

Estudo sobre a acurácia da colonoscopia na detecção do câncer colorretal

A study on the accuracy of colonoscopy in detecting colorectal cancer

Clara Isis Maria Ribeiro Gomes¹, Paulo Cesar Fonseca Furtado¹, Claudiane Suzzi Ferreira da Silva¹, Marcilene Coelho², Danilo Caldeira Rocha³, Fabrício Luiz da Silva Coutinho³

DOI: 10.5935/2238-3182.20130048

RESUMO

Justificativa e objetivos: o câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais comum e a segunda maior causa de morte relacionada ao câncer. A colonoscopia é a técnica de mais acuidade para o diagnóstico de lesões estruturais do cólon. O objetivo deste estudo foi calcular o índice de concordância diagnóstica (Kappa) da colonoscopia na suspeição de câncer colorretal comparando com o exame histopatológico (padrão-ouro) em pacientes sintomáticos examinados entre 2007 e 2010. **Pacientes e métodos:** foram estudados 233 casos de forma observacional e prospectiva. **Resultados:** alterações colonoscópicas suspeitas de câncer colorretal estavam presentes em 24 (6,87%) dos pacientes submetidos à colonoscopia e o diagnóstico foi confirmado pela histopatologia em 21 casos. Os locais mais acometidos pelo CCR foram o cólon (62,5%) e o reto (37,5%), não sendo encontradas lesões em ânus e canal anal. O cólon esquerdo foi o mais acometido (75%), com 58,33% das lesões em região sigmoide; e no cólon direito foram encontrados 25% das lesões. **Conclusão:** o índice Kappa de concordância diagnóstica nesta amostra na detecção do câncer colorretal foi de 0,88 com IC 0,78 e 0,98, considerado substancial.

Palavras-chave: Neoplasias Colorretais; Neoplasias Colorretais/diagnóstico; Colonoscopia; Biópsia.

ABSTRACT

Justification and objective: colorectal cancer (CRC) is the third most common malignant neoplasm and the second major cause of cancer-related death. Colonoscopy is the most accurate technique for diagnosing structural lesions in the colon. The aim of this study was to calculate the diagnostic agreement rate (Kappa) of colonoscopy in cases of suspected colorectal cancer and histopathological examination (gold standard) in symptomatic patients examined between 2007-2010. **Patients and methods:** 233 cases were assessed in this observational prospective study. **Results:** changes upon colonoscopy suggestive of colorectal cancer were present in 24 (6.87%) patients submitted to colonoscopy and diagnosis was confirmed by histopathology in 21 cases. Most affected by CRC were the colon (62.5%) and rectum (37.5%), and no lesions were found in the anus or anal canal. The left colon was the most affected (75%), with 58.33% of the lesions in the sigmoid region; and 25% of lesions were found in the right colon. **Conclusion:** The Kappa index of diagnostic agreement for this sample in the detection of colorectal cancer was 0.88 with CI 0.78 and 0.98, considered substantial.

Key words: Colorectal Neoplasms; Colorectal Neoplasms/diagnosis; Colonoscopy; Biopsy.

¹ Especialista em Clínica Médica. Hospital Municipal de Contagem. Contagem, MG – Brasil.

² Especialista em Patologia. Hospital Municipal de Contagem. Contagem, MG – Brasil

³ Especialista em Endoscopista. Hospital Municipal de Contagem. Contagem, MG – Brasil

Recebido em: 24/10/2011

Aprovado em: 14/01/2013

Instituição:
Hospital Municipal de Contagem
Contagem, MG – Brasil

Autor correspondente:
Paulo Cesar Fonseca Furtado
E-mail: paulofurtado@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é causa importante de morbimortalidade nas populações ocidentais. Nos Estados Unidos, constitui-se na segunda maior causa de morte por câncer. No Brasil constitui-se no quinto e no quarto tumor maligno mais frequente entre homens e mulheres, com 11.300 e 13.970 casos novos por ano, respectivamente, sendo a terceira causa de morte por câncer nas regiões Sul e Sudeste. Seu desenvolvimento ocorre a partir de condições pré-neoplásicas, resultado da transformação do epitélio colônico normal para pólipos adenomatosos e câncer.¹⁻⁴

Entre os tumores colorretais, 95% são adenocarcinomas, sendo raramente encontrados carcinoma de células escamosas, linfomas, carcinoides, lipossarcomas e leiomiiossarcomas.²

O CCR é o terceiro câncer mais comum no mundo, o segundo tipo mais comum nos países ocidentais, superado apenas pelo câncer de pulmão e de mama.

A progressão adenomacarcinoma é lenta, possivelmente por vários anos, e seguindo-se número considerável de alterações genéticas. Os pólipos adenomatosos são neoplasias glandulares benignas, com alterações epiteliais potencialmente malignas. Seu desenvolvimento associa-se a acúmulo de alterações genéticas que levam ao desequilíbrio entre proliferação de células epiteliais e apoptose. A probabilidade de um adenoma progredir para lesão invasiva depende de dois fatores críticos, como o tamanho do pólipo e o grau da displasia.⁵ Sua predisposição pode estar associada aos hábitos de vida como dieta rica em gorduras e baixa ingestão de fibras vegetais. As doenças inflamatórias intestinais, em especial a retocolite ulcerativa, também se relacionam ao aparecimento do CCR na razão direta do seu tempo de evolução e da extensão do comprometimento colônico.²

O CCR é mais frequente entre idosos e predomina na idade média de 60 anos. Afeta menos de 10% dos casos antes dos 50 anos de idade, entretanto, pode surgir em todas as idades, inclusive em jovens, faixa etária em que é mais agressivo e frequentemente relacionado à transmissão hereditária.^{6,7}

A incidência do CCR em homens e mulheres, bem como sua localização, é variável e vem sofrendo modificações. Sua distribuição é de 52,2 e 47,8% em homens e mulheres, respectivamente. Sua localização preferencial é nos cólons (53,1%), reto (41,2%) e ânus e canal anal (5,7%). O sigmoide e a junção

retossigmoidiana são os locais mais comuns de incidência do CCR.⁷

Os pacientes geralmente são assintomáticos, constituindo-se os sinais e sintomas mais comuns em: alteração do hábito intestinal, cólica abdominal, sangue oculto nas fezes e alteração da matéria fecal; e menos comuns: muco nas fezes, dor no baixo ventre, anemia, queda do estado geral, tumor abdominal palpável, obstrução intestinal aguda, fístulas colônicas e peritonite fecal por perfuração intestinal.⁸

A primeira colonoscopia total realizada com sucesso usando fibra óptica foi reportada em 1966, por Overholt e Pollard.⁹ A partir de então, com o aperfeiçoamento do método e melhor desenvolvimento técnico, tornou-se o principal meio de avaliação do cólon, mais sensível do que o exame radiológico, além de constituir-se em opção terapêutica.⁴

Os métodos endoscópicos permitem o diagnóstico e a ressecção dos pólipos quando ainda benignos, interrompendo a sequência adenoma-câncer. Hossne *et al.*⁴ descreveram que 54% dos pólipos encontrados são adenomatosos. Com isso, houve diminuição da incidência do CCR.

O pólipo biopsiado deve ser analisado histologicamente a fim de se detectar a presença ou não de carcinoma, seu grau histológico, invasão vascular e/ou linfática e sua margem de segurança, para determinar se a polipectomia já foi o tratamento definitivo ou se há a necessidade de ressecção cirúrgica do cólon.¹⁰

O rastreamento de pacientes com baixo risco de desenvolvimento de CCR envolve a pesquisa anual de sangue oculto nas fezes; e a partir dos 50 anos de idade, sigmoidoscopia flexível ou retossigmoidoscopia rígida a cada cinco e dois anos, respectivamente. Os pacientes com alto risco de desenvolvimento de câncer colorretal devem ser rastreados com colonoscopia a partir dos 40 anos de idade.¹⁰

A assertividade do diagnóstico por colonoscopia varia muito em relação ao local e à equipe médica que o realiza.⁴

O objetivo deste artigo é determinar a acurácia da colonoscopia na detecção do CCR; aferir a sensibilidade e a especificidade da colonoscopia na sua detecção e o índice de concordância diagnóstica da colonoscopia com o exame histopatológico; além de avaliar a sua distribuição nos pacientes acometidos quanto a sexo, idade e porção do trato intestinal baixo mais acometido.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados 233 pacientes, em população sintomática, com a realização de colonoscopia e biópsia de lesões consideradas suspeitas, em hospital terciário da região metropolitana de Belo Horizonte, entre janeiro de 2007 e abril de 2010. A sintomatologia mais comumente relacionada à solicitação da colonoscopia constituiu-se de: sangue oculto nas fezes, cólicas intestinais, anemia normocítica e normocrômica a esclarecer, alteração de cólon ou reto nos exames de enema opaco, suspeita clínica de tumor de intestino grosso, hemorragia digestiva baixa, CCR hereditário não polipoide, alterações do hábito intestinal e doenças inflamatórias intestinais. As biópsias foram coletadas por pinças de biópsia a frio, tipo espiculada, e os procedimentos de polipectomia realizados por alça tipo ovalada para estudo anatomopatológico.

Os dados foram tabulados no programa BR Office (versão 3.2) e as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa Minitab (versão 14.0). Foi calculado o índice Kappa de concordância diagnóstica entre achados endoscópicos sugestivos de malignidade e a avaliação histopatológica da biópsia de cólon.

Foi considerado estatisticamente significativo o valor “p” inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos 233 pacientes submetidos à colonoscopia houve suspeita de câncer colorretal em 24 e confirmação histopatológica em 21 casos.

Dos 209 pacientes sem alterações compatíveis com CCR, em dois o estudo anatomopatológico diagnosticou CCR.

Entre os casos com diagnóstico de câncer colorretal confirmado, 13 eram mulheres. A faixa etária dos pacientes com CCR variou entre 29 e 81 anos, com média de 56,95 anos e desvio-padrão de 22 anos.

O local mais acometido pelo CCR foi o cólon (62,5%), vindo em seguida o reto (37,5%), não sendo encontradas lesões em ânus e canal anal. O cólon esquerdo foi o mais acometido (75%), com 58,33% das suas lesões em região sigmoide; e no cólon direito foram encontrados 25% das lesões.

O índice Kappa registrado foi de 0,88 e o intervalo de confiança variou entre 0,78 e 0,98 ($p = 0,001$).

A colonoscopia, para a detecção do CCR, apresentou sensibilidade de 91,3%, especificidade de 98,6%, valor preditivo positivo de 87,5% e valor preditivo negativo de 99,0%.

DISCUSSÃO

Os dados apurados neste estudo são semelhantes aos relatados por Sánchez *et al.*⁷ e Santos *et al.*¹⁰, em relação à prevalência de câncer colorretal suspeitada pela colonoscopia e diagnosticada pela biópsia (Tabela 1). Esta observação indica que a suspeita endoscópica constitui indício relevante e deve ser motivo de análise histopatológica perseverante para julgamento patológico judicioso.

Tabela 1 - Comparação dos resultados deste estudo e os trabalhos de Sanches *et al.*⁷ e dos Santos *et al.*¹⁰

Colonoscopia	Comparação entre os estudos		
	Este estudo	Sanches <i>et al.</i> (2005)	Santos <i>et al.</i> (2009)
Prevalência de CCR	6,02%	4,76%	6,2%

Este estudo também revelou dados semelhantes aos descritos por Melo *et al.*² sobre a correlação entre pacientes com colonoscopia normal e cólon com arquitetura histológica preservada. Das 325 colonoscopias aqui relatadas, nas quais não havia suspeição, foram encontradas lesões próprias do CCR em dois casos (Tabela 2). Revela que o estudo anatomopatológico deve ser cuidadoso e perseverante em busca de qualquer anormalidade e que deve ser valorizada, mesmo que a endoscopia revele-se normal.

Tabela 2 - Comparação dos resultados entre o presente estudo e o trabalho de Melo *et al.*²

Prevalência de colonoscopias normais com histologia normal	Este estudo	Melo <i>et al.</i> (2009)
Porcentagem (%)	99,38 %	99,1 %

Cruz *et al.*⁶ obtiveram alguns resultados que se assemelham ao deste estudo, como: idade ao diagnóstico, localização e gênero dos pacientes acometidos por CCR (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre os resultados deste estudo e o de Cruz *et al.*⁶ em relação às características do CCR

Parâmetros	Cruz <i>et al</i> (2007)	Presente estudo
Média de idade de diagnóstico	60,6 anos	58,2 anos
Gênero masculino	52,2%	47,37%
Gênero feminino	47,8%	52,63%
Acometimento de cólons	53,1%	60%
Acometimento de Reto	41,2%	40%
Localização em cólon direito	22,2%	33,3%
Localização em cólon esquerdo	77,8%	66,7%

CONCLUSÕES

Houve concordância substancial entre o diagnóstico colonoscópico e histopatológico na análise de lesões colorretais sugestivas de CCR. É importante considerar que foram diagnosticados casos de CCR mesmo em lesões consideradas endoscopicamente benignas. A suspeita clínica deve ser confirmada sempre pelo estudo anatomopatológico, nunca ficando apenas o diagnóstico baseado na observação endoscópica.

REFERÊNCIAS

1. Petroianu A. Câncer colorretal. In: Petroianu A. Clínica cirúrgica, texto e autoavaliação. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
2. Melo MM, Cury PM, Ronchi LS, Goncalves Filho FA, Cunrath GS, Netinho JG. Terminal ileum of patients who underwent colonoscopy: endoscopic, histologic and clinical aspects. *Arq Gastroenterol.* 2009 June; 46(2):102-6.
3. Fang Chia Bin. Rastreamento para câncer colorretal. *Rev Assoc Med Bras.* 2002 dez; 48(4):286.
4. Lyra Júnior HF, Bonardi MA, Schiochet VJC, Baldin Júnior A, Carmes ER, Sartor MC, et al. Importância da Colonoscopia no Rastreamento de Pólipos e Câncer Colorretal em Pacientes Portadores de Pólipos Retais. *Rev Bras Colo-proctol.* 2005 jul/set; 25(3):226-34.
5. Goldman L, Ausiello DC. Tratado de medicina interna. 22ª ed. São Paulo: Elsevier; 2005.
6. Cruz GMGd, Santana JL, Santana SKAdA, Constantino JRM, Chamone BC, Ferreira RMRS, et al. Epidemiology, Diagnosis, Staging and Graduation of Colon Cancer in 490 patients. *Rev Bras Colo-proctol.* 2007; 27(2):139-53.
7. Sanchez A, Munoz C, Bujanda L, Iriondo C, Gil-Molet A, Cosme A, et al. The value of colonoscopy to assess rectal bleeding in patients referred from primary care units. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97:870-6.
8. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Harford WV, et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2000; 343(3):162-8.
9. Nahas SC, Marques CFS, Araújo SA, Aisaka AA, Nahas CSR, Pinto RA, et al. Colonoscopy as a diagnostic and therapeutic method of the large bowel diseases: analysis of 2,567 exams. *Arq Gastroenterol.* 2005; 42(2):77-82.
10. Santos CHM, Cury MdS, Saad FT. Principais achados de colonoscopias realizadas em caráter de urgência e eletivas. *Rev Bras Colo-proctol.* 2009; 29(1):83-7.