



O câncer colorretal é atualmente o segundo em incidência em homens e mulheres do Brasil e o terceiro em mortalidade geral. A detecção e remoção de pólipos é uma estratégia que reduz a mortalidade e a incidência dessa neoplasia. A colonoscopia é o exame de escolha para o diagnóstico e tratamento dos pólipos, tendo um papel determinante na prevenção do câncer colorretal.

A avaliação acurada das margens verticais das lesões é de extrema importância. A maior parte das lesões de risco, com histologia avançada, são lesões grandes, maiores que 10 mm. Vale a pena lembrar, no entanto, que cerca de 5,2% dos pólipos pequenos (até 5 mm) são associados a histologia avançada. Independente do tamanho, para lesões com histologia avançada a ressecção incompleta está associada a um pior prognóstico. Discutir indicações, técnicas de ressecção e as evidências mais recentes tem uma grande importância para todos nós.

Pensando nisso, selecionamos algumas perguntas em relação às chamadas técnicas de ressecção “a frio”. Vamos lá!

1. O QUE É MELHOR PARA PÓLIPOS PEQUENOS (< 5 mm): POLIPECTOMIA COM ALÇA A FRIO OU COM PINÇA?

A melhor técnica para ressecção de pólipos pequenos (< 5 mm) ainda é motivo de debate. Seriam essas lesões mais bem tratadas pela polipectomia com alça a frio? Será que polipectomia com pinça é suficiente para tratá-las ?

Sabemos que a maior parte dos pólipos encontrados durante colonoscopias têm tamanho < 10 mm e as técnicas usadas para a remoção dessas lesões são muito heterogêneas entre os endoscopistas.

Joon Sung Kim e cols conduziram um estudo clínico randomizado muito interessante em seu serviço (Hospital St Mary em Seul, Coreia do Sul) e que foi publicado no ano de 2015. Um total de 139 pacientes foi randomizado entre os grupos polipectomia com pinça e polipectomia com alça a frio. Depois do procedimento, todos os pacientes foram submetidos a mucosectomia para avaliar os leitos de ressecção em busca de lesões residuais.

Os resultados estão sintetizados na tabela abaixo. É possível observar que para as lesões diminutas, ou seja, com tamanho igual ou inferior a 4 mm, os resultados não diferem em relação às duas opções (uso de alça a frio ou polipectomia com pinça). No entanto, para as lesões com tamanho superior a 5 mm, a polipectomia com alça a frio está associada a uma maior taxa de ressecção completa e, por esse motivo, deve ser a preferência para essas lesões.

	POLIPECTOMIA COM ALÇA A FRIO	POLIPECTOMIA COM PINÇA	p
Taxa de ressecção completa	57/59 (96,6%)	57/69 (82,6%)	0,001
Tamanho			
≤ 4 mm	27/27 (100%)	31/32 (96,9%)	1
5-7 mm	30/32 (93,8%)	26/37 (70,3%)	0,13

(adaptada de Kim JS. GIE 2015)

2. FAZER INJEÇÃO SUBMUCOSA MELHORA OS RESULTADOS DA POLIPECTOMIA A FRIO?

Esse é um questionamento interessante. Será que há a necessidade de proceder injeção submucosa para melhorar os resultados da polipectomia a frio? Será que a injeção submucosa permite uma ressecção de mais tecido e garante as margens?

Yuichi Shimodate e cols conduziram um estudo prospectivo e randomizado em sua instituição em Okayama, no Japão, para responder esses questionamentos. Os autores fizeram uma comparação entre a polipectomia com alça a frio auxiliada por injeção de salina na submucosa (salina + índigo carmine + adrenalina) e a polipectomia com alça a frio convencional.

Os desfechos estudados foram a taxa de ressecção completa da muscular da mucosa (definida como taxa de ressecção da muscular da mucosa > 80%), margens lateral e vertical, fragmentação das lesões e complicações, como sangramento e perfuração. Duzentos e quatorze pacientes foram randomizados entre os dois grupos. As taxas de ressecção completa de muscular da mucosa foram 43,9% no grupo com injeção submucosa e 53,3% no grupo de polipectomia convencional e as taxas de margens vertical e lateral livres foram menores no grupo com uso de injeção submucosa (58% x 76% p=0,03 e 42,3% x 56,7% p=0,006, respectivamente). Os autores concluem que o uso de solução salina na submucosa, de maneira diferente ao que era esperado, não promoveu melhoria no manejo das lesões e, além disso, esteve associado a piores desfechos das ressecções em relação às margens.

O estudo de Shimodate mostra que vale a pena investir numa boa técnica convencional de polipectomia a frio, sem a necessidade de injeção submucosa. Essa informação favorece, ainda, a polipectomia underwater como método de ressecção completa de lesões.

3. É POSSÍVEL REMOVER LESÕES GRANDES COM A TÉCNICA DE POLIPECTOMIA COM ALÇA A FRIO?

Ressecções de lesões maiores que 10 mm são usualmente realizadas com alça diatérmica e/ou mucosectomia. Esse tem sido o padrão de tratamento. O racional para o uso de corrente elétrica no manejo dessas lesões inclui facilidade na transecção dos tecidos, cauterização de eventuais tecidos displásicos remanescentes, prevenção do sangramento imediato, pela coagulação térmica dos vasos locais.

Nos últimos anos, no entanto, impactos e riscos da injúria térmica aos tecidos têm sido demonstrados. Podemos citar a perfuração, sangramento tardio, síndrome pós polipectomia como exemplos de lesões causadas pelo uso do bisturi elétrico durante ressecções endoscópicas.

A ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) recomenda o uso de polipectomia com uso de bisturi elétrico para lesões com tamanhos entre 10 e 19 mm e mucosectomia para as lesões \geq 20 mm.

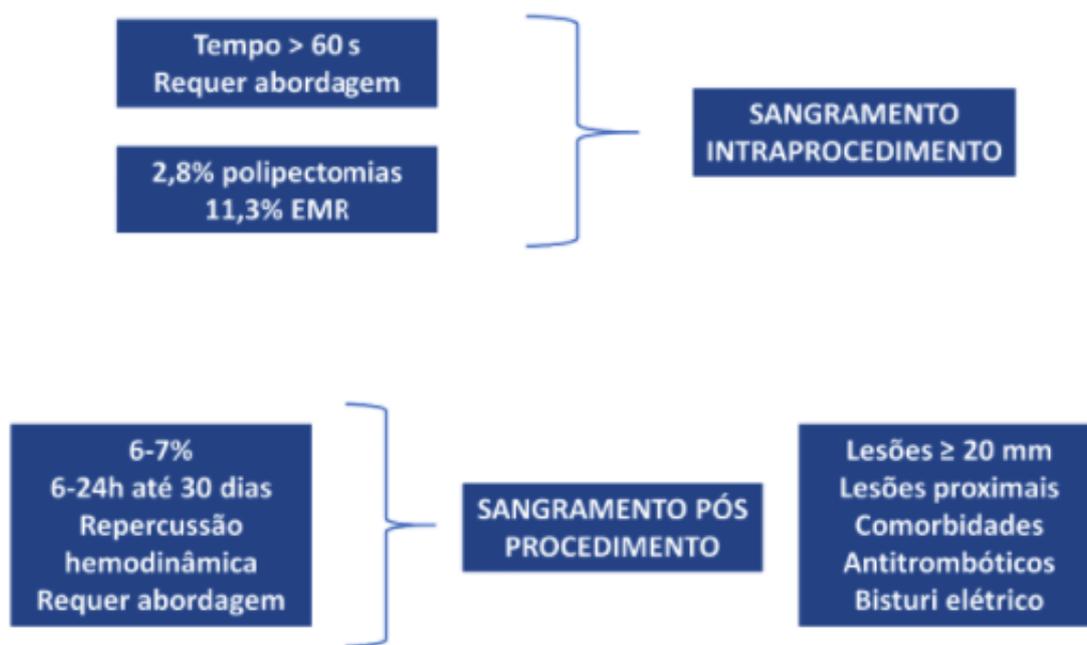
Nesse contexto, o uso da polipectomia a frio para lesões maiores que 10 mm vem sendo investigado, com as primeiras publicações datando de 2014.

Chandrasekar V e cols conduziram uma meta-análise para responder esses questionamentos e mostraram resultados animadores em relação à segurança e eficácia da polipectomia a frio para lesões $>$ 10 mm.

A meta-análise incluiu 8 estudos e 522 pólipos ressecados, com uma média de tamanho de 17,5 mm (10-60mm). A taxa de efeitos adversos foi de 1,1%, com 0,7% de sangramento durante o procedimento (IC95% 0%-1,4%), 0,5% de sangramento pós procedimento (IC95% 1%-1,2%), 0,6% de dor abdominal (IC95% 0,1%-1,3%). Não foi observada perfuração na análise. A taxa de complicações foi maior para pólipos \geq 20 mm (1,3% de sangramento durante o procedimento e 1,2% de dor abdominal, sem sangramento tardio observado). A taxa de ressecção completa foi 99,3% (IC95% 98,6%-100%) e a taxa de lesão residual variou entre 1% e 11,1%, com um período de seguimento de 154 a 258 dias.

4. AS TAXAS DE SANGRAMENTO SÃO MAIORES COM A TÉCNICA A FRIO?

O sangramento pode ocorrer durante o procedimento e após a ressecção. O sangramento durante o procedimento é definido como aquele com duração superior a 60s ou que requer abordagem e ocorre em cerca de 2,8% das polipectomias e 11,3% das mucosectomias. O sangramento pós procedimento pode ocorrer à partir de 6h até 30 dias, associado a instabilidade hemodinâmica e que requer abordagem. Ocorre em cerca de 6-7% dos casos e está associado a lesões maiores que 20 mm, uso de antitrombóticos e lesões em cólon direito.

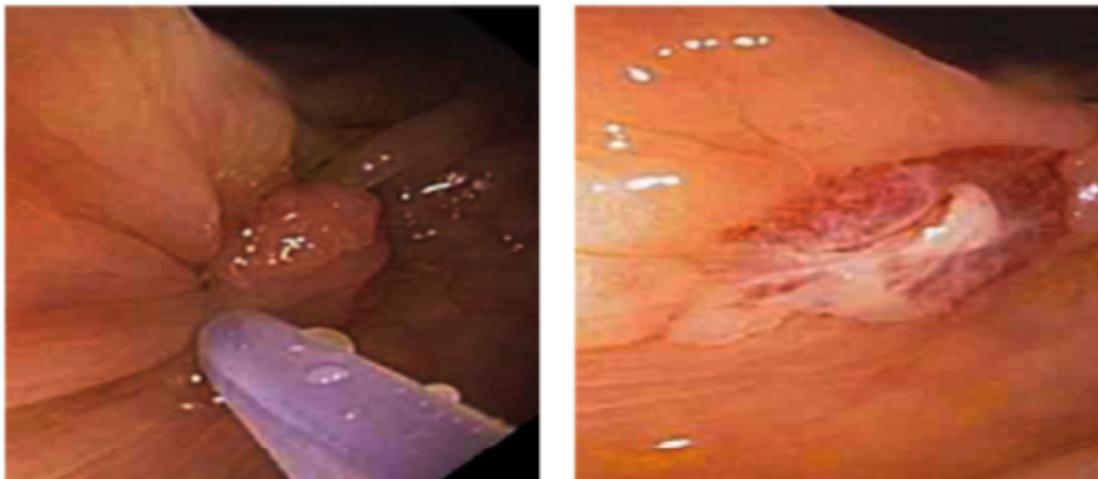


Na questão anterior mostramos os resultados da meta-análise de Chadrasekar e cols que mostraram taxas de sangramento intra e pós procedimento por volta de 1%, mesmo para lesões maiores que 20 mm.

5. O QUE É AQUELA “COISINHA BRANCA PROTRUSA E REVIRADA” QUE FICA NO LEITO DE RESSECÇÃO? DEVO ME PREOCUPAR COM AQUILO?

A polipectomia com alça a frio é usualmente usada para remoção segura e efetiva de pólipos e é uma estratégia muito interessante para a prevenção do câncer colorretal. Como mencionado previamente neste texto, a polipectomia com alça a frio é mais usada para lesões pequenas, com tamanho entre 3 e 9 mm, no entanto a técnica é também efetiva para lesões maiores.

Um dos riscos da polipectomia com alça a frio é o da formação de protrusões de tecido no leito de ressecção após a realização da polipectomia.



A prevalência dessas protrusões é de cerca de 14 a 36% e em sua maioria correspondem a parte da muscular da mucosa ou da submucosa. Inicialmente a maioria dos autores não considerou que essas protrusões tivessem algum significado clínico relevante. No entanto, alguns grupos têm valorizados esses achados, durante o exame do leito de ressecção. Seriam essas protrusões associadas a problemas?

Tatsuya Ishii et al conduziram um interessante estudo retrospectivo publicado no periódico GIE de Maio de 2021 estudando os leitos de ressecção e também as peças (pólipos) ressecadas. Os autores acessaram um total de 1026 lesões e dessas, 116 (11,3%) exibiam protrusões de tecido no leito de ressecção. As protrusões estavam associadas a fragmentação das peças tanto em análise univariada (OR 3,74 IC95% 2,47-5,66 $p < 0.001$) quanto em análise multivariada (OR 3,13 IC95% 2,04-4,82 $p < 0.001$). Apesar disso, a proporção de taxas de ressecção completa não foi diferente nos pacientes, independente do fato de existirem as protrusões. A proporção de muscular da mucosa $< 50\%$ foi mais elevada no grupo que apresentava as protrusões (48,5 x 29,1% $p < 0.001$).

As protrusões foram associadas com um maior tamanho dos pólipos e dos espécimes ressecados, tanto em análise univariada quanto em análise multivariada.

Os autores argumentam que a presença dessas protrusões pode ser um alerta para um diagnóstico patológico fragilizado, pela associação com menor proporção de muscular da mucosa representada na peça e maior associação com fragmentação, que prejudica a análise das margens. Em pólipos malignizados isso torna-se um problema grave.

6. E A POLIPECTOMIA / MUCOSECTOMIA UNDERWATER? TEM ALGUMA VANTAGEM EM RELAÇÃO A TÉCNICA CONVENCIONAL?

Nas chamadas técnicas underwater, o espaço luminal é preenchido por água, o que mantém a camada muscular própria sob tensão fazendo com que as camadas submucosa e mucosa “flutuem”. Dessa maneira, os riscos de lesão térmica e de perfuração estão minimizados e as técnicas underwater surgem como alternativas às técnicas ditas convencionais.

A injeção na submucosa é considerada um passo importante nos procedimentos de mucosectomia convencional. Tem a função de elevar as lesões, tornando-as polipoides e, dessa, maneira, facilitando a apreensão com alça de polipectomia. Além disso, afasta as lesões da camada muscular própria, minimizando os riscos de sangramento e perfuração e em teoria, aumentaria as taxas de ressecção completa e margens negativas.

O estudo prospectivo e randomizado de Shimodate e cols (mencionado previamente neste post) mostrou resultados que contrariam as premissas das técnicas de mucosectomia convencional e destacam as qualidades dos procedimentos underwater.

Recentemente uma meta-análise de Choi e cols comparou a mucosectomia underwater (614 pacientes) e a mucosectomia convencional (623 pacientes) e mostrou resultados inusitados. Os autores observaram que os procedimentos underwater estavam mais associados a ressecções “em bloc” e menores índices de recorrência em relação às técnicas convencionais, principalmente para lesões maiores que 20 mm. O quadro abaixo mostra os principais achados do estudo:

Mucosectomia underwater (Choi AY. GIE 2021)

Maior taxa de ressecção em bloco* OR 1,84 (IC 1,4-2,3)

Redução no índice de recorrência* OR 0.3 (IC 0.1-0.5)

Sem diferença no risco de sangramento ou perfuração

Sabemos que a recorrência das lesões está fortemente associada a ressecções incompletas ou ressecções piecemeal. As técnicas underwater têm se mostrado seguras, factíveis em diferentes contextos e associadas a maiores taxas de ressecção completa em estudos diversos estudos head to head publicados recentemente.

Como citar este artigo

Cardoso DMM. 6 PERGUNTAS QUE VOCÊ SEMPRE QUIS FAZER SOBRE TÉCNICAS DE RESSECÇÃO “A FRIO” E AS RESPOSTAS INUSITADAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS QUE SÓ O ENDOSCOPIA TERAPÊUTICA TRAZ. Endoscopia Terapêutica; 2021. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/6-perguntas-que-voce-sempr-quis-fazer-sobre-tecnicas-de-ressecao-a-frio>

REFERÊNCIAS

1. Kim JS, Lee Bo-In, Choi H et al. Cold snare polypectomy versus cold forceps polypectomy for

- diminutive and small colorectal polyps: a randomized controlled trial. (Gastrointest Endosc 2015;81:741-7.
2. Shimodate Y, Itakura J, Takayama H et al. Impact of submucosal saline solution injection for cold snare polypectomy of small colorectal polyps: a randomized controlled study. Gastrointest Endosc 2020;92:715-22.
 3. Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2017;49:270-97.
 4. Chandrasekar VT, Spadaccini M, Aziz M et al. Cold snare endoscopic resection of nonpedunculated colorectal polyps larger than 10 mm: a systematic review and pooled-analysis. Gastrointest Endosc 2019;89:929-36.
 5. Ishii T, Harada T, Tanuma T et al. Histopathologic features and fragmentation of polyps with cold snare defect protrusions. Gastrointest Endosc 2021;93:952-9.

Acesse o [Endoscopia Terapêutica](#) para tomar contato com mais [artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos clínicos](#), [quizzes](#), [classificações](#) e mais!

