

Nos últimos anos o número de solicitações de biópsias seriadas em colonoscopia vem aumentando exponencialmente. Como endoscopista sempre surge o questionamento: Será que há indicação? Como proceder?

Após revisão da literatura listamos abaixo as situações em que as biópsias seriadas estão bem indicadas:

Colites microscópicas

Consistem na principal indicação de biópsias colônicas seriadas.

Compreendem as colites colágena e linfocítica. Cursam com diarreia crônica e geralmente sem alteração macroscópica na colonoscopia. O diagnóstico se dá pela identificação de bandas colágenas subepiteliais (colite colágena) ou maior densidade de linfócitos intraepiteliais (colite linfocítica). A colite linfocítica tem forte associação com a doença celíaca.

A colonoscopia é superior à retossigmoidoscopia, pois os achados microscópicos são mais evidentes em cólon direito.

A conduta preferível é:

- Realização de colonoscopia com no mínimo 2 biópsias em: cólon ascendente, transverso, descendente e sigmoide.

Ou

- Colonoscopia com 3 – 4 Fragmentos de cólon direito e esquerdo (frascos separados).

Diarréias agudas

Em imunocompetentes a retossigmoidoscopia/colonoscopia está indicada nos casos de forte suspeita de colite pseudomembranosa. A depender das condições clínicas do paciente pode-se realizar a retossigmoidoscopia com biópsias de sigmoide e reto (frascos separados). Caso resultado seja inconclusivo, realizar a colonoscopia com biópsias de cólon direito e esquerdo.

Em imunodeprimidos a retossigmoidoscopia/colonoscopia está indicada quando a diarreia é persistente e a pesquisa de agentes infecciosos nas fezes é negativa. Nesta situação a principal causa é infecção por Citomegalovírus (CMV) e o interessante é que as técnicas não invasivas de detecção, tais como PCR e sorologias nem sempre indicam doença invasiva. Daí a necessidade da realização de colonoscopia com biópsias de cólon direito e esquerdo para pesquisa de agentes infecciosos e necessidade de identificação viral por imuno-histoquímica.

Doença Inflamatória Intestinal

Há 2 situações distintas: a primeira é a avaliação de atividade de doença e a segunda é a vigilância para displasia.

Nas colites ulcerativas e nas colites de doença de Crohn devem ser feitas biópsias de quaisquer alterações macroscópicas. Em mucosa de aspecto cicatricial (quiescente) a avaliação de atividade de doença é feita através de biópsias de íleo, cólon direito, cólon esquerdo e reto com no mínimo 2 fragmentos por segmento e em frascos separados.

Outra situação distinta que geralmente confunde o endoscopista é como realizar as biópsias na vigilância endoscópica para displasias. Uma conduta cada vez menos aplicada atualmente é a realização de biópsias aleatórias a cada 10cm nos 4 quadrantes gerando o mínimo de 32 fragmentos. Há casos bem selecionados em que tal prática ainda é útil (presença de inúmeros pseudopólipos que dificultam a visualização adequada de todo o cólon, ausência de aparelhos com alta definição e de corantes como índigo Carmim ou azul de metileno). Atualmente, baseado no SCENIC (Consenso Internacional de Vigilância e Manejo de Displasia na Doença Inflamatória Intestinal) é preferível, em um cólon de padrão quiescente, a realização de biópsias dirigidas de áreas suspeitas realçadas pela cromoscopia.

Pouchitis (bolsite)

Até 60% dos pacientes portadores de colite ulcerativa submetidos a colectomia subtotal com confecção de bolsa ileal vão apresentar pelo menos um episódio de bolsite. A retossigmoidoscopia está indicada nos pacientes sintomáticos e devem ser realizadas biópsias do pouch e da alça aferente (frascos separados) em busca de agentes infecciosos e diagnóstico diferencial com a doença de Crohn.

Doença do enxerto versus hospedeiro (GVHD)

É uma complicação do transplante alogênico de medula óssea (TMO) que ocorre geralmente nos primeiros 3 meses pós transplante. Os achados endoscópicos são relacionados com o estágio da doença, apresentando desde mucosa normal até alterações como edema, enantema, erosões e/ou úlceras. Biópsias endoscópicas seriadas são necessárias pelo fato de não haver correlação direta entre os achados endoscópicos e histológicos.

Na GVHD não há uma conduta definida. Sabe-se que os locais mais frequentemente acometidos são cólon distal e reto, até mesmo nos pacientes que tem sintomas sugestivos de envolvimento do trato gastrointestinal superior.

Desta maneira 2 abordagens são aceitas:

- Retossigmoidoscopia flexível com biópsias de cólon descendente (4 fragmentos) e cólon sigmoide/reto (4 fragmentos).

Ou

- Colonoscopia com no mínimo 4 fragmentos de íleo terminal, 4 de cólon ascendente, 4 de cólon

transverso, 4 de cólon descendente e 4 de cólon sigmoide/reto.

Tabela com resumo das indicações de biópsias seriadas:

DOENÇA	PROCEDIMENTO
Colites microscópicas	