

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA PROCTOLOGIA ADULTO

O protocolo de Proctologia será publicado *ad referendum* conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia de canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento ao proctologista, quando comparados a outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência (como obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena aguda, hemorroida encarcerada) são contempladas nesses protocolos e não devem esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo. Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Publicado em 08 de novembro de 2016.

Organização:
Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Elaboração de Texto:

Alexandre de Araújo
Daniel de Carvalho Damin
Erno Harzheim
Jerônimo De Conto Oliveira
José Nicoletti Filho
Ligia Marroni Burigo
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Pablo de Lannoy Stürmmer
Patrícia Sampaio Chueiri
Rudi Roman

Designer:
Luiz Felipe Telles

Revisão
Ana Célia da Silva Siqueira
Complexo Regulador Estadual – SES/RS
Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS 2016
Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Hemorroidas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); ou
- hemorroidas internas com grau III e IV (ver quadro 1 no anexo).

Atenção: Pacientes com hemorroidas, mas que apresentam sintomas sugestivos de malignidade (sangramento de características atípicas para hemorroidas, emagrecimento, anemia ferropriva, mudança de hábito intestinal recente) devem ser encaminhados ao serviço especializado para investigação precoce (ver protocolo Suspeita de neoplasia no trato gastrointestinal inferior).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. classificação das Hemorroidas (interna, externa ou mista) e classe das hemorroidas internas (Grau I a IV);
3. tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos (quando realizado));
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Fissura Anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; ou
- fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. presença de comorbidades orificiais com descrição, quando presentes;
3. presença de alteração de hábito intestinal (sim ou não);
4. tratamentos já realizados para fissura anal (orientações, medicamentos e tempo de duração);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Fístula Anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. exame de imagem, quando realizado, com data;
3. presença de comorbidades relevantes (doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 - Condiloma acuminado/ Verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital ou perianal)/verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal);
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

É de boa prática investigar outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como sífilis, HIV, hepatites B e C, em pessoas que apresentam condiloma anorretal.

Protocolo 5 – Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior

Atenção: A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de endoscopia digestiva alta para avaliação do trato gastrointestinal superior.

Rastreamento de paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch¹ ou Polipose Adenomatosa Familiar² deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia na APS:

- investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (hemoglobina menor que 13 g/dL em homens e menor que 12 g/dL em mulheres), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial; ou
- sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical; ou
- episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior; ou
- rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados²; ou
- acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para gastroenterologia:

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS; ou
- acompanhamento de lesões colorretais pré-malignas de maior potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia ou cirurgia do aparelho digestivo:

- diagnóstico de neoplasia maligna colorretal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

- suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; ou
- suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal (quadro 3 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
2. resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
4. exame de imagem, quando realizado, com data;
5. resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;
6. história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico.
7. história familiar de outras neoplasias compatíveis com Síndrome de Lynch/Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC) (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos? Gerações sucessivas acometidas? Idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

1 Critérios de Amsterdã II (presença de todos os critérios):

três ou mais familiares com neoplasias associadas à Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células transicionais de vias excretoras renais ureter ou pelve renal),

- um dos familiares deve ser de primeiro grau,
- dois ou mais gerações sucessivas acometidas,
- um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos,
- exclusão de polipose adenomatosa familiar.

2 Quando câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados ocorrerem em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem. Se câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados em familiar de primeiro grau maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.



Referências

- AHNEN, D. J.; MACRAE, AF. **Approach to the patient with colonic polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-colonic-polyps>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- ACHESON, A. G.; SCHOLEFIELD, J. H. Management of hemorrhoids. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7640, p. 380-383, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244760/>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- BLEDAY, R.; BREEN, E. **Treatment of hemorrhoids**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hemorrhoids>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede nacional de câncer familiar: manual operacional**. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fim.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Anal fissure: clinical manifestations, diagnosis, prevention**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Anal fissure: medical and surgical management**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-and-surgical-management>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- MACRAE, F. A.; BENDELL, J. **Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Colorectal cancer**. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected cancer: recognition and referral**. London: NICE, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 13 out. 2015.
- PERRY, W. B. et al. Standards practice task force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). **Diseases of the Colon & Rectum**, Philadelphia (PA), v. 53, n. 8, p. 1110-5, 2010.
- RAMSEY, S. D. **Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- RIVADENEIRA, D. E. et al. **Practice parameters for the management of hemorrhoids** (Revised 2010). **Diseases of the Colon & Rectum**, Philadelphia (PA), v. 54, n. 9, p. 1059-64, 2011.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Fissura anal**: manejo. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/32-Fissue.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Hemorroida**: manejo não-cirúrgico. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2006. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/4_volume/15-Hemorroida.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

TRAVIS, A. C.; SALTZMAN, J. R. **Evaluation of occult gastrointestinal bleeding**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-occult-gastrointestinal-bleeding>>. Acesso em: 18 out. 2015.

Anexos – Quadros auxiliares

Quadro 1 – Classificação das hemorroidas internas

Grau	Apresentação Clínica
I	Sangramento, sem prolapso durante a evacuação
II	Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal
III	Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal
IV	Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva

Fonte: DUNCAN (2013).

Quadro 2 – Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Sugerido acompanhamento em serviço especializado. Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos).
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil sésil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil*	1

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015).

Os fatores relacionados com maior risco de Câncer colorretal são: tamanho do pólipos > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau.

* ≥ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólipos serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

Quadro 3 – Alta suspeita de neoplasia colorretal.

Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem
Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro ou mudança de hábito intestinal
Idade superior a 50 anos com sangramento retal e/ou outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro.
Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orifical.
Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.

Fonte: TELESSAÚDERS (2015) adaptado de NICE (2015).