

# 13

## DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA E VIGILÂNCIA DOS DOENTES COM PÓLIPOS DO CÓLON E RECTO

### RECOMENDAÇÕES



### 1. Introdução e conceitos

Os pólipos do cólon e recto podem classificar-se em termos biopatológicos, em neoplásicos e não-neoplásicos, resultando a sua importância clínica, da maioria dos carcinomas do cólon e do recto (CCR), se originarem a partir de pólipos neoplásicos – os adenomas. Diversos trabalhos científicos demonstram, de forma inequívoca, que a remoção dos adenomas, em geral por polipectomia, é uma atitude preventiva muito eficaz, em relação ao desenvolvimento do CCR.

Revisitemos alguns conceitos.

**Adenoma** é sempre uma lesão displásica e a generalidade dos patologistas recomenda que, a displasia seja graduada em baixo e alto grau, com o objectivo de reduzir a variabilidade interobservador; recomenda-se ainda, o abandono da terminologia “carcinoma in situ”, “carcinoma intramucosos” ou “carcinoma focal”, pelo possível erro de interpretação clínica que tais termos podem induzir, com o consequente sobretratamento.

**Adenoma de risco** é um termo utilizado para designar os adenomas associados a uma maior probabilidade de desenvolvimento de CCR, ou seja, aqueles que exprimem pelo menos, uma das seguintes características:

- dimensões iguais ou superiores a 1 cm;
- componente viloso significativo (superior a 25%);
- displasia de alto grau.

**Pequenos pólipos** são pólipos de dimensões inferiores a 1 cm.

**Grandes pólipos** são pólipos com dimensões superiores a 2 cm.

**Pólipo maligno** é um adenoma com adenocarcinoma que penetra a muscular mucosa e invade a submucosa.

**Ressecção completa** é designação a aplicar, para a execução de polipectomia endoscópica num único tempo sem

fragmentação e em que o patologista refere a presença de tecido cólico normal na superfície de corte. Aplica-se ainda após ressecção de pólipo grande, ou ressecção fragmentada de um pólipo, se uma colonoscopia precoce de controlo com biópsia, não identifica pólipo residual.

### 2. Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico de pólipos do cólon e recto pode ser feito por sigmoidoscopia flexível ou clister opaco, embora quando haja indicação clínica para estudar o cólon, a colonoscopia seja o método de diagnóstico preferível. É mais sensível e permite a execução imediata de biópsia e/ou polipectomia.

A maioria dos pólipos podem ser ressecados por polipectomia endoscópica, que permite uma adequada avaliação histopatológica.

Quando um pequeno pólipo é detectado na sigmoidoscopia flexível, procede-se em regra à sua ressecção de imediato ou, menos frequentemente, a uma biópsia para verificar a sua natureza histológica. Se se tratar de um pólipo hiperplásico, não é necessário a observação do cólon restante, uma vez que, a presença de pólipos hiperplásicos não está associada a uma maior prevalência de lesões proximais. A presença de 1 ou 2 adenomas, sem características de risco, ou seja, menores que 1 cm, tubulares e com displasia de baixo grau, encontrados em fibrosigmoidoscopia, não está associada, na maioria dos estudos, a um maior risco de lesões proximais, pelo que não é obrigatório a realização de colonoscopia total. A realização deste exame, para despiste de lesões síncronas ou metacrónicas, é de pouco valor na maioria dos casos, embora doentes mais jovens possam desejar realizar colonoscopia, para assegurar uma redução do risco de desenvolvimento de CCR.

Se numa fibrosigmoidoscopia, encontramos um pólipo de dimensões superiores a 1 cm, devemos programar uma colonoscopia para observação de todo o cólon e uma polipectomia de todos os pólipos encontrados.

**Pequenos pólipos** (< 1 cm), podem ser ressecados com diferentes técnicas: pinça de biópsia, com ou sem cauterização secundária, com eléctrodo mono ou bipolar; ansas pequenas com ou sem (guilhotina) corrente eléctrica. O uso de pinça de biópsia com corrente eléctrica, ocasiona com frequência, uma ressecção incompleta e está associado a uma maior frequência de complicações.

Os **pólipos grandes e sésseis** podem requerer uma ressecção endoscópica fragmentada, enquanto nos **pólipos planos**, a injeção prévia de soro fisiológico sob a lesão, na submucosa, pode facilitar a sua exeresse endoscópica.

Após ressecção de um **pólipo sésseil, grande** (> 2 cm), deve realizar-se colonoscopia a curto prazo – 3 a 6 meses – para verificar se a remoção foi completa. Se existe pólipo residual, deve remover-se e voltar a observar, dentro de 3 a 6 meses, se não é possível ressecção completa em 2 a 3 sessões, deve promover-se exeresse cirúrgica.

Para os **pólipos malignos**, deve adoptar-se uma atitude conservadora, se forem integralmente preenchidos todos os critérios seguintes:

- o pólipo deve ter sido ressecado completamente, num só tempo e sem fragmentação;
- a avaliação adequada pelo patologista deve revelar um adenocarcinoma, bem ou moderadamente diferenciado, não produtor de muco, sem permeação vascular e invasão da margem de ressecção.

A ausência de qualquer dos critérios acima definidos, constitui indicação para ressecção cirúrgica complementar, embora o risco relativo da ressecção cirúrgica deva ser ponderado, face ao risco de morte por cancro metastizante. Se a ressecção endoscópica de um pólipo maligno, for considerada terapêutica definitiva, deve o doente submeter-se a colonoscopia nos três meses imediatos, para verificar da eventual presença de tecido neoplásico residual, a marcação por tatuagem facilita o reconhecimento do local da polipectomia.

Após uma observação negativa, o doente entra em programa de vigilância.

### 3. Vigilância dos doentes com adenomas do cólon e recto

#### 3. a) Adenoma em doente com idade igual ou inferior a 40 anos

De acordo com os critérios de Bethesda, devemos promover a avaliação da instabilidade de microsátélites nos adenomas de doentes com idade igual ou inferior a 40 anos. Encontra-se instabilidade de microsátélites de alto grau numa escassa percentagem destes doentes, em geral inferior a 5%, mas a presença desta alteração está associada com uma elevada frequência de mutações nos genes de reparação do ADN, o que permite afirmar o diagnóstico de síndrome de Lynch, também denominado síndrome hereditário de carcinoma do cólon e recto, não associado a polipose.

#### 3. b) Vigilância pós-polipectomia

O estudo de diferentes séries de doentes com adenomas do cólon e recto tem revelado, de forma concordante, que alguns doentes (mas não todos) com adenomas do cólon e recto têm um maior risco de desenvolvimento de CCR e, deste modo, podem beneficiar de um programa de vigilância pós-polipectomia. O objectivo da vigilância é detectar e remover os adenomas síncronos e metácronos, antes que, de acordo com a sequência adenoma-carcinoma, se transformem em CCR.

Diversos estudos de avaliação catamnética de doentes com adenomas do cólon e recto, têm permitido uma estratificação da probabilidade de recorrência de adenomas de risco, em função dos dados da colonoscopia inicial. A vigilância, inicia-se quando o gastroenterologista considera comprovado que se encontra perante um cólon sem pólipos. Certas circunstâncias, podem determinar a execução de colonoscopias adicionais à colonoscopia de base, como seja um cólon não adequadamente limpo e, ou, a presença de múltiplos pólipos na colonoscopia inicial. Os doentes com maior probabilidade de desenvolvimento de adenomas de risco, na colonoscopia subsequente, são os que têm múltiplos adenomas (>2), ou adenomas de

risco (>1 cm e/ou com componente viloso e/ou com displasia de alto grau), ou um familiar de 1º grau com CCR. Estes doentes devem fazer, após o cólon ser considerado sem pólipos, a 1ª colonoscopia de vigilância aos 3 anos.

Os restantes doentes, com 1 ou 2 adenomas de dimensões inferiores a 1 cm e sem história familiar de CCR, devem fazer a 1ª colonoscopia de vigilância aos 5 anos. Após uma colonoscopia negativa, nova observação deve fazer-se 5 anos depois.

Doentes com patologia associada significativa e/ou idosos, sobretudo se pertencem à categoria de menor probabilidade de desenvolvimento de adenomas de risco, podem abandonar o programa de vigilância.

#### 3. c) Vigilância dos familiares

É reconhecido nos familiares de doentes com adenomas, um maior risco de desenvolvimento desta neoformação, sobretudo quando o adenoma é diagnosticado antes dos 60 anos de idade.

Aconselha-se assim, **vigilância por colonoscopia aos familiares de 1º grau dos doentes com adenomas do cólon e recto, sobretudo quando diagnosticado antes dos 60 anos, devendo aquela efectuar-se a partir de uma idade 5 anos inferior à menor idade do diagnóstico de adenoma.**

A periodicidade desta vigilância, nos familiares de doentes com adenomas do cólon e recto, deve fazer-se em função dos achados obtidos na colonoscopia.