

# Análise Retrospectiva de 504 Colonoscopias

## Retrospective Analysis of 504 Colonoscopies

RODRIGO GUIMARÃES OLIVEIRA<sup>1</sup>, FLÁVIA FONTES FARIA<sup>1</sup>, ANTÔNIO CARLOS BARROS LIMA JÚNIOR<sup>1</sup>, FÁBIO GONTIJO RODRIGUES<sup>1</sup>, ÁUREA CÁSSIA GUALBERTO BRAGA<sup>3</sup>, DAVID DE LANNA<sup>2</sup>, HERALDO NEVES VALLE JÚNIOR<sup>2</sup>, RICARDO GUIMARÃES TEIXEIRA<sup>3</sup>, PETERSON MARTINS NEVES<sup>2</sup>, ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA<sup>2</sup>, JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO<sup>2</sup>, RENATA MAGALI RIBEIRO SILLUZIO FERREIRA<sup>2</sup>, ILSON GERALDO DA SILVA<sup>3</sup>, GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Pós-graduandos lato sensu em Coloproctologia; <sup>2</sup> Assistentes do Grupo de Coloproctologia, TSBCP; <sup>3</sup> Assistentes do Grupo de Coloproctologia, TSBCP e professores assistentes da Faculdade de Ciências Médicas de MG; <sup>4</sup> Coordenador do Grupo de Coloproctologia, Mestre, Doutor e Professor Titular de Coloproctologia, TSBCP, TFBG, TALACP, TCBC, TISUCRS, FASCRS.

---

OLIVEIRA RG; FARIA FF; LIMA JÚNIOR ACB; RODRIGUES FG; BRAGA ACG; LANNA D; VALLE JÚNIOR HN; TEIXEIRA RG; NEVES PM; ALVARENGA IM; CONSTANTINO JRM; FERREIRA RMRS; SILVA IG; CRUZ GMG. Análise Retrospectiva de 504 Colonoscopias Realizadas no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(2): 175-182.

**RESUMO:** Os autores analisaram, retrospectivamente, uma análise de 504 colonoscopias ambulatoriais, realizadas no período de junho de 2008 a maio de 2009, no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, pelo Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CPG). Dentre as observações retiradas do estudo, merecem destaques especiais as análises de sexo, faixas etárias, especialidade dos médicos solicitantes, indicações de colonoscopias, preparo intestinal utilizado, altura atingida pela colonoscopia, achados colonoscópicos e complicações do exame. Quanto ao sexo, 67% (337) eram mulheres e 33% (167) homens, e quanto às faixas etárias, sobressaiu a sexta (130 pacientes; 26%) e a sétima (113 pacientes; 22%). O exame foi autogerado pelo próprio grupo em 79,56% (401 colonoscopias), sendo as indicações mais comuns o sangramento baixo (76 casos; 13,0%) e controle de pacientes submetidos à cirurgias para abordagem de câncer colorretal (70 casos; 12,0%). O preparo intestinal foi feito com manitol, lactulose e picossulfato de sódio, de acordo com o estado clínico do paciente, ensejando 71% (359 casos) de resultados excelentes. A colonoscopia atingiu o ceco em 445 pacientes (88,0%), tendo chegado ao íleo terminal em 293 casos (58,0%). Os achados colonoscópicos principais foram os pólipos (163 casos; 28,0%), seguidos pelo exame normal (149 casos; 26,0%) e doença diverticular dos cólons (141 casos; 24,0%). Dos 151 pólipos que tiveram suas dimensões assinaladas, 130 pólipos tinham o maior diâmetro menor que 10 mm (86,0%). Dos 207 exames histopatológicos realizados, seja em ressecções seja em biópsias, o pólipo foi o achado mais comum (163 casos; 78,8%), e dos 163 pólipos ressecados o achado mais comum foram os adenomas com displasia de baixo grau (116 casos; 71,2%). Não foram verificadas complicações. Os dados foram comparados com alguns relatos da literatura, estando dentro dos padrões habituais.

**Descritores:** Colonoscopia; Diagnóstico; Doenças colorretais; Pólipos colorretais; Preparo intestinal.

---

## INTRODUÇÃO

A colonoscopia é um método de investigação colônica amplamente acessível em todo o país, além

de ser comumente utilizada como método de rastreamento, diagnóstico e terapêutico. Porém, raramente é feita uma análise de um grupo de exames, com intuítos não só científicos, mas com o objetivo de

---

Trabalho realizado no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - MG - Brasil.

Recebido em 15/10/2009

Aceito para publicação em 22/12/2009

se atingir um padrão de qualidade no serviço onde é realizado.

Em junho de 2008, inaugurou-se o Serviço de Colonoscopia do Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, sob direção do Grupo de Coloproctologia. Desde então, são realizadas, em média, 50 colonoscopias por mês, provenientes de toda a rede municipal de saúde, assim como da demanda gerada do atendimento ambulatorial do Grupo de Coloproctologia e demais especialidades. Até maio de 2009, foram realizadas 504 colonoscopias. O presente estudo tem o intuito de analisar tais exames quanto às características do paciente, preparo utilizado e respostas ao mesmo, além dos achados colonoscópicos.

## OBJETIVO

Este estudo visa promover uma análise retrospectiva de 504 colonoscopias ambulatoriais, realizadas no período de junho de 2008 a maio de 2009, no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, pelo Grupo de Coloproctologia.

## MÉTODO

Foram selecionados os laudos de colonoscopias provenientes do Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, realizadas em caráter ambulatorial, no período de junho de 2008 a maio de 2009, para análise dos seguintes dados.

1. Sexo do paciente;
2. Idade do paciente;
3. Especialidade do profissional solicitante;
4. Indicação da colonoscopia;
5. Qualidade de limpeza colônica com o preparo realizado;
6. Achados colonoscópicos;
7. Exames histopatológicos de biópsias realizadas;
8. Exame histopatológico de pólipos removidos.
9. Complicações das colonoscopias.

## RESULTADOS

Foram realizadas 504 colonoscopias no período analisado, tendo sido os seguintes os achados:

**Sexo:** 67% (337) dos pacientes eram do sexo feminino e 33% (167) do sexo masculino (tabela 1).

**Idades e faixas etárias:** prevaleceu a faixa etária 51 e 60 anos (130 pacientes; 26%), seguida da faixa de 61 a 70 anos (113 pacientes; 22%) e a faixa etária de 41 a 50 anos (98 pacientes; 19,0%), que somadas, totalizaram 341 pacientes (67,0%) (tabela 2).

**Especialidade do médico solicitante do exame:** 79,56% (401 colonoscopia) das solicitações foram feitas por membros do próprio Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte, sendo os restantes (103 profissionais; 19,84%) por especialistas afins (tabela 3).

**Indicações das colonoscopias:** as principais indicações foram sangramento baixo (76 casos; 13,0%) e controle de pacientes submetidos à cirurgias para

**Tabela 1 - Análise de 504 colonoscopias quanto ao sexo dos pacientes.**

| Sexo     | N   | %   |
|----------|-----|-----|
| Homens   | 167 | 33% |
| Mulheres | 337 | 67% |

**Tabela 2 - Análise de 504 colonoscopias quanto às faixas etárias dos pacientes.**

| Faixas etárias | N          | %          |
|----------------|------------|------------|
| <=30           | 19         | 4          |
| 31-40          | 51         | 10         |
| 41-50          | 98         | 19         |
| 51-60          | 130        | 26         |
| 61-70          | 113        | 22         |
| 71-80          | 66         | 13         |
| >80            | 19         | 4          |
| Não informado  | 8          | 2          |
| <b>Total</b>   | <b>504</b> | <b>100</b> |

**Tabela 3 - Análise de 504 colonoscopias quanto às especialidades dos médicos solicitantes do exame.**

| Solicitantes          | N          | %          |
|-----------------------|------------|------------|
| Coloproctologista     | 401        | 79,56      |
| Não Coloproctologista | 100        | 19,84      |
| Não informado         | 3          | 0,06       |
| <b>Total</b>          | <b>504</b> | <b>100</b> |

abordagem de câncer colorretal (70 casos; 12,0%), figurando as demais indicações na tabela 4.

**Preparo intestinal para colonoscopia:** os produtos utilizados no preparo intestinal foram manitol, lactulose e picossulfato de sódio, variando de acordo com o estado clínico do paciente. O preparo padronizado no serviço é o manitol, porém, a partir de março de 2009, iniciou-se um estudo prospectivo randomizado comparando lactulose e picossulfato de sódio. Por este

**Tabela 4 - Análise de 504 colonoscopias quanto às indicações do exame.**

| Indicações                       | N  | %  |
|----------------------------------|----|----|
| Sangramento baixo                | 76 | 13 |
| Controle neoplasia operada       | 70 | 12 |
| Dor abdominal                    | 44 | 7  |
| Sangue oculto positivo           | 38 | 6  |
| História familiar                | 36 | 6  |
| Controle de doença inflamatória  | 36 | 6  |
| Alteração de hábito intestinal   | 35 | 6  |
| Anemia                           | 35 | 6  |
| Controle de pólipos              | 26 | 4  |
| Diarréia                         | 25 | 4  |
| Pólipo retal                     | 20 | 3  |
| Suspeita de neoplasia colorretal | 17 | 3  |
| Constipação                      | 16 | 3  |
| Alteração em exames de imagem    | 14 | 2  |
| Emagrecimento                    | 12 | 2  |
| Doença diverticular              | 9  | 2  |
| Screening                        | 7  | 1  |
| Retite actínica                  | 6  | 1  |
| Aumento de muco                  | 6  | 1  |
| Aumento de CEA                   | 4  | 1  |
| Lesão hepática                   | 4  | 1  |
| Endometriose                     | 4  | 1  |
| Polipose                         | 4  | 1  |
| Não informado                    | 44 | 7  |
| Outros                           | 10 | 2  |
| Lesão subepitelial               | 2  | 20 |
| Lipoma de ceco                   | 1  | 10 |
| Acromegalia                      | 1  | 10 |
| Fístula                          | 1  | 10 |
| Massa pélvica                    | 1  | 10 |
| Procidência                      | 1  | 10 |
| Angiodisplasia                   | 1  | 10 |
| Controle de sarcoma              | 1  | 10 |
| Abscesso                         | 1  | 10 |

motivo os resultados dos preparos intestinais não foram relacionados com o produto utilizado. Assim, a limpeza intestinal ensejou 71% (359 casos) de resultados excelentes (60 pacientes; 12,0%) e bons (299 pacientes; 59,0%) (tabela 5).

**Altura atingida pela colonoscopia:** em 445 pacientes (88,0%) a colonoscopia atingiu o ceco, tendo ultrapassado o mesmo e adentrando o íleo terminal em 293 casos (58,0%) (tabela 6). Em 59 casos o exame foi incompleto (12,0%), o que decorreu de deficiência do preparo intestinal (27 casos), dificuldade técnica (14 casos), tumor (11 casos) e estenose (7 casos) (tabela 7). Portanto, considerando que a dificuldade técnica foi um fator limitante para se realizar o exame comple-

**Tabela 5 - Análise de 504 colonoscopias quanto aos resultados dos preparos intestinais obtidos com o uso de manitol, lactulose ou picossulfato de sódio, variando de acordo com o estado clínico do paciente.**

| Preparo intestinal | N          | %          |
|--------------------|------------|------------|
| Excelente          | 60         | 12         |
| Bom                | 299        | 59         |
| Regular            | 101        | 20         |
| Péssimo            | 44         | 9          |
| <b>Total</b>       | <b>504</b> | <b>100</b> |

**Tabela 6 - Análise de 504 colonoscopias quanto ao nível intestinal alcançado pelo exame.**

| Nível atingido | N   | %  |
|----------------|-----|----|
| Ceco           | 445 | 88 |
| Íleo           | 293 | 58 |

**Tabela 7 - Análise de 504 colonoscopias quanto à estatística de exames incompletos e os achados.**

| Exames incompletos  | N         | %          |
|---------------------|-----------|------------|
| Estenose            | 7         | 12         |
| Tumor               | 11        | 18         |
| Preparo             | 27        | 46         |
| Dificuldade técnica | 14        | 23         |
| <b>Total</b>        | <b>59</b> | <b>100</b> |

to em apenas 14 casos (2,8% dos casos), o índice de resolatividade do exame do serviço foi de 97,2%.

**Achados colonoscópicos:** os achados mais comuns da colonoscopia foram os pólipos (163 casos; 28,0%), seguidos pelo exame normal (149 casos; 26,0%) e doença diverticular dos cólons (141 casos; 24,0%). Outros achados muito menos frequentes estão enumerados na tabela 8.

**Análise das dimensões dos pólipos ressecados:** dos 163 pólipos ressecados, 151 tiveram suas dimensões assinaladas, resultando em 130 pólipos com maior diâmetro menor que 10 mm (86,0%); dos 21 pólipos restantes (14,0%), 11 tinham o diâmetro maior entre 11 e 20 mm (7,0%) e 10 pólipos p diâmetro maior acima de 20 mm (7,0%) (tabela 9).

**Exame histopatológico de pólipos ressecados e lesões biopsiadas:** Dos 207 exames histopatológicos realizados, seja em ressecções seja em biópsias, o pólipo foi o achado mais comum (163 casos; 78,8%), seguido pelo adenocarcinoma (25 casos; 12,1%) e processos inflamatórios (15 casos; 7,2%), além de um caso de carcinoma espinocelular (0,5%), tendo sido inconcludente o resultado de 3 wexames (1,4%) (tabela 10).

**Exame histopatológico de 163 pólipos ressecados:** Dos 163 pólipos ressecados, o achado mais comum foram os adenomas com displasia de baixo grau (116 casos; 71,2%), seguidos pelos pólipos hiperplásicos (31 casos; 19,0%), adenoma com displasia de alto grau (5 casos; 3,1%), constando da tabela 11 os demais achados.

**Complicações das colonoscopias propedêuticas e intervencionistas:** não foram observadas, salvo guardado o fato de que os pacientes mais graves não foram examinados em ambulatório, mas no hospital, não participando deste relato.

## DISCUSSÃO

A colonoscopia é atualmente considerada o exame padrão-ouro no exame da mucosa colônica e do íleo terminal<sup>3,4</sup>. Além de ter proposta diagnóstica, permite a realização de procedimentos terapêuticos.

No Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte, as colonoscopias ambulatoriais foram iniciadas em junho de 2008. Antes deste período, o acesso a este exame através do Sistema Único de Saúde era mais restrito, limitado a pacientes internados que ne-

**Tabela 8 - Análise de 504 colonoscopias aos achados colonoscópicos.**

| Achados colonoscópicos  | N   | %  |
|-------------------------|-----|----|
| Pólipos                 | 163 | 28 |
| Normal                  | 149 | 26 |
| Doença diverticulosa    | 141 | 24 |
| Tumor                   | 38  | 7  |
| Colite                  | 35  | 6  |
| Dolicocólon             | 16  | 3  |
| Angiectasia             | 12  | 2  |
| Retite                  | 9   | 2  |
| Polipose                | 4   | 1  |
| Outros                  | 14  | 2  |
| Ileíte                  | 2   | 14 |
| Lipoma                  | 2   | 14 |
| Melanose                | 2   | 14 |
| Estenose de íleo        | 2   | 14 |
| Lesão subepitelial      | 2   | 14 |
| Estenose de anastomose  | 2   | 14 |
| Granuloma de anostomose | 1   | 7  |
| Compressão extrínseca   | 1   | 7  |

**Tabela 9 - Análise de 504 colonoscopias quanto às dimensões dos pólipos ressecados durante o exame.**

| Tamanho de pólipos | N          | %          |
|--------------------|------------|------------|
| 1 - 10mm           | 130        | 86         |
| 11 - 20mm          | 11         | 7          |
| >20mm              | 10         | 7          |
| <b>Total</b>       | <b>151</b> | <b>100</b> |

**Tabela 10 - Análise de 504 colonoscopias quanto aos exames histopatológicos dos 207 biópsias e polipectomias realizadas.**

| Achados histopatológicos | N          | %          |
|--------------------------|------------|------------|
| Pólipos                  | 163        | 78,8       |
| Adenocarcinoma           | 25         | 12,1       |
| Processo inflamatório    | 15         | 7,2        |
| Carcinoma espinocelular  | 1          | 0,5        |
| Não informado            | 3          | 1,4        |
| <b>Total</b>             | <b>207</b> | <b>100</b> |

**Tabela 11** - Análise de 504 colonoscopias quanto aos exames histopatológicos das 163 polipectomias realizadas.

| Achados histopatológicos dos pólipos | N          | %          |
|--------------------------------------|------------|------------|
| Adenoma com displasia de baixo grau  | 116        | 71,2       |
| Pólipo hiperplásico                  | 31         | 19,0       |
| Adenoma malignizados                 | 3          | 1,8        |
| Adenoma com displasia de alto grau   | 5          | 3,1        |
| Pólipo cloacogênico                  | 2          | 1,2        |
| Carcinóide                           | 1          | 0,6        |
| Pólipo juvenil                       | 1          | 0,6        |
| Não informado                        | 4          | 2,5        |
| <b>Total</b>                         | <b>163</b> | <b>100</b> |

cessitavam de propedêutica, ou de pacientes provenientes dos ambulatórios do Grupo de Coloproctologia. Estes, para serem submetidos ao exame, necessitavam de internação prévia, causando limitações.

No período de um ano, foram realizadas 504 colonoscopias ambulatoriais, com uma média de 42 exames mensais, acima de médias de outros estudos <sup>1</sup>.

Quanto aos dados epidemiológicos dos pacientes, nota-se uma maior prevalência de exames no sexo feminino, o que pode ser decorrente da maior procura ambulatorial por pacientes do sexo feminino, principalmente no que diz respeito a doenças orificiais, e baseado na história clínica e familiar colhida, culminária na investigação colônica através de colonoscopia.

A faixa etária mais prevalente a de pacientes entre 51 a 70 anos de idade. Tal fato é condizente com a maior prevalência de doenças colônicas em faixas etárias acima de 50 anos.

A principal indicação foi sangramento baixo. Esta indicação englobava casos de hematoquezia ou enterorragia, com investigação negativa para hemorragia digestiva alta. A prevalência foi de 13% dos exames. Quando associada a anemia, a prevalência de aproxima aos achados na literatura <sup>1</sup>. A realização de colonoscopia com intuito de triagem preventiva para neoplasia colorretal foi responsável por apenas 1% dos exames, já que o ambulatório de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte é considerado um centro de referência, e a triagem é feita nos postos de saúde, além de a maioria dos pacientes apresentarem indicações pré-estabelecidas para colonoscopias baseadas em sintomatologias já existentes ou alterações radiológicas e/ou laboratoriais.

A maior prevalência de exames solicitados por membros do Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte pode ser explicado pelo fato de o mesmo ser considerado a referência para as demais clínicas do hospital. As avaliações solicitadas e o pedido formal de colonoscopia são realizados pelo grupo, porém geralmente a indicação é oriunda de outras clínicas. Soma-se a isso o fato de responsabilidade pelo atendimento da grande maioria das consultas coloproctológicas encaminhadas à Santa Casa de Belo Horizonte.

O preparo intestinal foi avaliado como bom em 59% dos casos. Tal parâmetro considera os preparos que apresentam pouco resíduo fecal, facilmente aspiráveis, que não prejudicam a avaliação da mucosa colônica. Tal achado pode ser justificado pela realização inadequada do preparo apesar das orientações dadas ao paciente, ou qualidade do produto adquirido para o preparo. Os preparos considerados péssimos (material fecal sólido intraluminal) foram encontrados em 9% dos exames.

Quanto ao nível colônico atingido, atingiu-se o íleo terminal em 58% dos casos, e até o ceco em 88% dos casos, estatística bem superior a dados relatados por Bowels et al, onde a média de intubação cecal em exames realizados por coloproctologistas foi de 71% <sup>5</sup>. Os exames considerados incompletos foram aqueles onde não se atingiu o ceco. As causas para tal estão listadas na tabela 06. A dificuldade técnica foi responsável por 24% dos exames incompletos, e por apenas 2,78% das colonoscopias realizadas. Portanto, o nível de excelência na realização de colonoscopias pelo serviço foi de 97,22%. Dados atuais da literatura mundial

sugerem que colonoscopistas treinados devem apresentar uma taxa de intubação cecal de aproximadamente 95%, estatística esta condizente com a realidade do serviço de colonoscopia da Santa Casa de Belo Horizonte.

As colonoscopias consideradas normais representaram 26% dos exames. Esta prevalência é menor que a média da literatura <sup>1</sup>, porém ainda significativa. Este achado deve-se, provavelmente, às indicações inespecíficas para a realização do exame, como dor abdominal, anemia e alteração de hábito intestinal (6% dos casos para cada indicação), somado ao fato de poucos exames realizados para prevenção de câncer colorretal.

Os achados colonoscópicos mais comuns foram pólipos (28% dos exames), estatística semelhante a literatura relacionada <sup>5,7,8</sup>, e doença diverticular (24% dos casos), achados semelhantes na literatura mundial <sup>1</sup>, porém com maior prevalência. O achado de lesões endoscopicamente neoplásicas ocorreu em 7% dos pacientes.

Pólipos foram encontrados e ressecados em 163 pacientes (59% das colonoscopias), dos quais os adenomas constituíram 155 casos (95,1% dos pólipos). De acordo com trabalho publicado por Santos et al, onde foi feita análise de pólipos colorretais oriundos de 3491 colonoscopias, a prevalência de pólipos foi de 47,8% dos exames, ou seja, condizente com a alta

prevalência encontrada neste estudo. Quando avaliado o grau de atipias celulares, Santos et al demonstraram que 86% dos adenomas encontrados apresentavam displasia leve, 8% displasia moderada e 6% displasia acentuada, correspondendo, em nosso material, a 71,2% (displasia de alto grau), e 3,1% (displasia de baixo grau). Pólipos hiperplásicos foram encontrados em 19,0% dos pólipos ressecados, enquanto no estudo de Santos et al., a prevalência foi de aproximadamente 36% <sup>7</sup>. Em nossa casuística foram observados 3 casos (1,8%) de pólipos malignizados, enquanto, incidências semelhantes às assinaladas por outros autores, como Seitz et al. (taxa de malignização entre 2 e 9,4% <sup>9</sup>), Bond (entre 4 e 7% <sup>11</sup>), Schmiegel et al. (5% <sup>10</sup>) e Santos (2,66% <sup>7</sup>).

Quanto às complicações per e pós-colonoscopias, não houve registros de casos entre os 504 colonoscopias realizadas. Tal fato pode ser influenciado pela seleção criteriosa do paciente nos ambulatórios, já que pacientes com risco anestésico elevado são encaminhados para colonoscopias em caráter hospitalar. Soma-se a isso o fato de não se realizarem procedimentos de risco elevado como extensas mucosectomias em caráter ambulatorial, sendo o paciente referenciado novamente para repetir o exame em caráter hospitalar.

As tabelas 12 e 13 fazem comparações entre dados obtidos por diversos serviços de colonoscopia,

**Tabela 12** - Comparação dos dados obtidos por diversos serviços de colonoscopia, com os dados deste estudo, no que diz respeito a alguns detalhes da colonoscopia, como o nível atingido, o número de colonoscopias normais, os principais achados colonoscópicos e as principais indicações do exame.

| Serviço                              | Grau de excelência (%) | Colonoscopia normal (%) | Diagnósticos principais (%)                                  | Indicações principais (%)   |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|--|---|
| Thomas-Gibson <sup>2</sup>           | 93                     | 41                      | Pólipos - 25,9<br>DII - 17<br>Diverticulose - 9              | Sangramento - 18<br>AHI - 11<br>Controle DII - 11                         |
| Bowels <sup>5</sup>                  | 76,9                   | 42,1                    | Pólipos - 22,5<br>Diverticulose - 14,9<br>DII - 13,9         | Sangramento - 19,9<br>Controle de pólipos - 16,5<br>Controle DII - 14,6   |
| Nahas <sup>1</sup>                   | 93,95                  | 42,42                   | Pólipos - 15,47<br>Diverticulose - 12,86<br>DII - 11,88      | Sangramento - 22,24<br>AHI - 14,76<br>Controle DII - 8,55                 |
| <b>Santa Casa<br/>Belo Horizonte</b> | <b>97,22</b>           | <b>26</b>               | <b>Pólipos - 28<br/>Diverticulose - 24<br/>Neoplasia - 7</b> | <b>Sangramento - 13<br/>Controle neoplasia - 12<br/>Dor abdominal - 7</b> |

**Tabela 13** - Comparação entre os dados obtidos por diversos serviços de colonoscopia, com os dados deste estudo, no que diz respeito à morbimortalidade do exame.

| Serviço                           | Nº exames     | Perfurações   | Sangramento | Óbitos    |
|-----------------------------------|---------------|---------------|-------------|-----------|
| Ettersperger et al. <sup>12</sup> | 5.822         | 0,20% – 0,57% | 0%          | 0,03%     |
| Puchner et al. <sup>13</sup>      | 10.000        | 0,09%         | 0,05%       | 0,02      |
| Parra-Blanco et al. <sup>14</sup> | 9.555         | 0%            | 1,10%       | 0%        |
| Sieg et al. <sup>15</sup>         | 82.416        | 0,06%         | 0,26%       | 0,07%     |
| Pérez Roldan et al. <sup>16</sup> | Não informado | 1,36%         | 5,44%       | 0%        |
| Thomas-Gibson et al. <sup>2</sup> | 505           | 0%            | 0,59%       | 0%        |
| Bowels et al. <sup>5</sup>        | 9.223         | 0,07%         | 0,13%       | 0,07%     |
| Nahas et al. <sup>1</sup>         | 2.567         | 0%            | 0,04%       | 0%        |
| <b>Santa Casa Belo Hte.</b>       | <b>504</b>    | <b>0%</b>     | <b>0%</b>   | <b>0%</b> |

incluindo os dados oriundos deste estudo, no que diz respeito a grau de excelência do exame, número de colonoscopias normais, principais achados colonoscópicos e principais indicações e complicações do referido exame.

### CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos neste estudo, é possível concluir que a amostra populacional avalia-

da no presente estudo é condizente com demais trabalhos, no que diz respeito a queixas clínicas que indicam a investigação colonoscópica, os achados colonoscópicos e os respectivos anatomopatológicos de biópsias realizadas. Nota-se a aceitável qualidade dos exames realizados pela Santa Casa de Belo Horizonte, baseando-se no nível colônico atingido. Além disso, nota-se que os métodos de preparos colônicos são aceitáveis, dado ao grau de limpeza atingido pelos mesmos.

**ABSTRACT:** The authors retrospectively analyzed 504 outpatient undergoing colonoscopy, performed from June 2008 to May 2009, in the “Center for Medical Specialties” of Santa Casa de Belo Horizonte, by the Group of Coloproctology of Santa Casa de Belo Horizonte and School of Medical Sciences of Minas Gerais (CPG). The study deserve special highlights the analysis of gender, age, specialty of referring physicians, indications of colonoscopy, bowel preparation used, height achieved by colonoscopy and colonoscopic findings. Regarding gender, 67% (337) were women and 33% (167) men, and as to age, stood sixth (130 patients, 26%) and seventh (113 patients, 22%). The examination was self-generated by the GCP in 79.56% (401 colonoscopies) and the most common indications were low bleeding (76 cases, 13.0%) and control patients undergoing surgical approach to colorectal cancer (70 cases; 12.0%). Bowel preparation was done with mannitol, lactulose and sodium picosulphate, according to the clinical status, allowing for 71% (359 cases) of excellent results. Colonoscopy reached the cecum in 445 patients (88.0%), having reached the terminal ileum in 293 cases (58.0%). The main findings were polyps (163 cases, 28.0%), followed by normal findings (149 cases, 26.0%) and diverticular disease of the colon (141 cases, 24.0%). Of the 151 polyps that had marked its size, 130 polyps were the largest diameter less than 10 mm (86.0%). Of 207 histopathological examinations performed, either in biopsies or in polyp resection, the polyp was the most common finding (163 cases, 78.8%), and among the 163 polyps resected the most common finding was the adenoma with low grade dysplasia (116 cases ; 71.2%). There were no complications. The data were compared with some published reports, all within the usual standards.

**Key words:** Colonoscopy; Diagnosis; Colorectal diseases; colorectal polyps; bowel preparation.

### REFERÊNCIAS

1. Nahas SC, Marques CFS, Araújo SA, Aisaka AA, Nahas CSR, Pinto RA, Kiss DR. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do intestino grosso: análise de 2.567 exames. Arq Gastroenterol 2005. 42–2;77-82.
2. Thomas-Gibson et al. Colonoscopy at a combined district general hospital and specialist endoscopy unit - lessons from

- 505 consecutive examinations. *J Royal Soc Medicine* 2002; 95:194-197.
3. Nahas SC, Alves PA, Nahas PS, Habr-Gama A, Pinotti HW. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico na doença do intestino grosso no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [resumo]. *Rev Bras Coloproctol* 1989;9 (suppl. 1):20.
  4. Nahas SC, Lourenção JL, Borba M. Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico nas doenças do intestino grosso [resumo]. *Rev Bras Coloproctol* 1992;12 (suppl 1):41.
  5. Bowles CJ, Leicester R, Romaya C, Swarbrick E, Williams CB, Epstein O. A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? *Gut* 2004;53:277-83.
  6. Royal College of Physicians. Guidelines for training appraisal and assessment of trainees in GI endoscopy. London: RCP; 2001.
  7. Santos et al. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. *Rev bras. colo-proctol.* [online]. 2008, vol.28, n.3, pp. 299-305.
  8. Giacosa A, Frascio F, Munizzi F. Epidemiology of colorectal polyps. *Tech Coloproctol.* 2004 Dec;8 Suppl 2:s243-7.
  9. Seitz U, Bohnacker S, Seewald S, Thonke F, Brand B, Brautigam T, et al. Is endoscopic polypectomy an adequate therapy for malignant colorectal adenomas? Presentation of 114 patients and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2004 Nov;47(11):1789-96; discussion 96-7.
  10. Schulmann K, Reiser M, Schmiegel W. Colonic cancer and polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2002 Feb;16(1):91-114.
  11. Bond JH. Interference with the adenoma-carcinoma sequence. *Eur J Cancer.* 1995 Jul-Aug;31A(7-8):1115-7.
  12. Ettersperger L, Zeitoun P, Thie?n G. Colonic perforations complicating colonoscopy. Apropos of 15 consecutive cases observed over 16 years. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19:1018-22.
  13. Puchner R, Allinger S, Doblhofer F, Wallner M, Knoflach P. Complications of diagnostic and interventional colonoscopy. *Wien Klin Wochenschr* 1996;108:142-6.
  14. Parra-Blanco A, Kaminaga N, Kojima T, Endo Y, Tajiri A, Fujita R. Colonoscopy polypectomy with cutting current: is it safe? *Gastrointest Endosc* 2000;51:676-81.
  24. Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML. Endoscopic resection of large colorectal polyps. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:36-47.
  15. Sieg A, Hachmoeller-Eisenbach U, Eisenbach T. Prospective evaluation of complications in outpatient GI endoscopy: a survey among German gastroenterologists. *Gastrointest Endosc* 2001;53:620-7.
  16. Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML. Endoscopic resection of large colorectal polyps. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:36-47.

**Endereço para correspondência:**

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ  
Rua Rio de Janeiro, 2017 / 1401  
Belo Horizonte – MG  
30160-042