

NÃO É NECESSÁRIA A DETECÇÃO DE DISPLASIA PARA O DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA NA RCU

RENATO A. BONARDI, TSBCP

BONARDI RA - Não é necessária a detecção de displasia para o diagnóstico de carcinoma na RCU. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(2): 81-82

A recomendação atual de acompanhamento de pacientes com RCU, considerados de alto risco para o desenvolvimento de carcinoma, é de colonoscopias anuais para o diagnóstico de displasia em vez da colectomia profilática. Esta afirmação é baseada em que as displasias representam um sinal seguro antes do desenvolvimento do carcinoma. Bernstein, Shanahan e Weinstein avaliaram 10 estudos prospectivos (1.225 pacientes) de pesquisa de displasia para avaliar se aquela afirmação é válida.

De 40 pacientes nos quais a displasia associada a lesões neoplásicas ou massas detectáveis, 17 (43%) já apresentavam carcinoma por ocasião da colectomia. O risco de câncer na indicação da colectomia foi de 42% para displasia severa (10 dos 24 pacientes) e 19% para displasias discretas (três dos 16 pacientes). Dos 47 pacientes que apresentavam displasia severa após a colonoscopia, 15 (32%) já apresentavam carcinoma. A relação dos pacientes não tratados com displasia discreta que progrediram para o desenvolvimento de câncer, ou de displasia moderada ou severa associados com lesões neoplásicas, variou de 16% a 29%. Cerca de 28% dos pacientes em que a detecção de displasia foi inconclusiva, progrediram com displasia severa e 9% evoluíram com carcinoma. Nos pacientes em que a pesquisa inicial foi negativa, o risco de evolução para displasia foi somente de 2,4%.

Todos os pacientes com displasia discreta ou severa deverão ser submetidos a colectomia imediatamente. O diagnóstico de displasia somente não afasta a presença de carcinoma já invasivo em pacientes portadores de RCU. Os pacientes deverão ser informados das limitações da colonoscopia na pesquisa de displasia no tratamento da colite ulcerativa.

COMENTÁRIO

Os autores fizeram uma avaliação completa dos estudos prospectivos de detecção de displasia por colonoscopia em pacientes com RCU. Embora cada um destes estudos tenha

suas limitações pelas suas variáveis, a experiência coletiva oferece a oportunidade do estudo de um problema clínico complexo.

O risco do desenvolvimento de câncer em pacientes com colite ulcerativa geralmente não é considerado elevado o suficiente para a indicação de uma colectomia profilática, mas não pode ser ignorado. Devido ao risco mais elevado do desenvolvimento de câncer em pacientes com RCU extensa (acima do comprometimento reto-sigmóide) por mais de sete anos, estes pacientes deverão ser submetidos a colonoscopias anuais. Em cada exame endoscópico devem ser colhidas várias biópsias com intervalos de 10 cm em todos os segmentos do cólon. Estas biópsias são estudadas com relação à presença de displasia. As displasias poderão ser classificadas em discreta, moderada ou severa.

Em geral a pesquisa de câncer se baseia na noção de que qualquer evidência de indicadores pré-malignos nos permitem a indicação de uma intervenção cirúrgica profilática para prevenir o desenvolvimento de uma doença incurável. A carcinogênese na RCU acredita-se evolui em fases de displasia, definidas como alterações neoplásicas da mucosa do cólon que precedem o desenvolvimento do carcinoma. Entretanto como enfatizaram os autores, nos pacientes com displasia severa observadas na colonoscopia, 30% a 50% tinham a chance de já apresentarem carcinoma na colectomia. Infelizmente a maioria destes tumores já é muito avançada. Bernstein et al. mostram um resumo conciso das limitações das avaliações, incluindo os erros na interpretação do grau de displasia. Entretanto se o diagnóstico de displasia severa seja interpretado como relacionado já ao diagnóstico de câncer, a interpretação de displasia discreta pode ser usada para a indicação da colectomia profilática. É de prática comum que pacientes com displasia discreta sejam submetidos a nova colonoscopia, e o achado negativo em novas endoscopias só reafirma o maior erro na obtenção de amostras. Não tem sido comum a indicação de colectomia em pacientes com displasia discreta, e o presente estudo mostra um índice que se aproxima dos 20%.

A indicação de colectomia em pacientes com qualquer grau de displasia já foi feita por outros (Lashner). Parece mais prudente continuar com avaliações colonoscópicas a cada ano até que outros estudos possam mostrar outros pro-

cedimentos ou que outras lesões pré-malignas possam ser desenvolvidas. Salientamos que os pacientes portadores de doença de Crohn do cólon devem ser acompanhados da mesma maneira. A avaliação do desenvolvimento do câncer em pacientes com RCUI possivelmente será baseada na identificação e aplicação clínica de marcadores moleculares da carcinogênese.

REFERÊNCIAS

1. Ekblom A, Helmick C, Zack M et al. Ulcerative colitis and colorectal cancer. A population-based study. *N Engl J Med* 1990; 323: 1228-1233.
2. Levin B. Ulcerative colitis and colon cancer: Biology and surveillance. *J Cell Biochem. Suppl* 1992; 16G: 47-50.
3. Chio PM, Nugent FW, Schoetz DJJ et al. Colonoscopic surveillance reduces mortality from colorectal cancer in ulcerative colitis (comments). *Gastroenterology* 1993; 105: 418-424.
4. Lashner BA. Recommendations for colorectal cancer screening in ulcerative colitis: A review of research from a single university-based surveillance program. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 168-175.
5. Rubin CE, Haggitt RC, Burmer GC et al. DNA aneuploidy in colonic biopsies predicts future development of dysplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1992; 103: 1611-1620.

Endereço para correspondência:

Renato A. Bonardi
Rua Olavo Bilac, 680
80440-040 - Curitiba - PR