



Sangramento retal

Resumo de diretriz NHG M89 (setembro 2012)

Damoiseaux RAMJ, De Jong RM, De Meij MA, Starmans R, Dijksterhuis PH, Van Pinxteren B, Kurver MJ

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames adicionais
 - Avaliação
- Conduta
 - Tratamento não medicamentoso
 - Medicação
- Controle e encaminhamento

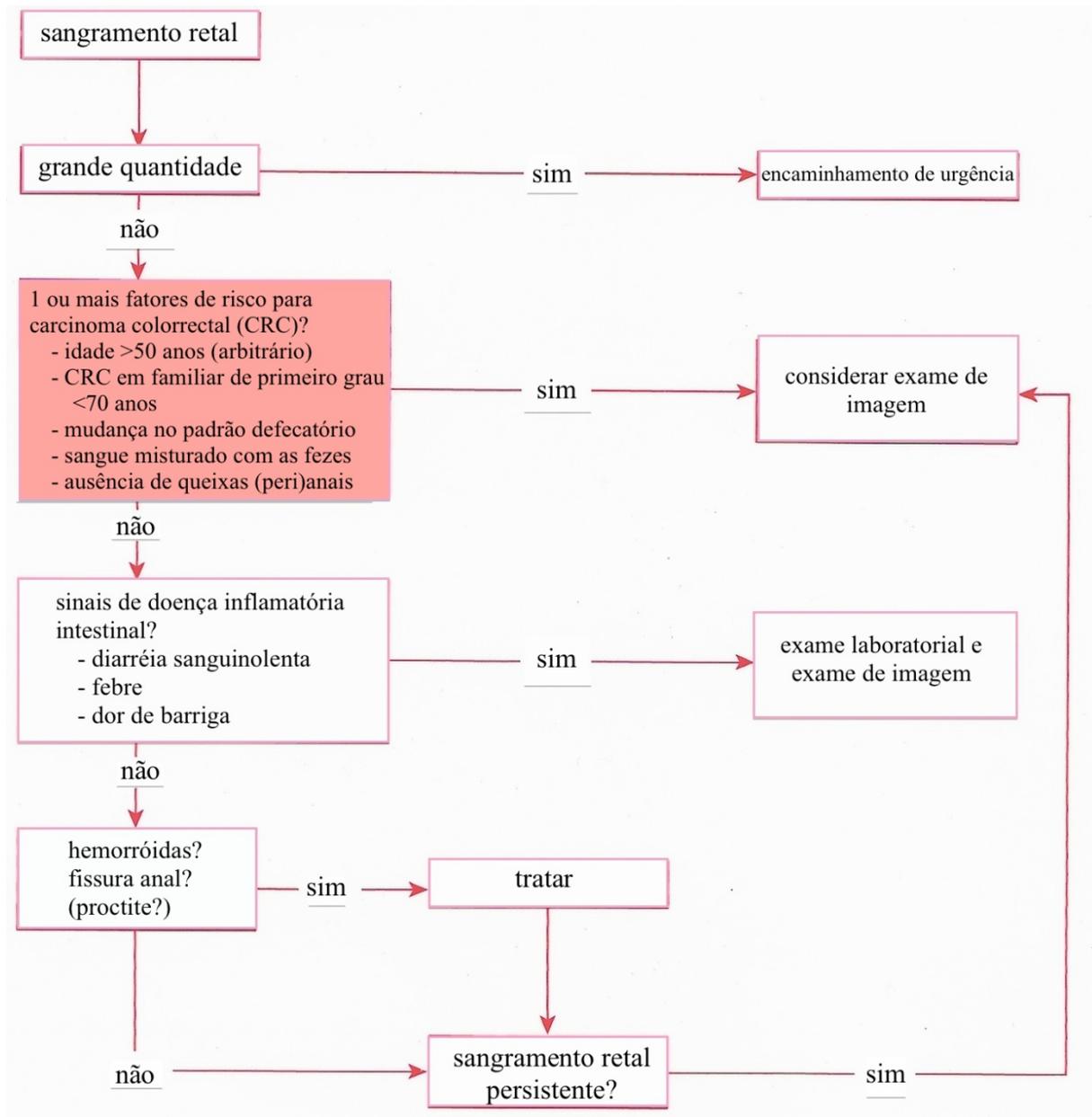
O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Anamnese

- duração e quantidade, misturado com as fezes;
- alteração no padrão defecatório;
- sintomas (peri)anais: dor, coceira, inchaço, vazamento de fezes e/ou muco;
- tenesmo fecal (característica de proctite/neoplasia);
- febre, dor abdominal, mal-estar, perda de peso inexplicável;
- história: episódio anterior de hemorragia, hemorróidas, doença inflamatória intestinal (DII);

- história familiar de DII e carcinoma colorretal (para as características e conduta na síndrome de Lynch ver texto integral);
- medicamentos, diluentes de sangue, NSAIDs¹, ISRS²;
- hábitos sexuais (devido ao risco de DST, etiologia de fissura anal);
- trauma.



Exame físico

Abdômen, inspeção região perianal, exame de toque retal. Se indicado: pulso, pressão arterial, exame físico extenso. Opcional: proctoscopia.

Exames adicionais

- em sinais de anemia ou sangramento retal prolongado: hemoglobina (Hb);
- suspeita de DII (diarréia sanguinolenta e sintomas generalizados, tais como dor abdominal, febre, mal-estar e perda de peso): VHS, PCR, Hb, leucócitos, plaquetas e albumina;
- suspeitas de carcinoma colorretal (na presença de um ou mais indicadores de risco e/ou tenesmo, perda de peso, sangramento retal recorrente): a primeira opção é a colonoscopia; segunda opção é a sigmoidoscopia. Considerações: desejo do paciente, os acordos regionais, necessidade de certeza no diagnóstico, a longevidade. Se a sigmoidoscopia não mostrar nenhuma anormalidade ou pólipos: a colonoscopia é indicada.

Avaliação

- *Hemorróidas*: inchaço (no anus) associado com a perda de sangue, coceira e/ou dor ou vazamento de muco ou fezes. Na proctoscopia têm uma cor vermelha ou azulada, inchada e de sangrando fácil.
- *Fissura anal*: lesões da pele e/ou mucosa do ânus: principal queixa é a dor. Fissuras crônicas existem a mais de quatro a seis semanas, ou são caracterizadas por bordas da ferida endurecidas, fibras musculares pálidas visíveis ou na presença de pólipos ou mariscas.
- *Proctite*: tenesmo e uma sensação desagradável de dormência. Em proctoscopia se vê uma mucosa enrubescida que sangra facilmente e com uma camada de revestimento amarelada
- *Suspeita de doença inflamatória intestinal*: elevação do VHS, PCR, leucócitos, plaquetas e Hb e albumina reduzidas podem sustentar o diagnóstico, mas valores normais não excluem o diagnóstico.
- *(Suspeita de) câncer (colorretal)*: diagnóstico após os resultados de estudos de imagem.

Conduta

Tratamento não medicamentoso

Dieta rica em fibras alimentares, ingestão suficiente de líquidos, não resistir ao reflexo de defecação.

Medicação

Considerar laxantes, se desejado, terapia local:

- Medicação tópica para *hemorróidas* (2x/dia e após cada evacuação): creme de vaselina com cetomacrogol, creme de sulfato de zinco e vaselina 0,5%, ou supositórios de óxido de zinco 10%. Em dor ou coceira (respectivamente): creme de vaselina com lidocaína 3% (até 4 semanas) ou creme de vaselina com hidrocortisona 1% (2x/dia), até 2 semanas.
- Medicação tópica em fissura anal: creme de vaselina com lidocaína 3% (2x/dia e, se possível antes da evacuação) em fissuras agudas. Creme de diltiazem 2% (2x/dia sobre a fissura e pele ao redor do ânus) em fissuras crônicas, até 12 semanas.
- Proctite (veja o texto integral)

Controle e encaminhamento

- sintomas persistentes de hemorróidas ou fissura anal: colega médico de família e comunidade, dermatologista, gastroenterologista (eventualmente para banda de ligaduras elástica) ou cirurgião proctológico;
- sangramento retal persistente após o tratamento de hemorróidas ou fissura anal: exame de imagem;
- melhoria insuficiente de proctite após tratamento ou suspeita de doença inflamatória intestinal: consultar gastroenterologista;
- após o diagnóstico de câncer colorretal: gastroenterologista.

Notas do tradutor

NSAIDs: anti-inflamatórios não-esteróides (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs*).

Inibidor seletivo de recaptacão de serotonina.