

Indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais: uma revisão de literatura

Natália Pezzin Guinhazi *

Rafael de Azevedo Silva

Lorena Fecury Tavares

Ana Paula Oliveira Brito

Marcus Vinicius Henriques Brito

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém - Pará.

* E-mail: nati_guinhazi@hotmail.com

Resumo

Introdução: O pólipo intestinal é uma alteração causada pelo crescimento anormal da mucosa do intestino grosso (cólon e reto), sendo ele dividido entre benigno e maligno, devendo ser diagnosticado a partir de exames de rastreamento a fim de propor um tratamento individual e mais eficaz. **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa da literatura a respeito de indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão bibliográfica, realizada por meio de base de dados de artigos da literatura científica. **Conclusão:** O rastreamento de pólipos intestinais é fundamental para reduzir ou descartar um possível avanço do câncer colorretal. As combinações dos métodos existentes para o rastreamento agem de forma efetiva para a detecção e retirada do pólipo em caso de existir, sobretudo, a colonoscopia, além disso, é fundamental que cada caso seja tratado especificamente de acordo com os fatores de risco presente e com prazos periódicos a serem seguidos de um novo rastreamento.

Palavras-chave: Pólipos, Medicina, Gastroenterologia, Diagnóstico, Programas de Rastreamento.

Abstract

Introduction: The intestinal polyp is an alteration caused by abnormal growth of the large intestine (colon and rectum), which is divided into benign and malignant, and must be diagnosed from screening tests to propose individual and more effective treatment. **Objective:** To carry out an integrative review of the literature regarding

indications and conducts of intestinal polyp tracing. **Method:** This is a descriptive study of bibliographic review, carried out through a database of articles in the scientific literature. **Conclusion:** Screening for intestinal polyps is critical to reduce or rule out a possible advance of colorectal cancer. The combinations of existing methods for screening effectively act for the detection and removal of the polyp in case there is, above all, colonoscopy, in addition, it is fundamental that each case is treated specifically according to the present risk factors and with periods to be followed by a new trace.

Key words: Polyps, Medicine, Gastroenterology, Diagnosis, Mass Screening.

Resumen

Introducción: El pólipo intestinal es una alteración causada por el crecimiento anormal de la mucosa del intestino grueso (colon y recto), dividido entre benigno y maligno, debiendo ser diagnosticado a partir de exámenes de rastreo para proponer un tratamiento individual y más eficaz. **Objetivo:** Realizar una revisión integrativa de la literatura acerca de indicaciones y conductas de rastreo de pólipos intestinales. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica, realizada por medio de base de datos de artículos de la literatura científica. **Conclusión:** El rastreo de los pólipos intestinales es fundamental para reducir o descartar un posible avance del cáncer colorrectal. Las combinaciones de los métodos existentes para el rastreo actúan de forma efectiva para la detección y retirada del pólipo en caso de existir, sobre todo, la colonoscopia, además, es fundamental que cada caso sea tratado específicamente de acuerdo con los factores de riesgo presente y con plazos periódicos a seguir de un nuevo rastreo.

Palabras clave: Pólipos, Medicina, Gastroenterología, Diagnóstico, Tamizaje Masivo.

INTRODUÇÃO

O pólipo intestinal é uma alteração causada pelo crescimento anormal da mucosa do intestino grosso (cólon e reto), sendo ele dividido entre benigno e maligno. É uma condição comum que afeta uma grande parcela da população (entre 15 e 20%) (BERG et al, 2018). O crescimento ocorre por meio de mutações nas células da mucosa do intestino, seja ela por causas naturais ou por hereditariedade, sendo necessário o rastreamento periódico em casos de poliposes hereditárias - Síndromes da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) - visto que são mais perigosas por ter um risco de mutação maior e mais rápido e nas pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (BERG et al, 2018).

O diagnóstico dado a partir do rastreamento apresenta diferentes formas de identificação dos pólipos, são elas, a retossigmoidoscopia rígida, a

retossigmoidoscopia flexível e a colonoscopia, por ordem de profundidade alcançada no intestino, 20cm, 30cm e 60cm e todo o intestino respectivamente e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (BERG et al, 2018).

OBJETIVO

Realizar revisão de literatura a respeito de indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais nos últimos anos.

MÉTODOS

Efetivada a revisão da literatura científica com seleção de publicações relevantes sobre indicações e condutas de rastreamento de pólipos intestinais a partir de dados do Scientific Electronic Library (SciELO), Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde, MedLine, Pubmed, MedStudent e Google Acadêmico. Foi utilizado como critérios de inclusão artigos originais e de revisão publicados na íntegra na forma on-line nos idiomas português, espanhol e inglês utilizando os descritores supramencionados no respectivo idioma sobre tema pólipos intestinais no período de 2002 a 2016. Como critério de exclusão foi estabelecido artigos repetitivos e pesquisas fora do período estabelecido e com pouca ou nenhuma informação sobre o tema proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco

Entre os fatores relacionados ao desenvolvimento do câncer de intestino, destacam-se, a idade (igual ou superior a 50anos) e também dietas pobres em frutas, verduras e legumes e ricas em gordura animal. Há também, pessoas com casos de familiares que apresentam ou apresentaram primeiro grau de adenomas diagnosticados antes dos 50 anos de idade e que conseqüentemente tem o risco aumentado de desenvolverem câncer do intestino. Hoje aproximadamente 7% dos casos deste câncer estão associados a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (PAF) (BERG et al, 2018).

A carência de atividade física é um dos fatores associados ao risco de desenvolvimento do câncer do intestino, visto que a prática regular pode diminuir o risco de doença pela metade. Aparentemente, o que está relacionado a este efeito é diminuição do tempo de trânsito intestinal, minimizando assim o contato de carcinógenos com as células do intestino (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018).

Existem evidências que relacionam a neoplasia colorretal na literatura epidemiológica com o alto consumo de carnes vermelhas (principalmente quase queimadas), contudo, a força dessa associação e os tipos de carnes envolvidas

ainda não é consistente sendo pouco estudado no meio médico ainda. (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018).

O que existe na literatura sobre essa correlação é que a ingestão de carne vermelha, aumenta na concentração fecal, compostos nitrosos que são potenciais agentes cancerígenos, haja vista serem capazes de reagir com DNA para alterar bases e estimular a carcinogênese (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018). Além dos compostos anteriormente citados, existem as nitrosaminas, as quais precisam de ativação para serem convertidas em agentes cancerígenos. Esses e outros compostos como sais, nitratos, ferro, estradiol que estão presentes em carnes vermelhas, aumentam a proliferação celular (semelhante ao fator de crescimento de insulina), produzindo danos aos radicais livres, além de estimularem a produção de aminas heterocíclicas, as quais, em excesso, podem promover o câncer (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018).

A carne cozida em alta temperatura também contém outros potentes agentes mutagênicos e cancerígenos na forma de aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (FANG-CHIA, 2002). O risco para câncer sobreposto aos humanos acerca destas substâncias depende da extensão na qual estes componentes são ativados pelas enzimas metabólicas (FANG-CHIA, 2002).

O ato de grelhar a carne diretamente na chama do fogo produzirá uma fumaça contendo um grande número de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, como o benzopireno, que irá aderir à superfície do alimento (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018). A exposição aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, assim como o metabolismo destes compostos e sua carcinogenicidade, tem demonstrado que seus metabólitos reativos também podem ser formados no cólon (DE-SOUZA e COSTA-CASAGRANDE, 2018).

Além desses fatores de risco, a constipação intestinal é outro fator associado (HBR-GAMA, 2005).. É mais frequentemente em pessoas acima dos 40 anos, e uma condição comum na população em geral é o reconhecimento de que hábitos alimentares e comportamentais inadequados representam as principais causas e a interpretação de que a constipação não é uma doença, leva os pacientes a recorrerem a soluções caseiras ou a automedicação (HBR-GAMA, 2005). Um início recente de alterações do hábito intestinal, especialmente em pacientes idosos, torna necessária a investigação de causas orgânicas como câncer colorretal. Presença de dor ou sangramento pode ser indicativo de uma lesão obstrutiva como neoplasia (HBR-GAMA, 2005). O início dos sintomas pode estar associado ao início da administração de determinados medicamentos, como os antagonistas do cálcio de ação cardiovascular, ou uso de antiácidos contendo alumínio (HBR-GAMA, 2005). Uma história longa, sem associação precisa a nenhum fator específico é sugestiva de maus hábitos alimentares e comportamentais como causa da constipação crônica (HBR-GAMA, 2005). Por outro lado, a avaliação deve sempre se basear na

alteração em relação ao hábito intestinal prévio de cada indivíduo (HBR-GAMA, 2005). O quadro clínico típico é de uma história longa de constipação seguida de uma dependência crescente de laxantes e perda da resposta motora do cólon. Nesse sentido, a avaliação da constipação de início recente, especialmente em indivíduos acima de 40 anos com história de anemia ferropriva ou sangramento retal deve incluir a colonoscopia (HBR-GAMA, 2005).

Faixa de incidência

Segundo dados de pesquisas, o câncer colorretal é um dos mais incidentes na população brasileira, e esse índice está aumentando anualmente (HBR-GAMA, 2005).. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) fez estimativas da incidência de Câncer Colorretal (CCR) dos anos de 2012/2013/2014/2015, divididos em grupos. O primeiro grupo, 2012/2013, foi estimado cerca de trinta mil novos casos, e o segundo, 2014/2015⁷, foi estimado com trinta e três mil novos casos. O instituto oncogúia fez a estimativa para 2016/2017, e esta foi de trinta e quatro mil e duzentos novos casos (HBR-GAMA, 2005)..

Rastreamento

A história natural do câncer do intestino prevê a necessidade de prevenção e detecção precoce dessa patologia, visto que a maioria dos casos evolui de lesões benignas, os pólipos adenomatosos, em um período de aproximadamente de 10 a 15 anos, ou seja, há um longo intervalo pré-clínico detectável e que é possível a identificação e retirada dos pólipos intestinais.

O rastreamento tem como objetivo selecionar pessoas, que mesmo assintomáticos, vão passar por métodos de diagnóstico específicos de detecção de pólipos intestinais em sua fase inicial. Existente três grupos de estimativa de risco: Indivíduos de baixo risco, indivíduos de risco moderado e indivíduos de alto risco, e o rastreamento deve ser efetuado de forma diferente para cada um deles de acordo com a sua estimativa¹³.

- Baixo risco – indivíduos com idade superior a 50 anos e sem outros fatores de risco.
- Risco moderado – pacientes com história familiar de câncer do intestino em um ou mais parentes de primeiro grau, história pessoal de pólipo maior do que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho e os indivíduos com antecedente pessoal de câncer do intestino tratado com intenção curativa.
- Alto risco – indivíduos com história familiar de FAP ou HNPCC, ou com diagnóstico de doença inflamatória intestinal na forma da pancolite ou colite esquerda.

Recomendações de rastreamento

Recomendação para rastreamento de prevenção do Câncer Colorretal (CCR) em pacientes normais:

É recomendado o rastreamento para prevenção do CCR em todos pacientes com idade igual ou superior aos 50 anos, independente de sinais ou sintomas da doença ou de história familiar, por serem considerados de risco médio para o CCR, devido ao aumento da incidência desta doença a partir desta idade, buscando detectar e remover os pólipos adenomatosos para redução da mortalidade e incidência do CCR (FANG-CHIA, 2002). Os exames de colonoscopia, se não houver sido detectado nenhum sinal possivelmente cancerígeno, devem ser realizados a cada 10 anos (FANG-CHIA, 2002).

Recomendação para rastreamento de prevenção do CCR em pacientes com história familiar de CCR ou de adenoma colorretal, considerados de alto risco: Parentes de primeiro grau de indivíduos com CCR ou adenoma apresentam risco aumentado de CCR e devem realizar colonoscopia a cada 5 anos a partir dos 40 anos de idade ou 10 anos abaixo da idade do diagnóstico do CCR em seu familiar mais jovem. O risco é ainda maior se possuir mais de um parente de primeiro grau acometido com CCR ou se diagnosticado antes dos 45 anos de idade (HBR-GAMA, 2005).

Recomendações para rastreamento em pacientes que apresentam fatores de risco já estabelecidos para o desenvolvimento do CCR são: Síndromes genéticas, história familiar para CCR, câncer de endométrio, ovário, estômago, ureter, pelve renal ou intestino delgado, história pessoal de doença inflamatória intestinal ou CCR. Porém, estudos mostram que mais de 75% de todos os casos de CCR ocorrem em pessoas que não apresentam estes fatores. Além disso, o tabagismo e consumo de álcool também são indicativos para o início precoce do rastreamento com objetivo de prevenção e detecção do CCR, pois são fatores que podem levar ao desenvolvimento de diversos tipos de câncer. Os pacientes que possuem fatores de risco, principalmente com histórico familiar, devem realizar a colonoscopia a cada 5 anos. Ao se detectar pólipos, os exames devem ser feitos a cada 3 anos até a segunda consulta sem sinais dos pólipos, quando retorna ao procedimento normal a cada 5 anos⁴.

Rastreamento do paciente positivo

É preciso repetir colonoscopia a cada 3-5 anos, dependendo dos achados colonoscópicos anteriores. Em pacientes que o pólipo não foi completamente ressecado, repetir a colonoscopia em 2-6 meses, dependendo dos achados iniciais e pacientes que foram submetidos à cirurgia curativa de câncer colorretal devem fazer colonoscopia 1 ano após a cirurgia ou após 3-6 meses quando a colonoscopia pré-

operatória tiver sido incompleta. Em casos específicos como em pacientes com história pessoal de doença inflamatória intestinal devem iniciar o rastreamento com colonoscopia após 8-10 anos do início dos sintomas da doença inflamatória e devem fazer o exame a intervalos de 1-2 anos¹.

Em relação ao tipo de pólipos encontrados a Sociedade Brasileira de Coloproctologia recomenda a realização de colonoscopia da seguinte forma:

- Pólipo hiperplásicos menores de 1cm – colonoscopia em 10 anos;
- 1 ou 2 adenomas tubulares menores de 1cm – colonoscopia em 5 a 10 anos,
- 3 a 10 adenomas tubulares – colonoscopia em 3 anos,
- Mais de 10 adenomas – colonoscopia em 1 ano,
- 1 ou mais adenomas tubulares maiores de 1cm – colonoscopia em 3 anos,
- 1 ou mais adenomas viloso ou túbulo-vilosos - colonoscopia em 3 anos,
- 1 adenoma com sinais de displasia de alto grau – colonoscopia em 1 ano.

Formas de rastreamento

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes:

É o rastreamento para câncer de intestino usado no grupo de baixo e moderado risco (FANG-CHIA, 2002). Evidências científicas apontam para o início desse recurso a partir dos 50anos de idade e segundo recentes publicações do Instituto Nacional de Câncer (INCA) é recomendado a cada um ou dois anos dessa faixa etária (FANG-CHIA, 2002). A pesquisa de sangue oculto nas fezes é considerada um método alternativo à colonoscopia, podendo ser feita pelo método de colheita das fezes em papel impregnado com guáiac (utilizados e testado em ensaios clínicos distintos) (FANG-CHIA, 2002). O paciente recebe instruções e um envelope para a colheita de fezes (FANG-CHIA, 2002). Além disso, existem algumas restrições a serem seguidos, como de não comer carne, fazer ingestão de alimentos ricos em resíduos por três dias antes da colheita (FANG-CHIA, 2002). A resposta desse rastreamento é perceptível através de uma coloração azul no papel de filtro impregnado com resina de guáiac contendo a amostra de fezes, no caso de positivo (FANG-CHIA, 2002).

Sobre a pesquisa de sangue oculto nas fezes, existem divergências quanto a sua qualidade e especificidade. Segundo fora publicado no New England Journal of Medicine, um estudo de base populacional do Hospital Universitário de Canárias, na Espanha, que esse rastreamento pode ter resultados eficientes assim como na tradicional colonoscopia (FANG-CHIA, 2002). É confiável visto que é utilizado para detecção de sangramento e não para diagnóstico de pólipos adenomatosos ou de câncer (FANG-CHIA, 2002). No entanto, alguns especialistas dizem que a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode obter resultados negligenciados, umas vezes que esse exame prevê um preparo específico (FANG-CHIA, 2002). O consumo de carne

vermelha e seus derivados antes da colheita de fezes, por exemplo, pode ocasionar no aparecimento de sangue oculto nas fezes mesmo que o paciente não tenha nenhum tipo de tumor. Ademais, a identificação de sangue nas fezes pode caracterizar outros tipos de câncer – que também sangram – como de estômago e esôfago(FANG-CHIA, 2002).

Colonoscopia:

A colonoscopia é um método adequado na investigação das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias, sendo considerada diagnóstica e terapêutica. É considerada o padrão ouro para rastreamento do CCR. Permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupo de risco, investiga sinais e sintomas (dor abdominal, 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 cirúrgica, além disso, permite reduzir a incidência do CCR por meio de polipectomias.

O procedimento de colonoscopia é realizado por meio de um aparelho denominado colonoscópio fibrótico flexível que é inserido per anus (ou por um estoma já existente) sendo progredido cuidadosamente, percorrendo todo o intestino grosso. O exame dura cerca de uma hora e é realizado com o paciente sob sedação e analgesia para minimizar a ansiedade do paciente e o possível desconforto causado pelo colonoscópio, permitindo que o paciente permaneça imóvel em Posição de Sims (decúbito lateral para a esquerda) e com as pernas semiflexionadas no sentido do tórax; esta posição pode ser alterada com o decorrer do exame a fim de facilitar o avanço do colonoscópio (FANG-CHIA, 2002).

Um preparo intestinal de boa qualidade é essencial para o adequado exame diagnóstico e para as abordagens terapêuticas necessárias (MAIA et al, 2012). Utiliza-se para o preparo dieta sem fibras e o emprego de medicação laxativa (MAIA et al, 2012). O preparo ideal deva ser capaz de eliminar totalmente o material fecal, sem provocar danos à superfície da mucosa, ter baixo custo, requer um curto período de tempo entre sua ingestão e a eliminação, sem causar desconforto ou alterações significativas de fluidos e eletrólitos ao paciente. Entre os mais utilizados no preparo do cólon estão o Polietilenoglicol (PEG 4000) e o Manitol (MAIA et al, 2012). Porém, estudo recente demonstrou que a Lactulose 10% pode ser indicada como preparo intestinal para exames de colonoscopia, pois, sua eficácia é semelhante à do PEG 4000 desde que respeitada suas contraindicações (MAIA et al, 2012). Já em pacientes que possuem problemas ou patologias renais, hepáticas ou insuficiência cardíaca, sendo idosos ou não, as soluções isosmóticas (Manitol ou

PEG4000 como exemplo) devem ser indicadas, pois não alteram os sinais vitais ou o balanço eletrolítico (MAIA et al, 2012).

Vantagens da colonoscopia:

- É um procedimento de baixo custo e boa precisão;
- Remove pólipos sem a necessidade de uma cirurgia abdominal;
- É útil especialmente na avaliação de pacientes que apresentam diarreia de etiologia desconhecida, sangue oculto nas fezes e até anemia;
- Pode diagnosticar doenças inflamatórias e intestinais;
- Tratar de áreas com sangramento e estenose.

Contraindicações:

- Pacientes com diverticulite aguda ou colite fulminante e também na suspeita de perfuração colônica;
- Pacientes que fazem uso de medicamentos anticoagulante, devido ao risco de sangramento excessivo durante e após o exame;
- Pacientes com história recente de infarto do miocárdio (contraindicação relativa);
- Pacientes gestantes em qualquer período da gestação.

Complicações:

- Durante o preparo do cólon:

As alterações mais presentes em pacientes que realizam esta etapa são dor abdominal, tontura e vômitos, alterações endoscópicas e histológicas da mucosa cólica (confundido geralmente com doença inflamatória intestinal) caso seja utilizado as soluções de fosfato de sódio na preparação do cólon (OLIVEIRA et al, 2018). Raramente, pacientes nesta etapa podem evoluir com síndrome de Mallory-Weiss e Boerhaave (induzidos por vômitos), broncoaspiração, colite, pancreatite, arritmia cardíaca e também síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (OLIVEIRA et al, 2018).

- Uso de sedação e analgesia:

Os eventos adversos mais comuns abrangem desde alterações vitais pequenas até eventos cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio, arritmia, hipotensão e complicações respiratórias (obstrução de via aérea, depressão respiratória e apneia) que podem ser fatais ao gerar hipóxia e isquemia do indivíduo (MAIA et al, 2012). Já reações locais, são menos prejudiciais, contudo podem ocorrer, como flebites superficiais no local da injeção e prurido. (MAIA et al, 2012).

- Durante o exame:

A principal complicação do exame de colonoscopia com indicação diagnóstica é a perfuração cólica, principalmente na borda antimesentérica do cólon caso seja causado pelo corpo do endoscópio (PEREZ et al, 2008). Caso seja causado pela ponta do aparelho (endoscópio) ou relacionada à terapêutica, a lesão geralmente é pontual e menor (PEREZ et al, 2008). De forma geral, essa complicação está associada a taxas de mortalidade, morbidade e internações. (PEREZ et al, 2008).

Já a maior complicação do exame colonoscopia com indicação terapêutica é o sangramento, principalmente após ressecção de grandes lesões, exceto lacerações da mucosa causadas pela extremidade do aparelho dentro do paciente, que não costuma causar sangramento importante (PEREZ et al, 2008). Podem existir outras complicações, apesar de serem raras como ruptura esplênica, apendicite aguda, diverticulite, embolia gasosa da veia hepática, pneumotórax, enfisema subcutâneo, bacteremia, aprisionamento de alça e morte (PEREZ et al, 2008).

-Pós-Exame:

Diminuição de reflexos, re-sedação e surgimento de sintomas hemodinâmicos, causado por jejum prolongado e desidratação, podem ocorrer em pacientes.

Retossigmoidoscopia rígida:

Consiste da introdução do instrumento retossigmoidoscópio para a observação do reto e do cólon sigmóide distal, normalmente é utilizado sem uso de analgésicos ou sedativos, portanto, pode causar desconforto ou dor no paciente (VALADAO et al, 2010). Pode revelar alterações na mucosa, lesões polipóides, câncer, alterações inflamatórias, estenose, malformação vascular ou distorção anatômica de massas extraluminais (VALADAO et al, 2010).

O exame pode ser feito mesmo sem preparo intestinal, porém, quando necessário, é utilizado o Minilax 2 bisnagas (umas duas horas antes do exame e a outra uma hora depois da última) (VALADAO et al, 2010). O retossigmoidoscopia pode ser descartável ou metálico e o exame dura cerca de 5 minutos (VALADAO et al, 2010).

A posição comum de realização do exame é a Genupeitoral e o começo do exame se dá pelo toque retal para relaxar o esfíncter anal e afastar lesões que podem ser traumatizadas pelo retossigmoidoscópio (VALADAO et al, 2010). É recomendado que seja realizado a anoscopia antes do exame, visto que a insuflação de ar que a retoscopia necessita pode acabar acarretando acidentes (VALADAO et al, 2010). O retossigmoidoscópio precisa ser lubrificado antes de ser inserido na região anal (o lidocáina gel é usado comumente), e então, o objeto é inserido rapidamente para minimizar o desconforto e é direcionado ao umbigo por cerca de 4cm a 5cm, após isso, o objeto é inclinado em direção ao sacro e avança mais 4cm a 5cm quando o mandril é retirado e a fonte de luz acoplada ao retossigmoidoscópio. Sob visão é injetado ar o suficiente para distender o reto e segue-se o exame do reto em movimento circulares passando pelas 3 válvulas de Houston (a superior e inferior são convexas para a direita, e a do meio é convexa para o lado esquerdo) até a junção retossigmoidiana (VALADAO et al, 2010). A junção retossigmoidiana é ultrapassada com uma leve injeção de ar junto com delicado movimento para esquerda (15 ou 16 cm) e para examinar o sigmóide distal (18 ou 19 cm) geralmente exige uma manobra mais vigorosa para a direita e ventralmente (VALADAO et al, 2010). Na retirada do retossigmoidoscópio, também em movimentos circulares, examinam-se novamente estes segmentos. Quando um obstáculo é encontrado, o instrumento é recuado 3 a 4 cm e redirecionado para a luz exposta pela leve injeção de ar (VALADAO et al, 2010).

Quanto às complicações, poucas são relatadas, porém, estas são, dor, sangramento, inflamação do reto, perfuração intestinal decorrentes do exame e bacteremia (MAIA et al, 2012).

Retossimoidoscopia flexível:

É parecida com a rígida, porém, o campo de visão estudado é outro, visto que o exame permite a visualização do interior da parte final do intestino grosso (reto e sigmóide) (VALADAO et al, 2010). O instrumento utilizado é um tubo flexível (o que difere da retossimoidoscopia rígida), com cerca de 1 metro de comprimento e 1 centímetro de diâmetro (VALADAO et al, 2010). Um preparo precedente ao exame é necessário, pois a parte final do intestino precisa estar limpa, ou seja, sem resíduos, devido a isso, o médico irá guiar o paciente quanto à como limpar seu intestino, seja com dieta ou com medicamentos (normalmente laxantes de aplicação anal) (VALADAO et al, 2010). Além dessa preparação, sedativos são utilizados para minimizar os problemas com os pacientes durante o exame (VALADAO et al, 2010).

O exame começa com o toque retal para relaxar o esfíncter anal e é seguido pela introdução do aparelho, após posicionamento apropriado, o aparelho é introduzido suavemente através dos segmentos finais do intestino grosso, permitindo o exame cuidadoso de toda a mucosa e do canal anal interna e externamente (VALADAO et al, 2010). Para melhorar a visualização, é necessário injetar pequenas

quantidades de ar dentro do intestino, o que pode causar um pouco de cólica (VALADAO et al, 2010). Quando isso ocorre, esse ar é retirado através do próprio aparelho, aliviando a distensão (VALADAO et al, 2010).

Quanto às complicações, elas são raras e podem ser atribuídas ao sedativo ou ao exame em si (VALADAO et al, 2010). As relacionadas aos sedativos variam de uma flebite superficial (vermelhidão e inchaço no local da punção da veia), até situações de maior gravidade com hipotensão arterial (queda de pressão), bradicardia, depressão respiratória, broncoaspiração e parada cardiorrespiratória (VALADAO et al, 2010). E as relacionadas ao exame em si são sangramento e perfuração intestinal (VALADAO et al, 2010).

Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)

A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante (hereditário), responsável por 1% de câncer colorretal em indivíduos, por ser um defeito no gene APC, localizado no cromossomo 5q21 (ZANDONAI e SONOBE e SAWADA, 2012). A doença, possui um curso clínico que se manifesta na puberdade, por volta dos 20 anos, por meio de pólipos adenomatosos na mucosa colorretal os quais aumentando em quantidade e se degenerando, em 10 anos surge, em média, um câncer colorretal (ZANDONAI e SONOBE e SAWADA, 2012).

A conduta a ser feita com o paciente que herdou o gene dos pais (risco de 50%) é a realização do teste genético para o rastreamento e profilaxia (colectomia profilática) naqueles que possuem tal genética (ZANDONAI e SONOBE e SAWADA, 2012).

Marcadores tumorais

A Alfafetoproteína (AFP) é um importante marcador tumoral, os níveis séricos normais são de 5ng/ml à 10ng/ml, porém, quando os níveis se encontram de 500ng/ml já são sugestivos de malignidade, e quando ultrapassam os 1000ng/mL são indicadores de neoplasia. Deve ser coletada ao início do rastreamento do câncr colorretal e durante o tratamento quimioterápico (ROSSI et al, 2018).

O CA 72.4 ou TAG-72 é um marcador muito específico para cancro, porém não tem sensibilidade de órgão, no diagnóstico cada órgão tem uma porcentagem de sensibilidade, sendo 55% para o câncer de cólon. O nível sérico de referência para o CA 72.4 é de 6U/MI (ROSSI et al, 2018).

O CA 19.9 é liberado por células cancerosas e entra na corrente sanguínea, onde pode ser detectado. A utilização desse exame possui uma sensibilidade relativamente baixa, sendo ela de 30-40% e o valor de referência é de 37U/mL(ROSSI et al, 2018).

O Antígeno Carcinoembrionário (CEA) é produzido pelas células da mucosa gastrintestinal e o seu valor de referência é de 3,5ng/mL em não fumantes e 7ng/mL em fumantes (ROSSI et al, 2018). Os níveis elevados de CEA são detectados em aproximadamente 85% dos casos de carcinoma colorretal metastático e a especificidade do exame é de 90% a 95% para câncer colorretal (ROSSI et al, 2018).. O CEA deve ser coletado no início do rastreamento e no pós-operatório a cada 3 meses nos dois primeiros anos e a cada seis meses do terceiro ao quinto ano pós-operatório (ROSSI et al, 2018).

CONCLUSÃO

Verifica-se a necessidade do rastreamento de pólipos intestinais como forma de reduzir ou descartar possíveis avanços do câncer colorretal. As combinações dos métodos existentes para o rastreamento agem de forma efetiva para a detecção e retirada do pólipos em caso de existir, sobretudo, a colonoscopia, que hoje é considerado o método mais efetivo na investigação das doenças colorretais, com destaque para os pólipos e neoplasias. É considerada diagnóstica e terapêutica. Permite a identificação precoce de lesões em pessoas de grupo de risco, investiga sinais e sintomas, visualiza a mucosa do cólon e reto e faz a análise macroscópica das lesões encontradas. Permite também realizar procedimentos como biópsia. Além disso permite reduzir a incidência do Câncer Colorretal (CCR) por meio de polipectomias. Por fim, é fundamental que cada caso seja tratado especificamente de acordo com os fatores de risco presente e com prazos periódicos a serem seguidos de um novo rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. BERG, Elias de Mattos et al . Colorectal adenocarcinoma staging of patients in a public tertiary hospital in the state of Grande do Sul. Coloproctol. (Rio J.), Rio de Janeiro , v. 38, n. 3, p. 221-226, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632018000300221&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2018.05.003>.
2. DE-SOUZA, Alana Serrano Campelo; COSTA-CASAGRANDE, Thais Andrade. ANIMAL MODELS FOR COLORECTAL CANCER. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 31, n. 2, e1369, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202018000200500&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. Epub July 02, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020180001e1369>.
3. FANG CHIA, BIN. Rastreamento para câncer colorretal. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 48, n. 4, p. 286, Dec. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000400020>.

4. HABR-GAMA, Angelita. Câncer colorretal: a importância de sua prevenção. *Gastroenterol.*, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 2-3, Mar. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032005000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032005000100002>.
5. MAIA, Marcos Vinicius Alvim Soares et al . Preferência do paciente no rastreamento do câncer colorretal: uma comparação entre colonografia por tomografia computadorizada e colonoscopia. *Radiol Bras*, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 24-28, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842012000100007>.
6. OLIVEIRA, Max Moura de et al . Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. *bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 21, e180012, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100411&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. Epub Aug 27, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180012>.
7. PEREZ, Rodrigo Oliva et al . Instalação e resultados preliminares de programa de rastreamento populacional de câncer colorretal em município brasileiro. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 12-15, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202008000100003>.
8. ROSSI, Benedito Mauro et al . Tumores colorretais hereditários. *Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 271-280, Aug. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69911998000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69911998000400010>.
9. VALADAO, Marcus et al . Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. *Rev bras. colo-proctol.*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 2, p. 160-166, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802010000200006>.
10. ZANDONAI, Alexandra Paola; SONOBE, Helena Megumi; SAWADA, Namie Okino. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. *esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 234-239, Feb. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100031&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100031>.