, e 22% de pólipos na presença de doença diverticular. Tal estudo também demonstra 8% de carcinomas e 24% de pólipos em pacientes com clister opaco normal(1).

De acordo com tais resultados, os estudos sugerem a combinação mais adequada possível da pesquisa de sangue oculto nas fezes, associada à realização da retossigmoidoscopia rígida e ao clister opaco, da realização da sigmoidoscopia flexível com o clister opaco (2)(9)

Tais condutas levarão à detecção precoce do carcinoma coloretal que se constitui na única esperança de cura.

A conduta adotada pelo serviço onde foi realizado o presente estudo baseia-se na investigação sequencial com retossigmoidoscopia rígida, clister opaco e colonoscopia, estando de acordo com aquelas tomadas pelos serviços pesquisados, não sequencialmente, mas com o mesmo objetivo de detecção precoce do carcinoma coloretal.

CONCLUSÃO

A retosigmoidoscopia rígida é um exame de fácil realização, causa pouco desconforto para o paciente e é de baixo custo, podendo ser realizada de uma maneira rápida, e não exige treinamento que reuer a sigmoidoscopia flexível e a coloscopia.

É um exame que sózinho não é adequado para triagem e diagnóstico de pacientes com sintomas gastrointestinais baixos persistentes, mas que deve ser o ponto de partida para a investigação / ois permitindo a visualização direta da mucosa intestinal, orienta o examinador no prosseguimento da pesquisa diagnóstica. Deve ser analizada sua utilização no pré-operatório de patologias orificiais.

Finalmente concluímos que a retosigmoidoscopia rígida se constitui em um exame de extrema valia, e por ser de baixo custo e acessível tem seu lugar garantido na maioria dos hospitais de nosso meio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALDRIDGE, M.C. & SIM, A.J.W. - Colonoscopy Findings in Symptomatic Patients Without X-Ray. Evidence of Colonic Neoplasms. The Lancet, 833-834. October. 1986.
- 2 - DONALD, I.P. et alii. - Sigmoidoscopy/proctoscopy service with open access to general practitioners. British Medical Journal, V 290: 759-761. March. 1985.
- 3 - GERHARD, R.L. et alii - Clinical and Endoscopic Findings in Patients Early in the Course of Clostridium Difficile - Associated Pseudomembranous Colitis. The American Journal of Medicine, V 78: 45-48. January. 1985.
- 4 - GOLIGHER, J.C. et alii - Diagnóstico de las enfermedades del ano recto y colon. Cirugía del ano, recto y colon. 3.ed, Mallorca, Salvat Editores, 1979. cap2. p. 49-80.
- 5 - BOULSTON, K.J. & COOK, I. - How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps?. The Lancet, 261-264. August. 1986.
- 6 - HEDBERG, S. E. - Flexible Sigmoidoscopy. In: HUNT, R.H. & WAYE, I. Colonoscopy Techniques. 1.ed, England, Year Book Medical Publishers, 1981. chapter 10.p. 179-187.
- 7 - HELZBERG, J.H. & MCCALLUM, R. W. - Flexible Sigmoidoscopy : Safety and usefulness in the geriatric patient. Geriatrics, V40(5) 105-111. May. 1985.
- 8 - HOFF, G. & VATN, M. - Epidemiology of Polyps in the Rectum and Sigmoid Colon. Endoscopic Evaluation of size and localization of polyps. Scand J. Gastroenterology, V 20: 356-360. 1985.

- 9 - MORRIS, D.M. et alii - Screening for Occult Blood in Selected Patients. The Potential for False Negatives. Cancer, V 54: 2272, 1984.
- 0 - YARBOROUGH, G.W. & WAISBREN, B.A. - The Benefits of Systematic Fiberoptic Flexible Sigmoidoscopy. Arch Intern Med, V 145 : 95-96. January. 1985.

TCC
UFSC
CC
0166

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0166

Autor: Nicolazzi, Luiz He

Título: O atual valor da retosigmoidosco



972803959

Ac. 252993

Ex.1 UFSC BSCCSM