

## **FIBROPOLIPECTOMIA COLÔNICA A CORTE E COAGULAÇÃO FRIA**

**HECTOR BAISTROCCHI e JULIO BAISTROCCHI**  
Córdoba, Argentina

**Descrição de um método de coagulação e corte com fontes de baixa voltagem.**

**São apresentadas estatísticas e casuísticas pessoais.**

### **INTRODUÇÃO**

Os polipos do colo e do reto têm sido objeto de estudo retrospectivo e prospectivo de muitos autores, em todo o mundo, por serem parte dos fatores predisponentes mais discutidos do câncer retal, e seu real potencial maligno é ainda objeto de discussão.

A esses fatos devemos adicionar as dificuldades de diagnóstico, não só para o cirurgião e para o clínico, como para o anatomo-patologista, que, com uma biópsia simples ou múltipla não pode dar um diagnóstico definitivo por escassez de material, pois apenas a ressecção total cirúrgica ou endoscópica da lesão determinará a conduta a seguir.

A detecção dos procesos neoplásicos do colo e do reto em geral, e dos polipos em particular, até pouco tempo dependia apenas de um incompleto exame anorectal, endoscopia rígida e enema de bário.

O colo em contraste duplo muitas vezes permite um diagnóstico mais preciso, porém a porcentagem de erros e omissões é ainda alta, uma vez que os adenomas menores de 1 cm são dificilmente visualizados.

Atualmente, o exame visual direto de todo o colo por meio de instrumentos de fibra de vidro promete revolucionar o diagnóstico e tratamento das enfermidades colônicas.

As vantagens oferecidas por esses instrumentos são inestimáveis. Visão direta ao processo, biópsia dirigida do mesmo, cepilhado exfoliativo, introdução de elementos de contraste e corantes através de cânulas, documentação fotográfica e filmes, ampliação da imagem para TV, e a utilidade talvez mais significativa, a extração "in toto" dos polipos colônicos mediante alças ligadas a fontes de corte e de coagulação, estas últimas aperfeiçoadas para se trabalhar com comodidade, baixo risco e visualização máxima dos cortes histológicos.

## MATERIAL E MÉTODO

Em um total de 1000 colonoscopias foram detectados 121 polípos em 109 pacientes. Destes, 83 eram sésseis e 38 pediculados, distribuídos em todo o trato colônico com acentuada preponderância no setor esquerdo do colo.

As características histopatológicas dos mesmos foram:

Adenomas Clássicos:	112
Adenomas com CA "in situ"	2
Adenomas vilosos	7
Polipose múltipla	3

## RESULTADOS

O total de fibropolípectomias realizadas foi de 50, das quais, 44 foram simples, 4 duplas e 2 triplas.

**Complicações:** 3 hemorragias leves  
3 perfurações

## SELEÇÃO DOS PACIENTES

Os polípos ressecáveis oscilam entre 0.5 e 3 cm de tamanho. Catalogados clínica e endoscopicamente como benignos.

Os adenomas menores (menos de 0.5 cm) foram destruídos por meio da coagulação fria, após prévia amostra anatomopatológica.

## TRATAMENTO

### Instrumental:

Os aparelhos usados foram os modelos CF MB2 e MB3, TCF de 1.80 cm. da casa Olympus. O instrumento a ser usado é selecionado previamente, de acordo com a pressuposta localização do adenoma.

### Utilização do corte e da coagulação fria

Esses processos representam os mais recentes aperfeiçoamentos. Devido à sua suavidade da corrente baixa (1.75 MHz) de rádio-freqüência, produz o corte frio, que é também excelente para a coagulação e hemostasia.

A voltagem baixa provoca pouca ou nenhuma centelha, ligando os vasos permanentemente e criando uma capa delgada

de células desidratadas, o que lhe valeu o nome de "eletro dissecação".

O que foi descrito acima contrasta com o eletrocautério (calor) usado atualmente. A zona submetida a corte coagulação se carboniza e o risco de queimadura ou perfuração é muito maior.

Outra vantagem da secção a frio é que, atuando por desidratação celular, o anatomo-patologista não tem dificuldade para analisar todo o material retirado. A coagulação a quente, por outro lado, muitas vezes carboniza os tecidos, dificultando o diagnóstico.

#### Preparação do Doente

Todos os pacientes foram preparados com uma dieta sem resíduos de celulose e proteína a partir de 48 horas antes da operação.

O material colônico foi obtido apenas com enemas que, em uma média de três a quatro, são indicados ao paciente, exceto nos casos de doenças inflamatórias.

#### Posição do Paciente

Em decúbito dorsal sobre a mesa de operação, é feito o estudo na sala de cirurgia, e apenas em poucos casos foi feito o controle radiológico.

#### Anestesia. Pré-medicação

Usamos anestesia apenas para crianças, e em alguns casos peridural para adultos.

Nos outros foi realizado o exame sem anestesia, apenas com sedação prévia feita com 10 mg de um derivado das benzodiazepinas mais um anticolinérgico.

#### Técnica

Uma vez localizado o adenoma, procuramos averiguar sua área da implantação. Quando se trata de um adenoma grau 1 de Yamada, realizamos a biópsia e, com a ponta da alça procedemos à sua coagulação. Nos adenomas de graus 2 e 3, da mesma classificação, passa-se a alça ao redor do seu pedículo, procura-se levá-lo até à luz do colo e se procede o corte frio. A peça é extraída com pinça especial ou simplesmente por sucção formada ao retirar o instrumento.