

É o Exame Anatomopatológico de Rotina Indispensável em Cirurgias Orificiais?

Is the Histopathologic Examination Essential in Orificial Surgeries?

JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO¹, RODRIGO ROCHA SANTIAGO², ANA CAROLINA LISBOA PRUDENTE³, HUGO LEITE DE FARIAS BRITO⁴, FELIPE AUGUSTO DO PRADO TORRES⁵, JÚLIO AUGUSTO DO PRADO TORRES⁶, FERNANDA MENDONÇA RAMOS⁷, RAQUEL MATOS DE SANTANA⁸

¹ Professor, doutor e chefe do Serviço de Coloproctologia da UFS, ² Médico coloproctologista e chefe da residência médica de Cirurgia Geral da UFS, ³ Professora substituta do Serviço de Coloproctologia da UFS, ⁴ Professor adjunto e chefe do serviço de Patologia da UFS, ^{5,6,7,8} Acadêmicos de Medicina da UFS.

TORRES NETO JR; SANTIAGO RR; PRUDENTE ACL; BRITO HLF; TORRES FAP; TORRES JAP; RAMOS FM; SANTANA RM. É o Exame Anatomopatológico de Rotina Indispensável em Cirurgias Orificiais?. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(2): 152-159.

RESUMO: **Introdução:** O exame anatomopatológico é feito rotineiramente em cirurgias orificiais e é importante para diagnosticar doenças anais concomitantes, lesões malignas e doenças sexualmente transmissíveis não previstas anteriormente no exame clínico. O gasto com estes exames é bastante significativo para o serviço público o que evidencia a necessidade de avaliar o custo/benefício da sua utilização rotineira. **Objetivos:** Avaliar o tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo, o nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico, a importância clínica das patologias diagnosticadas secundariamente, o custo de realização dos exames e a relação custo/benefício dos mesmos. **Metodologia:** Estudo descritivo e retrospectivo de 173 exames anatomopatológicos de pacientes do Hospital Universitário de Aracaju realizados de 2005 a 2007, que foram submetidos à cirurgias orificiais. **Resultados:** O nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi elevada e, dos laudos discordantes, poucos apresentaram relevância clínica, havendo somente um caso de neoplasia anorretal. Houve um atraso significativo na emissão dos laudos, sugerindo sobrecarga do serviço e o custo/benefício para realização dos exames foi desfavorável. **Conclusão:** Sugerimos triagem para um uso racional e criterioso do exame anatomopatológico em cirurgias orificiais baseada na história clínica e fatores de risco do paciente.

Descritores: Exame anatomopatológico, cirurgia orificial, análise custo/benefício.

I. INTRODUÇÃO

Os exames anatomopatológicos são realizados através da análise de fragmentos de tecido ou órgão retirados por meio de biópsias, cirurgias, endoscopias, punção aspirativa com agulha grossa, necrópsias, entre outros. O estudo desses fragmentos permite análises macro e microscópicas com o objetivo de estabelecer o diagnóstico, avaliar fatores histopatológicos prognósticos e as margens cirúrgicas.

Dentre os procedimentos especializados realizados nos últimos anos, os exames anatomopatológicos estão entre os três procedimentos que apresentaram maior crescimento de gastos, juntamente com anestesia e ações especializadas em odontologia⁽¹⁾.

Atualmente o exame anatomopatológico de espécimes cirúrgicos é utilizado rotineiramente em cirurgias orificiais. A análise patológica de material cirúrgico serve para guiar os cuidados e tratamento do paciente. Além disso, serve para garantir, junto às se-

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia e Serviço de Patologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS) - Aracaju - Sergipe - Brasil.

Recebido em 11/02/2010

Aceito para publicação em 16/04/2010

guradoras de saúde, que procedimentos documentados são realizados tanto em caráter médico-legal, como uma ferramenta educacional para confirmar diagnósticos presumidos⁽²⁾.

No entanto, o gasto com exames anatomopatológicos de rotina é bastante significativo para o serviço público (cerca de R\$ 69,00 por procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples⁽³⁾ e R\$ 20,87 por exame anatomopatológico por congelamento ou parafina⁽⁴⁾) o que evidencia a necessidade de um uso racional e criterioso deste exame. Há inclusive sobrecarga dos serviços de anatomopatológicos atrasando a emissão de laudos de patologias que necessitariam tratamento totalmente dependente deste exame.

As patologias orificiais benignas envolvem canal anal, ânus, margem anal, períneo e região sacrococcígea. E são classificadas em: incontinência anal, hemorroidas, fissura anal, abscessos, fístulas, prolapso retal, prurido anal, cistos pilonidais, condiloma acuminado e gangrena de Fournier.

A avaliação anatomopatológica dos espécimes de cirurgias orificiais é utilizada para confirmar o diagnóstico clínico inicial, corrigi-lo e/ou evidenciar doenças anais concomitantes, algumas delas com maior relevância diagnóstica como as neoplasias anorretais e doenças sexualmente transmissíveis. Essas doenças podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas semelhantes aos das doenças orificiais benignas, sendo neste caso o exame anatomopatológico uma importante ferramenta diagnóstica.

A importância do exame anatomopatológico em diagnosticar lesões não previstas anteriormente pela impressão clínica deve ser avaliada e relacionada com o custo/benefício para o paciente e para a instituição médica.

II. OBJETIVOS

1. Objetivo Principal

Avaliar a necessidade de realizar exame anatomopatológico de rotina para patologias orificiais benignas.

2. Objetivos Secundários

Avaliar a capacidade deste exame evidenciar algo que não estava previsto na impressão clínica;

Avaliar o tempo decorrido entre a entrega de material para exame e a emissão do laudo;

Identificar a importância clínica da patologia diagnosticada pelo exame anatomopatológico e não prevista pela impressão clínica;

E avaliar a relação custo/benefício do mesmo.

III. REVISÃO DA LITERATURA

Apesar do exame anatomopatológico de rotina atualmente ser utilizado em cirurgias orificiais na maioria dos serviços de coloproctologia, o tema é ainda pouco abordado na literatura.

A região perianal, o ânus, o canal anal e o reto podem ser sedes de várias doenças, devendo estas regiões anatômicas serem examinadas com detalhe, mesmo tendo sido encontrada a doença mais comum aí existente: a doença hemorroidária. Isto porque inúmeras doenças anais concomitantes podem sediar tais regiões além da doença hemorroidária, somando seus sintomas aos desta doença⁽⁵⁾.

Em um estudo que avaliou 2.134 espécimes de doença hemorroidária operada, o exame anatomopatológico (EAP), além de diagnosticar a doença hemorroidária (DH), corroborou 541 diagnósticos de doença anal concomitante (DAC) dos 729 pacientes operados de DAC associado à DH (72,8%). E, mais, ainda, o EAP detectou, em 37 dos 2.134 espécimes cirúrgicos, doenças não diagnosticadas no pré-operatório (1,7%), como esquistossomose, amebíase, doença de Crohn anal, melanoma anal, carcinoma de células escamosas, doença de Bowen, tuberculose anal, câncer cloacogênico e linfoma. Dessa forma Cruz et al. concluíram que a realização do exame anatomopatológico de todos os espécimes cirúrgicos de hemorroidectomia é muito importante, tanto para corroborar o diagnóstico de doença hemorroidária, quanto para corroborar diagnósticos pré-operatórios de DAC e diagnosticar DAC não diagnosticadas no pré-operatório⁽⁶⁾.

Em um outro estudo, Carneiro et al. concluem que há relevância no exame histopatológico das peças cirúrgicas de hemorroidectomia devido à ocorrência de outras doenças anais associadas, aconselhando exame histopatológico de todo material proveniente de hemorroidectomias⁽⁷⁾.

Um estudo que avaliou a incidência das várias DAC à doença hemorroidária (9.289 casos) evidenciou que 12,1% dos portadores de doença hemorroidária também receberam o diagnóstico de DAC (1.122 casos). Dentre as DAC diagnosticadas, 48,2% eram

fissura anal, 27,8% eram hipertrofia de papilas anais, 10,4% eram fístula anal, 10,0% eram hipotonia anal com incontinência fecal parcial, 3,3% eram condilomas anais acuminados e 0,3% eram tumores perianais. Dos 1.122 portadores de DAC, 729 foram operados, tendo o exame histopatológico corroborado os diagnósticos proctológicos em 510 espécimes cirúrgicos (72,8%), excluindo-se os 31 casos de hipotonia anal, não passíveis de diagnóstico histopatológico⁽⁵⁾.

Dentre as doenças anais concomitantes, as que apresentam maior relevância diagnóstica são as neoplasias anorretais e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) está intimamente relacionada ao câncer anorretal. Sabe-se que 20% dos pacientes são assintomáticos, porém o sangramento e a dor associada à sensação de massa ocupando o canal anal são o sinal e o sintoma mais frequentes quase sempre erroneamente associados às doenças hemorroidárias⁽⁸⁾.

A infecção pelo HPV é uma das DSTs de maior incidência e prevalência no mundo e é considerada pré-neoplásica. A região anal é um dos sítios de maior acometimento desta doença. Isto é mais evidente em alguns grupos de pacientes, como aqueles com prurido anal idiopático, com antecedentes de condiloma anal tratado e com antecedentes de infecção genital pelo HPV tratada. O diagnóstico da infecção pelo HPV na forma clínica (condiloma acuminado) é essencialmente clínico com a verificação das verrugas, macroscopicamente. O diagnóstico da forma subclínica é possível pela anoscopia de alta resolução que cora a área doente, possibilitando a biópsia dirigida, confirmando-se o diagnóstico pelo anatomopatológico. O exame anatomopatológico, além do diagnóstico do HPV nas formas clínica e subclínica, possibilita identificar a neoplasia intraepitelial, o carcinoma microinvasivo e o carcinoma invasivo⁽⁹⁾.

Por muitos anos, a inflamação resultante de lesões anais benignas, como hemorróidas e fístulas anais, foi considerada um fator predisponente para câncer anorretal. Uma revisão da literatura realizada em 1990 concluiu que a associação causal entre lesões anais benignas e câncer anorretal foi estatisticamente confirmada⁽¹⁰⁾. Mas, numa avaliação mais recente, Frisch et al. afirmaram que apesar de seus achados confirmarem observações prévias de uma relação próxima entre doenças anais benignas e câncer anorretal, eles não corroboram o papel predisponente das doenças anais benignas⁽¹¹⁾.

As manifestações anorretais das doenças sexualmente transmissíveis apresentam um modo de apresentação variável que frequentemente simula as patologias anais benignas, o que as torna facilmente subdiagnosticadas. Nos casos de patologias anorretais onde há dificuldade diagnóstica, o exame anatomopatológico deve ser considerado num estágio inicial⁽¹²⁾.

As patologias anorretais benignas ou malignas apresentam geralmente uma sintomatologia comum, moderada ou ocasional. Portanto, ao evidenciar sintomas anorretais, uma avaliação completa deve ser realizada, pois doenças orificiais benignas podem coexistir com patologias anais concomitantes de maior relevância diagnóstica como neoplasia anorretal e doenças sexualmente transmissíveis⁽¹³⁾.

Segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (2008), o custo do tratamento tardio destas patologias de maior relevância clínica (neoplasia anorretal, lesões por HPV e esquistossomose, por exemplo) seria: excisão de lesão ou tumor anorretal R\$ 215,60; amputação abdomino perineal do reto completa R\$ 997,66, quimioterapia/radioterapia 1ª linha R\$ 571,50 e de 2ª linha, R\$ 2.224,00 e tratamento cirúrgico de varizes esofágicas R\$ 705,03.

Um estudo feito pela Unimed de Belo Horizonte, avaliou os dados de 447 pacientes de câncer atendidos pela operadora e estimou que, entre 2008 e 2010, o tratamento do câncer em estágios avançados será quase oito vezes mais caro do que se esses mesmos pacientes tivessem detectado a doença na fase inicial. Para o mesmo período, as projeções indicam que os custos de tratamento serão sete vezes maiores do que as despesas com ações de prevenção⁽¹⁴⁾.

No entanto, o gasto com exames anatomopatológicos de rotina é bastante significativo para o serviço público, cerca de R\$ 69,00 por procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples⁽³⁾ e R\$ 20,87 por exame anatomopatológico por congelamento ou parafina⁽⁴⁾, o que evidencia a necessidade de um uso racional e criterioso deste exame.

IV. METODOLOGIA

1. Casuística

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de exames anatomopatológicos de pacientes do Hospital Universitário de Aracaju (Universidade Federal de Sergipe)

realizados em 2005, 2006 e 2007 (época de instalação do Serviço de Coloproctologia), que foram submetidos à cirurgias orificiais. Os exames foram analisados qualitativa e quantitativamente. A análise qualitativa dos exames foi realizada de acordo com a avaliação do tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo, do nível de concordância e discordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico e da importância clínica das patologias diagnosticadas secundariamente. A análise quantitativa avaliou o custo da realização dos exames e a relação custo/benefício da realização dos mesmos.

1.1 Critérios para inclusão

Foram incluídos todos os exames anatomopatológicos de pacientes que se submeteram à qualquer tipo de cirurgia orificial, de ambos os gêneros.

2. Método

2.1 Avaliação dos exames anatomopatológicos

A partir de um levantamento já realizado de cirurgias orificiais (Banco de Dados do Serviço de Coloproctologia) – foram pesquisados todos os exames anatomopatológicos. Em seguida, os dados obtidos foram relacionados em planilha do Excel®. Foram avaliados o tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo, o nível de concordância e discordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico, a importância clínica das patologias diagnosticadas secundariamente, o custo de realização dos exames anatomopatológicos e a relação custo/benefício dos mesmos.

2.2 Considerações éticas

Os pacientes não participaram diretamente da pesquisa e, por isso, não assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa utilizou somente os exames anatomopatológicos destes pacientes para obtenção de dados. Esta pesquisa não oferece riscos, nem gastos adicionais ao sujeito da pesquisa e o anonimato do paciente foi respeitado. O projeto foi submetido à apreciação e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

2.3 Análise Estatística

O pequeno número de pacientes onde houve discordância entre a hipótese diagnóstica e o laudo

anatomopatológico não permitiu a aplicação de um teste de significância, tendo sido somente realizada uma análise descritiva.

V. RESULTADOS

Foi realizado o levantamento de 340 exames anatomopatológicos de pacientes do Hospital Universitário de Aracaju (Universidade Federal de Sergipe) realizados em 2005, 2006 e 2007, pertencentes ao banco de dados do Serviço de Coloproctologia. Os laudos foram revisados e dos 340 exames, 160 foram excluídos do estudo por não pertencerem ao grupo de patologias orificiais. Após a coleta de dados, dos 180 exames anatomopatológicos avaliados, 7 foram excluídos por falta de dados, restando 173 laudos incluídos no estudo.

Dos 173 pacientes, 72 (41,6%) eram do gênero masculino e 101 (58,4%) do gênero feminino. A média de idade dos pacientes submetidos à cirurgia orificial foi de 41 anos com desvio padrão de 14,67, e a idade variou de 1 ano a 81 anos.

O tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo anatomopatológico teve uma média de 23,89 dias com desvio padrão de 26,69, e o intervalo variou de 3 dias a 149 dias. Dos 173 laudos, 113 (65,3%) foram entregues com até 15 dias e 60 (34,7%) foram entregues com mais de 15 dias. Destes 60 laudos, 31 (18%) deles foram entregues com mais de 30 dias e 17 (9,8%) com mais de 60 dias.

O custo para realização dos exames anatomopatológicos nesse estudo foi de R\$3.756,60 (180 exames x R\$ 20,87 – dado da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2008).

O nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi de 93% (161 laudos de 173). Destes 161 laudos que corroboraram o diagnóstico pré-operatório, 139 (80,3%) representaram patologias orificiais costumeiras (hemorroidas, fístulas, fissuras e plicomas anais) (Tabela 1) e 22 (12,7%) representaram outras patologias proctológicas (cistos pilonidais, pólipos, condilomas, prolapso retal, leucoplasia, neoplasia anorretal) (Tabela 2).

O nível de discordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi de 7% (12 laudos de 173). Destes 12 laudos, 8 (4,6%) apresentaram relevância clínica significativa e não prevista no diagnóstico pré-operatório: 4 casos de

Tabela 1 - Patologias orificiais costumeiras suspeitadas no pré-operatório e confirmadas pelo exame anatomopatológico.

Patologia Orificial	Nº de casos	Percentagem
Hemorróidas	85	61%
Fístula anal	26	18,7%
Fissura anal	6	4,4%
Plicoma anal	2	1,4%
Hemorróidas + Plicoma anal	8	5,8%
Hemorróidas + Fissura anal	6	4,4%
Hemorróidas + Fístula anal	4	2,9%
Plicoma anal + Fissura anal	1	0,7%
Hemorróidas + Fístula anal + Plicoma anal	1	0,7%
Total	139	100%

esquistossomose, 2 lesões por HPV, 1 caso de neoplasia anorretal e 1 caso de displasia epitelial (Tabela 3).

VI. DISCUSSÃO

O exame anatomopatológico atualmente é feito de rotina em cirurgias orificiais e é importante para diagnosticar doenças anais concomitantes, lesões malignas e doenças sexualmente transmissíveis não previstas anteriormente no exame clínico. Além disso, serve para garantir, junto às seguradoras de saúde, que procedimentos documentados são realizados tanto em ca-

ráter médico-legal, como uma ferramenta educacional para confirmar diagnósticos presumidos⁽²⁾.

No entanto, o gasto com exames anatomopatológicos de rotina é bastante significativo para o serviço público o que evidencia a necessidade de um uso racional e criterioso deste exame. Há inclusive sobrecarga dos serviços de anatomia patológica atrasando a emissão de laudos de patologias que necessitariam tratamento totalmente dependente deste exame.

No presente estudo o tempo decorrido entre a entrega do material e a emissão do laudo

Tabela 2 - Outras patologias proctológicas suspeitadas no pré-operatório e confirmadas pelo exame anatomopatológico.

Patologia Orificial	Nº de casos	Percentagem
Cisto Pilonidal	1	4,5%
Tumoração anal inflamatória	2	9%
Lesão hipocrômica em ânus	2	9%
Pólipos	5	22,9%
Condilomas acuminados	3	13,8%
Neoplasia anorretal	3	13,8%
Dor Perianal inespecífica	1	4,5%
Prolapso retal + Pólipo anal	1	4,5%
Cisto vaginal + Hemorróidas	1	4,5%
Papila Hipertrófica	1	4,5%
Fístula reto-vaginal	1	4,5%
Leucoplasia	1	4,5%
Total	22	100%

Tabela 3 - Laudos anatomopatológicos discordantes da hipótese diagnóstica pré-operatória.

Patologia Orificial	Nº de casos	Porcentagem
Piodermite abscedada	1	8,3%
Hidradenoma Papilífero	2	16,7%
Esquistossomose	4	33,4%
Papiloma escamoso	2	16,7%
Neoplasia anorretal	1	8,3%
Displasia de epitélio escamoso	1	8,3%
Fibrolipoma	1	8,3%
Total	12	100%

anatomopatológico teve uma média de 23,89 dias com desvio padrão de 26,69, e o intervalo variou de 3 dias a 149 dias. Dos 173 laudos, 113 (65,3%) foram entregues com até 15 dias e 60 (34,7%) foram entregues com mais de 15 dias. Destes 60 laudos, 31 (18%) deles foram entregues com mais de 30 dias e 17 (9,8%) com mais de 60 dias. Esses achados evidenciam uma sobrecarga do serviço de patologia com atraso (prazo de entrega maior do que 15 dias) na emissão de 34,7% dos laudos. A sobrecarga do serviço de patologia por exames onde a suspeita diagnóstica é clara e o paciente não possui fatores de risco retarda o diagnóstico de patologias com alta relevância clínica, como por exemplo as diversas neoplasias, contribuindo para o aumento na morbi/mortalidade e custo do tratamento tardio do câncer.

O nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi bastante significativo em nosso estudo (93% - 161 laudos de 173), sendo esse dado semelhante ao encontrado na literatura. Em um estudo que avaliou 2.134 espécimes de doença hemorroidária operada, o exame anatomopatológico, além de diagnosticar a doença hemorroidária (DH), corroborou 541 diagnósticos de doença anal concomitante (DAC) dos 729 pacientes operados de DAC associado à DH (72,8%) (CRUZ et al., 2007). O alto nível de concordância mostra que grande parte das patologias orificiais podem ser diagnosticadas com segurança baseando-se numa história clínica e exame proctológico detalhados.

O nível de discordância foi de 7% (12 laudos de 173). Destes 12 laudos, apenas 8 (4,6%) apresentaram relevância clínica significativa: 4 casos de esquistossomose, 2 lesões por HPV, 1 caso de neoplasia anorretal e 1 caso de displasia epitelial. O nível de

discordância encontrado na literatura foi ainda menor como mostra o mesmo estudo relatado anteriormente onde o exame anatomopatológico detectou, em somente 37 dos 2.134 espécimes cirúrgicos, doenças não diagnosticadas no pré-operatório (1,7%) (CRUZ et al., 2007). No presente estudo, o único caso de neoplasia anorretal onde não houve concordância com a hipótese diagnóstica, houve suspeição clínica para realização do exame anatomopatológico. Neste caso a hipótese diagnóstica pré-operatória foi condiloma acuminado e o laudo do exame foi neoplasia intraepitelial escamosa associada ao HPV. Este é um exemplo claro de otimização do uso do exame anatomopatológico para avaliação de lesões suspeitas.

De acordo com os estudos encontrados na literatura o exame anatomopatológico deve ser utilizado rotineiramente em cirurgias orificiais. Cruz et al. concluíram que a realização do exame anatomopatológico de todos os espécimes cirúrgicos de hemorroidectomia é muito importante, tanto para corroborar o diagnóstico de doença hemorroidária, quanto para corroborar diagnósticos pré-operatórios de DAC e diagnosticar DAC não diagnosticadas no pré-operatório⁽⁶⁾. Em um outro estudo, Carneiro et al. concluem que há relevância no exame histopatológico das peças cirúrgicas de hemorroidectomia devido à ocorrência de outras doenças anais associadas, aconselhando exame histopatológico de todo material proveniente de hemorroidectomias⁽⁷⁾. Um estudo que avaliou a incidência das várias DAC à doença hemorroidária (9.289 casos) evidenciou que 12,1% dos portadores de doença hemorroidária também receberam o diagnóstico de DAC (1.122 casos)⁽⁵⁾. Em nosso estudo, concluímos que o custo/benefício para realização do exame anatomopatológico de rotina em cirurgias orificiais não

foi favorável, com um índice de relevância clínica em apenas 4,6% dos casos, onde o resultado influenciou decisivamente no prognóstico do paciente. No restante dos casos, o exame evidenciou algo que já estava previsto na impressão clínica ou alguma patologia não relevante para mudança de conduta terapêutica do paciente.

Segundo a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (2008), o custo do exame anatomopatológico por congelamento ou parafina é R\$ 20,87; excisão de lesão ou tumor anorretal R\$ 215,60; amputação abdomino perineal do reto completa R\$ 997,66, quimioterapia/radioterapia 1ª linha R\$ 571,50 e de 2ª linha, R\$ 2.224,00 e o tratamento cirúrgico de varizes esofágicas R\$ 705,03. O custo para realização dos exames anatomopatológicos encontrado no nosso estudo foi de R\$ 3.756,60 (180 exames x R\$ 20,87). Esse dado quando comparado ao custo do tratamento tardio das patologias de maior relevância clínica diagnosticadas exclusivamente pelo exame anatomopatológico neste estudo (neoplasia anorretal, lesão por HPV e esquistossomose) mostra que o diagnóstico precoce destas patologias é extremamente importante tanto para reduzir a morbi/mortalidade destas patologias como para a economia do serviço público. Apesar disto, o custo do tratamento de um único caso de neoplasia anal encontrado no nosso estudo (excisão de tumor anorretal + radio/quimioterapia, por exemplo) seria tão alto que, isoladamente, já justificaria a realização de todos os exames anatomopatológicos.

O uso do exame anatomopatológico pode ser otimizado através de uma avaliação clínica cuidadosa e estudo dos fatores de risco do paciente (grupos de risco para DSTs, faixa etária maior que 50 anos, histó-

ria familiar de câncer, lesões de HPV, pacientes anorreceptivos,...), selecionando para avaliação anatomopatológica somente os casos suspeitos. Isto reduziria muito os gastos com exames desnecessários e não sobrecarregaria o serviço de patologia, possibilitando que os laudos fossem entregues em tempo hábil (menos de 15 dias). Desta forma os laudos de casos mais urgentes, como a suspeita de neoplasia, não seriam atrasados em função da grande maioria de casos onde não há dúvida diagnóstica.

Com base nesse estudo queremos sugerir a necessidade de uma triagem para um uso racional e criterioso do exame anatomopatológico em cirurgias orificiais baseada na história clínica e fatores de risco do paciente.

VII. CONCLUSÕES

O nível de concordância entre a impressão diagnóstica e a conclusão do anatomopatológico foi elevada.

Dos laudos discordantes, poucos apresentaram relevância clínica significativa, havendo somente um caso de neoplasia anorretal.

Houve um atraso significativo na emissão dos laudos anatomopatológicos, sugerindo sobrecarga do serviço.

O custo/benefício para realização dos exames anatomopatológicos encontrado no nosso estudo foi desfavorável.

Sugerimos triagem para um uso racional e criterioso do exame anatomopatológico em cirurgias orificiais baseada na história clínica e fatores de risco do paciente.

ABSTRACT: Introduction: The histopathologic examination is repeatedly done in orificial surgeries and it's important to diagnose anal diseases associated, malign lesions and sexually transmitted diseases that weren't previously predicted on the clinic examination. The cost of the histopathologic examinations is very significant to the public health service, which shows the need to do a cost-benefit analysis of their routine use. **Objectives:** Evaluate the time between the surgical specimen's delivery and the emission of the histopathologic examination's report, the concordance level between the clinic impression and the histopathologic examination's report, the clinical relevance of the diseases secondarily diagnosed, the cost of the histopathologic examinations and the cost-benefit analysis of them. **Methods:** Descriptive and retrospective study of 173 histopathologic examinations from patients of the Hospital Universitário de Aracaju made from 2005 to 2007, that were submitted to orificial surgeries. **Results:** High concordance level between the clinic impression and the histopathologic examination's report; from the discordants reports, a few had clinical relevance and was only one case of anal cancer. There was a significant delay on the reports' emission, which suggests that the pathology service is overloaded; and the cost-benefit analysis was unfavorable. **Conclusions:** We suggest screening to a rational and judicious use of the histopathologic examination in orificial surgeries based on the patient's clinical history and risk factors.

Key words: Histopathologic examination, orificial surgery, cost-benefit analysis.

VIII. REFERÊNCIAS

1. DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br Acesso em: 01 jul. 2009.
2. FELIX, F et al. Avaliação da utilidade do exame histopatológico como rotina em tonsilectomias. Rev. Bras. Otorrinolaringol, 2006; 72 (2).
3. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. 5ª edição. São Paulo, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/.../Relatorio_Analitico.pdf Acesso em: 07 jul. 2009.
5. CRUZ, GMG et al. Doenças anais concomitantes à doença hemorroidária: revisão de 1.122 pacientes. Rev bras Coloproct, 2006; 26(4): 369-376.
6. CRUZ, GMG et al. Exame Histopatológico em Espécimes de Doença Hemorroidária Operada – Revisão de 2.134 Casos. Rev bras Coloproct, 2007; 27(3): 269-277.
7. CARNEIRO, LLR et al. Exame histopatológico de peças cirúrgicas de hemorroidectomia. Rev Bras de Coloproctologia, 1999; suplemento 1, página 43.
8. SANTOS-JR, JCM. Câncer Ano-Retal-Cólico - Aspectos Atuais: I – Câncer Anal. Rev bras Coloproct, 2007; 27(2): 219-223.
9. MAGI, JC et al. Resultados do Exame Anátomo-Patológico e “Polymerase Chain Reaction (PCR)” na Forma Clínica e Subclínica da Infecção Anal pelo Papilomavirus Humano (HPV) - Estudo em Quatro Grupos de Pacientes. Rev bras Coloproct, 2006; 26(4): 406-413.
10. LEICHMAN, LP; CUMMINGS, BJ. Anal carcinoma. Curr Probl Câncer, 1990;14:117-159.
11. FRISCH, M et al. Benign Anal Lesions and the Risk of Anal Cancer. N Engl J Med, 1994; 331(5):300-2.
12. SCHOFIELD, JB; WINCESLAUS, SJ. Anorectal manifestations of sexually transmitted infections. Colorectal Dis, 2001; 3(2):74-81.
13. PFENNINGER, JL; ZAINEA, GG. Common Anorectal Conditions: Part II. Lesions. Am Fam Physician, 2001; 64(1):77-88.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

Endereço para correspondência:
JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO
Rua Ananias Azevedo Nº. 100, apto. 902
Bairro Praia 13 de Julho, Aracaju- SE
E-mail: jtorres@infonet.com.br
Tel.(fax): (79) 3214-4830