

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
PLÍNIO CONTE DE FARIA Jr., TSBCP
PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES, TSBCP
FELIPE FELÍCIO, TSBCP
FLÁVIO FERREIRA DINIZ, TSBCP
EDUARDO CARLOS GRECCO, TSBCP

CORDEIRO F, FARIA Jr. PC, ALVES PRA, FELÍCIO F, DINIZ FF & GRECCO EC - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct*, 1996;16(2)90-92

Como sempre gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Neste início de ano, gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax número (0192) 543839.

O tema desta edição será **PÓLIPOS ADENOMATOSOS: TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA** e contamos com a colaboração de cinco membros titulares da nossa Sociedade:

1. Plínio Conte de Faria Jr. (Campinas - SP)
2. Paulo Roberto Arruda Alves (São Paulo - SP)
3. Felipe Felício (Florianópolis - SC)
4. Flávio Ferreira Diniz (Porto Alegre - RS)
5. Eduardo Carlos Grecco (São Paulo - SP)

1. Em exame colonoscópico de rotina, de um paciente de 45 anos, do sexo masculino, em bom estado geral e sem queixas, encontra-se à 40 cm da margem anal, um pólipó pediculado, de aproximadamente 4 cm, de aspecto adenomatoso. Qual seria a sua conduta tendo em vista que o preparo do colo foi adequado, não há evidências de sangramento ou ulcerações nesta lesão. Realizaria uma polipectomia endoscópica ou biópsias para eventual conduta cirúrgica? Algum cuidado especial?

(Plínio Conte de Faria Jr.) - A realização da polipectomia é mandatória, para que se possa enviar todo o espécime para estudo anatomopatológico. A feitura de biópsias está contraindicada, uma vez que devido ao pequeno tamanho dos fragmentos obtidos, tecido com displasia grave ou mesmo

com degeneração carcinomatosa, pode não ser incluído no estudo. Cuidado especial deve ser tomado, para que se evite o contato do pólipó com a parede contra-lateral do cólon, no momento de passagem de corrente para a polipectomia.

(Paulo Roberto Arruda Alves) - A lesão descrita, apesar de ser grande (4 cm), reúne condições favoráveis à ressecção colonoscópica por ser pediculada e localizada no cólon esquerdo distal, minimizando os riscos de perfuração. É importante saber a espessura do pedículo, pois os sangramentos imediatos pós-polipectomia, em pólipos grandes, ocorrem com pedículos de mais de 4 mm de espessura. Caso o pedículo fosse de espessura superior à 4 mm é útil a injeção de solução salina com ou sem adrenalina à 1/20.000. Estamos admitindo para fazer a polipectomia que o paciente foi orientado antes da colonoscopia sobre a possibilidade de que ele tivesse um pólipó e de que ele tenha autorizado a polipectomia nesta eventualidade.

(Felipe Felício) - Indicaria a polipectomia endoscópica. Cuidado com o pedículo para que não seja prejudicado o exame histopatológico da peça.

Em recente levantamento do nosso serviço no período de 10 anos, tivemos uma incidência de 6,28% de pólipos com mais de 3 cm de diâmetro sendo 3,14% pediculados.

(Flávio Ferreira Diniz) - Eu tentaria realizar a polipectomia endoscópica mesmo sabendo que um pólipó pediculado de 4 cm e localizado em sigmóide, não é um procedimento muito fácil. Devido a dificuldade de se passar a alça através da cabeça do pólipó que por suas dimensões deve estar ocupando a maior parte da luz sigmoideana, a polipectomia será um pouco trabalhosa mas, em minha opinião, é a conduta inicial de escolha. Antes de laçar o pólipó tentaria sua mobilização e visualização do pedículo. Após conseguir a exposição do pedículo faria a infiltração do mesmo com um ou dois ml de solução de adrenalina 1:200.000 para diminuir o risco de sangramento imediato. Após a polipectomia faria a revisão do local na busca de sangramento e infiltraria solução de tinta Nankin na submucosa do cólon nas proximidades do local da polipectomia visando a marcação do local da lesão. Temos que ter o cuidado de ficar movimentando o pólipó durante a cauterização do pedículo pois este pólipó vai certamente estar em contato com a parede colônica que pode receber um excesso de corrente e vir a perfurar posteriormente. Se eu não conseguisse laçar o pólipó, faria a polipectomia por partes

até conseguir passar a alça no restante e remover toda a lesão junto com o pedículo.

(Eduardo Carlos Grecco) - Como regra geral, toda lesão polipóide colorretal deve ser extirpada. A retirada total da lesão permite uma avaliação histológica completa da cabeça e do pedículo, se este existir. O fragmento diminuto da biópsia pode ser insuficiente para este estudo.

A polipectomia colonoscópica é atualmente um método seguro e eficaz para o tratamento dessas lesões. Contudo, deve ser levado em consideração, o fato de que a lesão em questão tem 4 cm, portanto é volumosa e de extirpação mais difícil, pois o diâmetro da alça de polipectomia pode ser insuficiente para englobar todo o pólip. Nesses casos, pode ser necessário realizar-se uma polipectomia fracionada, onde a lesão é retirada em vários fragmentos.

Outro aspecto a se destacar é o calibre do pedículo do pólipo. Este, quando for maior do que 1 cm pode albergar também uma artéria calibrosa, o que aumenta o risco de hemorragia pós-polipectomia. Nestes casos, pode ser necessário realizar-se a ligadura prévia do pedículo. Nós temos realizado essa ligadura através de um aplicador de laço pré-formado (endo-nó), idealizado por nós. Com o pedículo previamente ligado, é possível fazer a secção do mesmo utilizando-se apenas a corrente de corte do bisturi elétrico. Isto permite uma polipectomia mais segura, diminuindo-se assim, o risco de hemorragia ou de perfuração.

2. Após a realização de polipectomia endoscópica, o resultado do exame histológico mostra degeneração carcinomatosa restrita à mucosa. Qual seria agora sua conduta a curto e a longo prazo?

(Plínio Conte de Faria Jr.) - Em sendo, ao estudo anatomo-patológico, uma lesão restrita à mucosa, sem invasão da *muscularis mucosae*, a polipectomia endoscópica deve ser considerada curativa. A conduta é o segmento com colonoscópias, aos três, seis e 12 meses, com biópsias do local da polipectomia, se possível for. Sequencialmente devem ser realizadas colonoscópias anuais, pois estudos têm demonstrado a reincidência de 30% de adenomas, e 0,6% de carcinomas, em seguimento de um a três anos.

(Paulo Roberto Arruda Alves) - A degeneração restrita à mucosa ainda caracteriza o pólipo como benigno e o paciente precisa ser tranquilizado pois já está tratado com a polipectomia colonoscópica. A longo prazo encurtamos o prazo para segmento, passando para dois anos. Alguns pacientes se sentem mais seguros em repetir a colonoscopia em um ano.

(Felipe Felício) - Considero neste caso a polipectomia endoscópica como tratamento definitivo. A longo prazo acompanhamento com colonoscópias periódicas.

(Flávio Ferreira Diniz) - Se a degeneração carcinomatosa estiver restrita à mucosa, eu consideraria a polipectomia

suiciente como tratamento inicial, mas repetiria a colonoscopia em 30 e 90 dias para controle do local. Se não houvesse recidivas no local eu colocaria o paciente num esquema de vigilância endoscópica para pacientes com história passada de câncer colorretal, realizando colonoscopia aos seis meses e a cada seis meses até dois anos. Após dois anos a frequência da colonoscopia poderia ser ditada pelo resultado de cada uma, mas tendo em mente que este paciente apresentou câncer antes dos 50 anos, o que aumenta seu risco ainda mais.

(Eduardo Carlos Grecco) - Se a degeneração carcinomatosa encontra-se restrita à mucosa, portanto não atravessou a *muscularis mucosa* e não atingiu nenhum vaso linfático, pode-se considerar a polipectomia colonoscópica como tratamento definitivo. Este paciente deverá submeter-se à nova colonoscopia, pelo menos a cada seis meses, nos primeiros dois anos e em seguida anualmente até completar-se cinco anos. A dosagem de CEA e de CA 19-9 nos mesmos intervalos também pode ser interessante.

3. Considerando que o resultado anterior mostrasse agora, sinais de invasão do pedículo do pólipo, sua conduta permaneceria a mesma ou não?

(Plínio Conte de Faria Jr.) - Em existindo o acometimento da *muscularis mucosae*, ou até mesmo da submucosa, com a possível disseminação do tumor, a conduta deve ser a ressecção cirúrgica do segmento acometido, respeitando-se os princípios oncológicos.

(Paulo Roberto Arruda Alves) - Mesmo quando a degeneração compromete o pedículo, se a degeneração não atinge a parede do cólon, não se tem detectado metástases linfáticas, quando se opera o paciente subsequente. Portanto a conduta poderia permanecer a mesma, porém o segmento seria em três meses. A nossa preocupação é saber se realmente a infiltração pára no pedículo, pois estamos falando do material que foi retirado e encaminhado ao patologista e não da parede do cólon, para a qual não temos informação neste momento do segmento.

Podemos acreditar que realmente a infiltração está restrita ao pedículo se o patologista nos informar que há margem livre de comprometimento de mais de 1 mm.

(Felipe Felício) - Nesta condição, se a invasão pedicular chegasse próximo ou na linha de ressecção, indicaria ressecção cirúrgica. Caso a invasão fosse apenas no começo (porção distal) do pedículo, a conduta permaneceria a mesma (polipectomia).

A presença de êmbolos venosos ou linfáticos ou ser um tumor pouco diferenciado também favoreceria a ressecção cirúrgica.

(Flávio Ferreira Diniz) - Se o pedículo do pólipo mostra sinais de invasão carcinomatosa eu indicaria a ressecção oncológica do segmento colônico que continha o pólipo.

(Eduardo Carlos Grecco) - Se houver invasão do pedículo do pólip, porém acima da região de secção, permitindo margens livres, o tratamento pode ser considerado radical desde que a lesão demonstre ser bem diferenciada. Se a margem de secção se encontra comprometida e/ou a lesão demonstrar ser pouco diferenciada, o tratamento cirúrgico complementar se impõe.

4. Em caso de uma conduta cirúrgica, alguma manobra poderia ajudar o procedimento cirúrgico?

(Plínio Conte de Faria Jr.) - Tendo em vista que a cicatrização do local da polipectomia se faz em torno de três semanas, a sua identificação pelo cirurgião, no ato operatório, se torna difícil ou, até mesmo impossível. Teríamos pelo menos duas maneiras para resolver o problema:

- a. Realização de colonoscopia concomitante ao ato cirúrgico para identificação do local.
- b. Injetar tinta da Índia ao redor do local da polipectomia, pois este corante permanece indefinidamente.

(Paulo Roberto Arruda Alves) - Para os pólipos em que se suspeita de uma degeneração, devemos estar preparados para ter assistência colonoscópica durante o ato cirúrgico para confirmar o local da polipectomia anterior e assegurar a sua inclusão na ressecção, em especial se o local da polipectomia não foi tatuado na ocasião, nos quatro quadrantes.

(Felipe Felício) - Sim, a injeção de azul de metileno por colonoscopia, pode ajudar a identificação do local do pólip durante a ressecção cirúrgica.

(Flávio Ferreira Diniz) - A correta identificação do local do pólip é grandemente facilitada pela visualização da coloração preta do Nankin que normalmente tinge a parede do cólon de forma permanente.

Se por algum motivo, o local da polipectomia não foi marcado, eu utilizaria a colonoscopia transoperatória para a sua correta localização.

Não tenho utilizado a marcação do local com azul de metileno pois seu efeito é fugaz, durando dois a três dias. Este período geralmente é insuficiente para conseguirmos o resultado do patologista e realizarmos a cirurgia.

(Eduardo Carlos Grecco) - Desde que seja indicada a conduta cirúrgica, o pólip deve ser tratado como uma lesão maligna. No caso em questão a colectomia esquerda deveria ser a ressecção preconizada. Não vemos a necessidade de se fazer nenhum tipo de manobra adicional, como por exemplo, a tatuagem da lesão com tinta Nankin.

5. Algum comentário a acrescentar?

(Plínio Conte de Faria Jr.) - Gostaria de lembrar as lesões neoplásicas dos cólons que não seguem a seqüência adenoma-carcinoma, o chamado Ca "de novo". São pequenas lesões de até 1,0 cm de diâmetro, histologicamente constituídas apenas por tecido carcinomatoso e que, portanto, devem ser procuradas, exaustivamente, nos exames colonoscópicos.

(Paulo Roberto Arruda Alves) - Três trabalhos são fundamentais na compreensão das condutas em pólipos e polipectomias: Morson et al. - Gut 25: 437, 1984; Haggitt et al. - Gastroenterology, 89: 328, 1985; Nivatvong et al. - Dis Colon & Rectum 34: 323, 1991.

(Felipe Felício) - No levantamento realizado em nosso serviço, citado anteriormente, as alterações de caráter degenerativo ocorreram em 6,83% (11 casos), dos pólipos ressecados. Os pólipos tubulares apresentam atipia leve a moderada em 3,44% e adenocarcinoma "in situ" em 1,15% dos casos. Os carcinomas invasivos indicidiram em 5,74% (cinco casos) dos pólipos tubulares e em 28,57% (dois casos) dos pólipos vilosos.

(Eduardo Carlos Grecco) - As nossas respostas se baseiam no trabalho de Haggitt et al., 1985, que criaram níveis de invasão nos pólipos comprometidos por degeneração carcinomatosa. Portanto, é necessário que o patologista também conheça este tipo de classificação para que o seu diagnóstico fique harmônico ao do cirurgião.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é bastante amplo e nossa intenção foi de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: **(0192) 543839**. Participe.

Fernando Cordeiro