Tópicos de interesse para o especialista

O Momento da Realização da Colonoscopia: Análise Crítica

Marta Brenner Machado

A endoscopia ocupa um capítulo de grande importância neste singular assunto da gastroenterologia, que são as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Seu papel, fundamental, envolve: diagnóstico, diagnóstico diferencial, coleta de material para estudo histopatológico, planejamento e manejo terapêutico da patologia e suas complicações, prognóstico, controle pós-operatório e acompanhamento (tanto no rastreamento do câncer, como na cicatrização da mucosa e, mais modernamente, na união dos parâmetros clínicos de remissão com a remissão endoscópica, configurando o que chama-se de remissão profunda).

O exame endoscópico ideal compreende as etapas que percorrem o atendimento do paciente, desde o início, e que justificam a precisa indicação junto à anamnese dedicada. Este processo deverá ser o pano de fundo, a harmonia, entre o raciocínio visual do endoscopista e a hipótese diagnóstica formulada e descrita previamente pelo clínico. Os cuidados com o jejum e preparo, a adequada sedação durante o procedimento, a descrição minuciosa no laudo, tanto da área normal como também das alterações identificadas, são pontos cruciais do estudo endoscópico. No caso da colonoscopia, é imprescindível a inclusão do exame do íleo terminal. A coleta de material para histopatologia, de áreas com e sem alterações macroscópicas da mucosa, em frascos individualizados, é operador-dependente e

está diretamente ligada à experiência do endoscopista com a hipótese diagnóstica. E com a finalidade de acrescentar informações à documentação enviada ao patologista, o contato com este profissional é recomendável sempre que possível, e deve ser incentivado necessariamente nos casos mais complexos, em tempo suficiente para que o colega examine o material recebido, incentivado pelas impressões, pelas sugestões e até mesmo pelo imaginário preocupado do endoscopista.

Os equipamentos endoscópicos acompanham o crescimento tecnológico, demonstrando gradativamente uma melhor precisão diagnóstica e terapêutica: as dilatações de estenoses, as polipectomias, os métodos hemostáticos, e tantos outros procedimentos, fazem parte das possibilidades criadas pelo surgimento destes modernos aparelhos. À disposição de alguns centros, o arsenal endoscópico compreende a cromoendoscopia, a confocal endomicroscopia, a cápsula endoscópica, a enteroscopia com duplo balão, para citar alguns dos mais importantes. A magnificação de imagem é outro processo com resultados impressionantes pela intervenção microscópica que confere ao tratamento da imagem¹.

Nas DII, a evolução do conhecimento sobre a fase de remissão da doença, trouxe consigo a novidade de uma possibilidade real, em alguns casos: a cicatrização da mucosa. Com o contínuo aprendizado e o surgimento de novos métodos de acurácia diagnóstica endoscópica, as investigações sobre a cicatrização da mucosa deram um verdadeiro salto nos últimos tempos, agregando a imunogenética e o moderno arsenal farmacêutico à atmosfera inflamatória em que estas doenças habitam^{2,3}. Hoje em dia, é necessário pensar no planejamento e na arquitetura do manejo particularizado das DII, tendo como norte este processo cicatricial; para tanto, envolvem-se, numa espécie de mutualismo, os dados clínicos e endoscópicos iniciais, as informações de diagnóstico, os exames laboratoriais (sorológicos e de fezes), o programa de acompanhamento, bem como a resposta individual frente às drogas disponíveis no mercado⁴. Além disso, a remissão clínica, laboratorial e radiológica, parâmetros de evidência indiscutíveis, quando presentes, também são bons indícios da probabilidade de alteração do curso “natural”, muito debilitante e irreversível, destas doenças.

O momento da realização do exame deve ser aquele em que o clínico tem exatos objetivos em mente, tanto em uma fase diagnóstica, inicial, quanto na investigação e controle das metas atingidas com o tratamento dispensado. Não há sólido consenso quanto à frequência obrigatória do exame; o que sabe-se com mais evidência é quando não é desejável que o exame seja feito: na suspeita de megacólon tóxico, infarto agudo do miocárdio e instabilidade hemodinâmica, ausência de condições de preparo intestinal, no curso de obstrução intestinal. Além disso, deve-se evitar exames desnecessários, em que a proposta de tratamento não será alterada pelo resultado do procedimento, pois trata-se de um exame de alto custo, invasivo e de preparo muitas vezes difícil de ser realizado.

Referências bibliográficas

1. Vito Annese, Marco Daperno, Matthew D. Rutter et al. EUROPEAN EVIDENCE BASED CONSENSUS FOR ENDOSCOPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE, *Journal of Crohn's and Colitis* 2013(7); 982-1018.
2. Nikolaus S. and Schreiber S. DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. *Gastroenterol* 2007; 133: 1670- 1689.
3. Lee SD, Cohen RD. ENDOSCOPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. *Gastroenterol Clin N Am* 2002; 31: 119-132.
4. Colombel JF, Sandborn WJ, Reinisch W et al. SONIC STUDY GROUP. INFLIXIMAB, AZATHIOPRINE OR COMBINATION THERAPY FOR CROHN'S DISEASE. *N Engl. J Med* 2010; 362: 1383-1395.
5. LITERATURA SUGERIDA: ECCO CONSENSUS FOR ENDOSCOPY 2013