

Instantâneo Endoscópico / Endoscopic Spot

UMA CAUSA RARA DE PÓLIPOS DO CÓLON

R. RAMOS, D. HERVIAS, M. HERRERA, P. DUARTE, C. VICENTE, C. CASTELEIRO

GE - J Port Gastroenterol 2007; 14: 208-209

INTRODUÇÃO

Foi porventura com a demonstração de que os cancros do cólon se originam num pequeno tumor benigno, o pólipó, facilmente removível por colonoscopia, que a prevenção do cancro de cólon e recto se tornou possível e viável. Se um país se organizar para remover os pólipos do cólon, com certeza que baixará a incidência de cancro do cólon ⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO

Doente de 57 anos, que recorreu à Consulta Externa de Gastroenterologia referenciado pelo seu Médico assistente para eventual polipectomia de pólipó sésil de 4mm, localizado no cólon ascendente, detectado em exame de rastreio de cancro colo-rectal. Não apresentava qualquer queixa clínica, sendo os antecedentes do doente irrelevantes. De forma electiva, realizou colonoscopia, tendo sido detectado um pólipó sésil de 4mm no ascendente proximal (Figura 1), tendo sido excisado com ansa dietérmica e recuperado para análise histológica.

A análise histológica mostrou tratar-se de uma lesão com células neoplásicas negativa para MNF 116, C-Kit, CD3, CD5 e ciclina, apresentando forte imunoreactividade para o antígeno leucocitário comum (LCA) e para o CD 20, indicando proliferação linfóide de linhagem B, compatível com linfoma de células B (Figura 2). Rea-



Figura 1 - Pólipó sésil de 4mm de dimensão no ascendente.

lizou Tomografia Computorizada toraco-abdómino-pélvica e medulograma que não mostraram alterações patológicas. Orientou-se para a Consulta Externa de Gastroenterologia e Hematologia, onde mantém seguimento, mantendo-se actualmente sem recidiva local, tendo-se decidido não realizar terapêutica dirigida a lesão neoplásica.

DISCUSSÃO

A incidência de malignidade em pólipos pequenos é inferior a 0,1%. Os linfomas gastrointestinais primários representam uma entidade clinicopatológica diferente dos linfomas ganglionares; o linfoma primário do cólon é um tumor raro do tubo digestivo ⁽²⁾. Os linfomas do tubo digestivo associam-se, por vezes a doenças como a doença celíaca, colite ulcerosa, vírus da imunodeficiência humana, herpes vírus, entre outras. Os sinais e sintomas dependem da localização da lesão; no cólon, geralmente caracteriza-se por dor abdominal, perda de peso, obstipação ou até hemorragia digestiva. No caso apresentado, o facto de o doente se apresentar assintomático, deve-se muito provavelmente as pequenas dimensões da lesão.

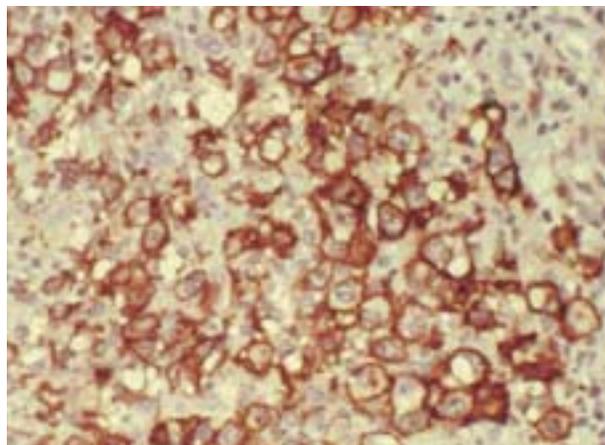


Figura 2 - Histologia (100x) - células grandes com núcleos irregulares, com citoplasma de limites mal definidos com forte imunoreactividade para o marcador CD20.

Os pólipos do cólon e recto são lesões frequentes, detectadas em 30-40% das pessoas com mais de 60 anos. A detecção de pólipos aumentou significativamente nos últimos anos com a implementação de programas de rastreio de cancro do cólon e recto e com um maior acesso por parte dos doentes a exames endoscópicos. A importância clínica destas lesões advém do risco de progressão para cancro do cólon e recto ⁽³⁾. Pela evidência consistente de que a excisão dos pólipos diminui a incidência de cancro do cólon e recto, os doentes com pólipos detectados por colonoscopia devem ser submetidos a polipectomia; mesmo os pequenos pólipos devem ser excisados e submetidos a análise histológica, dado que como se pode observar no caso apresentado anteriormente, os pequenos pólipos podem conter “grandes surpresas”. Em conclusão, a evidência indica que a colonoscopia com polipectomia tem um impacto substancial na incidência do cancro do cólon e recto, sendo fundamental excisar todos os pólipos independentemente do seu tamanho e a sua respectiva análise histológica.

Correspondência:

Rui Miguel Monteiro Ramos
Av. Anil, lote 14, 7º dto
6200-502 Covilhã
Tlm.: 966533153
e-mail: ruimmramos@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. William A, Harper S, Paraskeva C. Neoplastic transformation of a Human colonic epithelial cell line: *in vitro* evidence for the adenoma to carcinoma sequence. *Cancer Res* 1990; 50: 4724-30.
2. Villanueva E, Alvarez J, Martines M, y col. Linfoma primario de colon. *Rev Gastroenterol*, 2002; 67 (1): 28-33.
3. Toribara NW, Sleizenger MH. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1995; 332: 861-7.