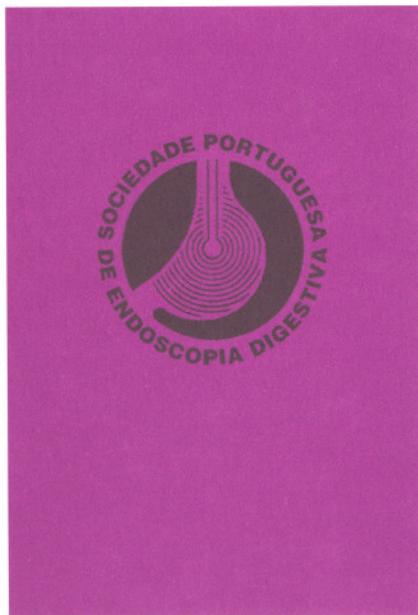


22

Mucosectomia Endoscópica

RECOMENDAÇÕES



Mucosectomia Endoscópica¹

Conceito

A Mucosectomia endoscópica, ou ressecção endoscópica da mucosa (REM), pode ser definida como a excisão endoscópica de um fragmento da parede digestiva englobando a mucosa com a *muscularis mucosae* e também, frequentemente, parte ou a totalidade da submucosa. A REM é um procedimento minimamente invasivo com baixa mortalidade, cujos resultados se comparam favoravelmente aos obtidos pela cirurgia convencional. Deve ser executado em centros de endoscopia com experiência na utilização de corantes, técnicas de hemostase e, eventualmente, ecoendoscopia, podendo ser útil o treino prévio dos operadores em unidades de endoscopia experimental. A REM constitui um procedimento curativo quando aplicada em lesões benignas, sésseis ou planas, do tubo digestivo, enquanto que nas lesões malignas, para além de possibilitar um estadiamento preciso do grau de invasão parietal, dispensa ainda, em muitas circunstâncias, atitudes terapêuticas complementares.

Técnica

A REM deve fazer-se em bloco, incluindo a lesão e uma margem envolvente de tecido são. Tal permite uma correcta caracterização histológica, com definição do tipo de lesão, avaliação da totalidade da excisão e conseqüente redução do risco de recorrência. A excisão em vários fragmentos ocorre habitualmente em grandes lesões e limita a avaliação histopatológica. A cauterização de lesões residuais, sobretudo se em tecido adenomatoso, reduz o risco de recidiva local.

A técnica envolve 3 fases:

- **Localização da lesão:** No esófago, a definição das lesões pode ser ajudada com o uso de lugol a 1,5%-2% (as áreas displásicas ou neoplásicas malignas não fixam o corante). No estômago e intestino grosso, o recurso a corantes (índigo carmim a 0,5%-1%) aumenta a acuidade da endoscopia, sobretudo na delimitação de lesões planas ou aplanadas. Numa lesão superficial, para além da classificação de acordo com a morfologia, é necessária a avaliação, tão rigorosa quanto possível, das dimensões, quer no sentido circunferencial quer no sentido longitudinal. A delimitação da área a excisar é melhor definida com marcas na periferia da área anormal, executadas (com agulha diatérmica, sonda de árgon plasma ou a extremidade de uma ansa diatérmica)

¹ Texto resultante de uma reunião de consenso promovida pelas Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e Divisão Portuguesa da Academia Internacional de Patologia.

a cerca de 2 mm de distância da lesão. Aconselha-se o registo iconográfico das diversas etapas do procedimento, prévia selecção das imagens mais representativas.

- **Avaliação da extensão em profundidade:** A classificação endoscópica das lesões permite suspeitar da existência de invasão em profundidade, o que é confirmado pela não elevação da lesão com injeção de um soluto na submucosa. O recurso à ecoendoscopia, para avaliação da extensão em profundidade, não é consensual. A fazer-se, a ecoendoscopia deve ser executada com minisondas de elevada frequência (12MHz-20MHz). Contudo, a grande maioria dos autores valoriza, sobretudo, o sinal de elevação, ou não, da lesão, após injeção de soluto na submucosa.
- **Escolha do método de ressecção:** Diversos métodos para REM têm sido descritos nos últimos anos. Podem de uma forma geral ser divididos em 4 tipos:

Injeção e corte

Com ansa diatérmica – Elevação prévia da lesão com injeção submucosa de 10 a 50 ml de um soluto (soro fisiológico, glicerol a 10%, dextrose a 50%, hialuronato de sódio); a injeção deve fazer-se em diferentes pontos, em torno das marcas previamente executadas, inicialmente nos limites (primeiro no mais distal, se no tubo digestivo superior, ou no mais proximal, se no cólon e recto) posteriormente no centro da lesão. A não elevação da lesão é um importante indicador da existência de invasão em profundidade. Quando presente, o procedimento deve ser interrompido. Não está demonstrada qualquer vantagem na adição de adrenalina (a 1/10000) ou corantes (azul de metileno ou índigo carmim) ao soluto injectado, embora alguns autores a recomendem. Segue-se a ressecção da lesão com a ansa diatérmica, para o que se aconselha o uso de corrente de corte. Este método é sobretudo usado no cólon e recto, onde constitui a técnica de referência para lesões não muito grandes. Pode, todavia, ser igualmente usado no esófago e estômago.

Com faca – O recurso a facas de dissecação da submucosa está indicado para grandes lesões, pois apenas desta forma poderemos executar uma ressecção em bloco.

Tracção e corte – Nesta modalidade é necessário um endoscópio de duplo canal. A ansa coloca-se em torno da lesão a ressecar e, com uma pinça de biopsia no centro da lesão, faz-se tracção sobre a lesão em direcção ao endoscópio, encerrando-se posteriormente a ansa.

• Tracção por sucção e corte

Com cap de plástico – O recurso a um *cap* de plástico transparente implica a sucção da lesão para o seu interior e o posterior encerramento da ansa diatérmica previamente colocada no mesmo. De seguida, procede-se à secção da lesão com corrente de corte. Recomenda-se este dispositivo para o esófago e estômago.

Com ligadura elástica – Nesta modalidade aplica-se uma ligadura elástica na lesão, previamente à sua secção pela ansa diatérmica. Recomenda-se também para o esófago e estômago.

- **Tracção por sucção simples e corte** – Como alternativa à injeção intraparietal, ou à sucção com ajuda de um cap de plástico, foi proposta uma aspiração simples com o endoscópio (em regra com canal operativo largo), seguida de encerramento progressivo da ansa diatérmica em torno da lesão. Esta técnica, validada para pequenos tumores do esófago, pode igualmente ser usada no cólon e recto.

Complicações

A maioria das complicações ocorre geralmente nas primeiras 12 horas, sendo as mais comuns a hemorragia e a síndrome dolorosa pós-mucosectomia (sobretudo no cólon). A perfuração é rara. São, em regra, tratadas conservadoramente, com ou sem o concurso da endoscopia, sendo excepcional o recurso à cirurgia. Têm sido descritos alguns casos de estenose luminal pós-REM, ocorridos, principalmente, quando as lesões ocupam mais de 50% da circunferência do órgão (particularmente no esófago, cólon e recto).

Estudo anátomo-patológico

As peças de REM devem ser processadas e estudadas com recurso a histologia convencional e a técnicas de genética e de biologia molecular, de modo a obter e a registar todos os dados que aquele material possa fornecer.

Procedimentos na Unidade de Endoscopia: Para uma correcta avaliação anátomo-patológica é necessário que a peça de ressecção chegue ao Laboratório de Anatomia Patológica em condições óptimas de manuseamento. Da REM podem resultar peças de “Ressecção inteira” ou peças de “Ressecção fragmentada”.

Em qualquer dos casos, e ainda na Unidade de Endoscopia, a peça deve ser: 1. Reconstruída (ressecção fragmentada), ou esticada (ressecção inteira); 2. Fixada com alfinetes finos a uma cortiça (superfície mucosa virada para cima); e 3. Mergulhada

no líquido fixador (superfície mucosa virada para baixo). Na execução destes procedimentos pode ser utilizada, se necessário, uma lupa. A peça deve ser enviada para o laboratório de Anatomia Patológica acompanhada de toda a informação (clínica e endoscópica) considerada relevante. Se possível, deve ser enviada uma fotografia endoscópica da lesão.

Procedimentos no Laboratório de Anatomia Patológica: No Laboratório de Anatomia Patológica deve ser efectuada uma descrição que inclua a classificação macroscópica da lesão. A comparação das classificações endoscópica e macroscópica (após fixação) permite o controlo de qualidade necessário a um treino continuado. Posteriormente devem ser executados os seguintes procedimentos:

1. Retirar a peça do fixador;
2. Mergulhá-la em álcool (o tempo necessário para permitir uma consistência que facilite o corte);
3. Pintar as margens (profunda/vertical e lateral/horizontal) com tinta-da-China;
4. Fazer cortes seriados de ± 2 mm que incluam as margens de ressecção;
5. Incluir a peça na totalidade.

A avaliação histológica da peça de REM deve:

1. Usar a classificação de Viena (preferencialmente);
2. Na presença de neoplasia invasiva esta deve ser classificada e estadiada segundo os critérios da OMS e TNM, respectivamente. Deve ser sempre referido:
 - a. Tipo histológico;
 - b. Grau de diferenciação;
 - c. Profundidade de invasão (avaliação quantitativa em mm a partir do limite inferior da muscular da mucosa). O *cutoff* empírico adoptado como seguro no Japão é específico de órgão, devendo ser inferior a 200 μ (0,2 mm) no esófago (incluindo esófago de Barrett), 500 μ (0,5 mm) no estômago e 1000 μ (1 mm) no cólon. No cólon este valor apenas se aplica a lesões sésseis;
 - d. Presença de invasões vasculares (linfáticas e venosas);
 - e. Totalidade da excisão (margens profunda/vertical e lateral/horizontal): R0 (excisão completa); R1 (excisão incompleta); RX – totalidade da excisão não avaliável;
 - f. Estádio: p-Tis, p-T1m, p-T1sm (os estádios p-Tis e p-T1m não são aplicados no cólon, uma vez que, as lesões nestes estádios não têm, praticamente, potencial metastático).