
CORDEIRO F, QUILICI FA., BONARDI RA., ALMEIDA EC., PINHO MSL. - Tribuna livre: Como eu faço. **Rev bras Coloproct**, 2000; 20(4): 255-257.

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção 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.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que 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.

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 019.32543839 ou E.mail: fernandocordeiro@globocom

Nesta edição discutiremos o tema: “Pólipo viloso de reto baixo” com a colaboração de 4 membros da nossa Sociedade:

Dr. Flavio Antonio Quilici(SP)

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho(SC)

Dr. Renato Araújo Bonardi(PR)

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida(RJ)

1. Quais são na sua opinião os sinais e sintomas mais frequentes de um pólipo viloso maior do que 2cm de diâmetro, localizado em reto baixo? Como confirmar o diagnóstico?

Dr. Flavio Antonio Quilici - Os pólipos vilosos de reto baixo, com tamanho superior à 2cm de diâmetro, apresentam como sintomas mais frequentes, o sangramento de cor vermelho rutilante durante as evacuações e a mucorréia, associada ou não com as fezes. A enterorragia exclusiva e o tenesmo são raros e a dor inexistente.

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
FLÁVIO ANTONIO QUILICI - TSBCP
RENATO ARAÚJO BONARDI - TSBCP
ELEODORO CARLOS DE ALMEIDA - TSBCP
MAURO DE SOUZA LEITE PINHO - TSBCP

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho - O sintoma sem dúvida mais sugestivo na minha experiência é a perda de secreção sanguinolenta, de aspecto mucóide. Quanto ao diagnóstico, a retossigmoidoscopia me parece ser suficiente, pois o aspecto endoscópico é bastante característico. O toque retal pode ser traçoeiro, devido à consistência macia da lesão.

Dr. Renato Araújo Bonardi - Os pólipos vilosos costumam produzir uma grande quantidade de muco, portanto quando localizados no reto baixo o paciente costuma notar a presença de muco junto com as fezes, e muitas vezes evacua somente muco independentemente da eliminação das fezes. Além disto com frequência apresentam sangramento que costuma ser discreto e portanto o paciente também pode notar o muco com estrias de sangue.

Lembramos ainda que muitas vezes a produção de muco se mistura com as fezes deixando-as de consistência mais amolecidas e com isto o paciente pode ter mais de uma evacuação ao dia. Esta última é uma característica interessante porque após a sua ressecção, o paciente pode experimentar uma mudança no seu hábito intestinal no sentido de apresentar evacuações mais endurecidas e menos frequentes. A confirmação diagnóstica é simples e feita sempre com um exame proctológico completo sendo bem evidente com uma retossigmoidoscopia rígida. Devemos salientar que os pólipos vilosos sésseis têm uma consistência amolecida e “aveludada” que muitas vezes ao examinador menos experiente, o simples toque retal pode não evidenciar a presença da neoplasia.

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida - Os principais sinais e sintomas de um pólipo viloso, maior do que 2 cm. de diâmetro, localizado no reto baixo são: tenesmo retal, mucorréia, sangramento e, às vezes, prolapso com exteriorização da lesão. O diagnóstico é confirmado pelo exame proctológico completo, com biópsias para estudo histopatológico.

2. Em que situação deveremos suspeitar de malignização?

Dr. Flavio Antonio Quilici - As características de malignização do pólipos viloso, somente pelo seu aspecto macroscópico, é rara. No entanto, os pólipos extensos, acima dos 4cm. de diâmetro, a visão endoscópica de áreas de granulação grosseira e/ou presença ao toque retal de áreas endurecidas ou fixas aos planos profundos, são sugestivos de malignização.

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho - Em minha opinião, sempre. Na verdade, apenas após a excisão local do tumor viloso poderemos ter certeza de que não houve penetração na muscular da mucosa. Por isto é nossa conduta nestes casos sempre fixar a peça aberta, imediatamente após a ressecção, com alfinetes em uma cartela de papelão.

Dr. Renato Araújo Bonardi - Como dissemos, a consistência habitual do pólipos viloso é amolecida e quando tocamos áreas endurecidas na superfície destes pólipos, sempre devemos suspeitar de malignidade.

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida - Suspeitamos de malignização quando a lesão se apresenta ulcerada, com coloração vinhosa, endurecida e sangrando com frequência.

3. A exérese local é radical ou existe o risco da incerteza de malignização?

Dr. Flavio Antonio Quilici - A ressecção local, desde que radical e com margens de segurança adequadas garantem sua cura, mesmo estando o pólipos malignizado.

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho - Nos casos em que o patologista demonstra que há penetração na muscular da mucosa passamos a considerar a lesão como um adenocarcinoma de reto, e avaliamos a necessidade (ou não) de uma ressecção mais ampla. Se não for demonstrada esta invasão, consideramos a lesão tratada, devendo ser reavaliada endoscópicamente em um ano.

Dr. Renato Araújo Bonardi - Os pólipos vilosos de reto distal devem ser sempre ressecados completamente e nunca somente biopsiados. Muitas vezes estes pólipos têm pequenos focos de adenocarcinoma que não são percebidos no toque e a biópsia pode não alcançar estas áreas e desta forma confundindo o diagnóstico.

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida - Quando injetamos solução salina com adrenalina na concentração de 1:250.000 na submucosa e a lesão apresenta-se totalmente solta, nos

dá segurança quanto à radicalidade cirúrgica local, geralmente compatível com a ultrassonografia endorretal pré-operatória. Quando há infiltração muscular, a ressecção deve atingir todas as camadas do reto e, mesmo a ultrassonografia endorretal ou a tomografia computadorizada negativas para linfonodos perirretais, ainda paira alguma insegurança, exigindo vigilância rigorosa pós-operatória.

4. No caso de um tumor viloso em reto baixo, ocupando mais do que a metade da luz intestinal, a biópsia pode ser definitiva ou não? Como proceder?

Dr. Flavio Antonio Quilici - Pólipos viloso com grande tamanho, ocupando mais da metade do lúmen do reto baixo, não deve ser biopsiado, pois a conduta na presença de qualquer pólipos adenomatoso, viloso ou não, é sempre a sua total ressecção, seja ela endoscópica, transanal ou cirúrgica.

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho - Apenas a excisão completa da lesão vilosa nos dá a segurança de não tratar-se de um adenocarcinoma de reto, e esta deve ser feita a qualquer preço, por via endo-anal ou mesmo através de ressecção anterior baixa.

Dr. Renato Araújo Bonardi - Não. Como já mencionamos, a biópsia pode não ser conclusiva. Nesta situação de uma lesão ocupar mais da metade da circunferência do reto distal, temos procedido a ressecção de todo um manguito de mucosa do reto até ultrapassarmos a lesão. Este manguito é então seccionado e promovemos uma anastomose da mucosa abaixada ao nível da linha pectínea. Com isto ressecamos completamente a lesão vilosa e o patologista tem condições de uma avaliação completa de toda a peça cirúrgica.

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida - Se a lesão ocupar toda a metade do diâmetro do reto, a biópsia pode não ser definitiva e o melhor é praticar a retossigmoidectomia abdominal com reto-anastomose ou anastomose coloanal se se fizer necessário.

5. Comentários adicionais?

Dr. Mauro de Souza Leite Pinho - Sim. O tumor viloso de reto, quando extenso, necessita por vezes de uma ressecção anterior ultra-baixa, e apresenta a grande dificuldade de definição do bordo inferior da lesão, pois esta é macia demais para ser bem detectada por palpação trans-

abdominal. Nestes casos, utilizamos algumas vezes com grande sucesso a eversão do reto após sua liberação via abdominal afim de determinar claramente, por via perineal, os níveis de secção inferior com segurança. A utilização do grampeamento retal «às cegas» pode nos causar surpresas desagradáveis ao abrirmos a peça, estando a margem comprometida.

Dr. Renato Araújo Bonardi - É necessário se fazer um acompanhamento freqüente destes pacientes, uma vez que os pólipos vilosos têm tendência a recidiva local com freqüência maior e portanto devemos sistematicamente insistir com o paciente a necessidade de exames periódicos, principalmente nos primeiros 12 meses. Nunca devemos

esquecer que os pacientes portadores de tais lesões devem ser submetidos a uma colonoscopia na sua avaliação inicial.

Dr. Eleodoro Carlos de Almeida - Nos grandes tumores vilosos posteriores localizados abaixo da 2ª. válvula (10cm.), usamos como via de acesso a ressecção transesfincteriana posterior (York Mason), que facilita a ressecção total da parede do reto. O bisturi ultrassônico, por permitir a ressecção e a hemostasia concomitante, é preferido por nós nestes casos. Na maioria dos nossos pacientes, as lesões são ressecadas por via transanal com o uso da válvula de Parks e infiltração de solução salina de adrenalina na concentração de 1:250.000.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas que prontamente responderam à nossa solicitação e tornaram possível a realização de mais uma tribuna.

Este tema é amplo e nossa intenção é a 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 independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente conscisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: 019.32543839 e E.mail: fernandocordeiro@globo.com.

Participe.

Fernando Cordeiro
