

Recentemente foi publicado na sessão *Masters of Endoscopy* da revista *Endoscopy* o artigo intitulado “**Como nós ressecamos pólipos colorretais menores que 20 mm**”, dos autores Douglas K. Rex, da Universidade de Indiana, e Evelien Dekker, da Universidade de Amsterdam. ([clique aqui para link para o artigo original](#)). A seguir, faremos um resumo dos principais pontos destacados.

Primeiramente, uma avaliação minuciosa das lesões é necessária para diferenciar o tipo de lesão (adenoma x pólipo serrilhado) e avaliar o risco de câncer, que está fortemente associado com o tamanho da lesão.

Os autores afirmam que a retirada de lesões com **pinça a frio** às vezes é apropriada se as lesões forem de 1 a 2 mm, já que podem ser totalmente retiradas em uma “mordida”, porém eles usam **alça a frio** para quase todas as lesões menores que 10 mm. Para adenomas convencionais de 10 a 19 mm, eles usam primariamente **alça diatérmica**. **Mucosectomia**, preferencialmente em bloco, é apropriada para adenomas convencionais volumosos não-granulares e adenomas não-granulares com depressão nessa faixa de tamanho. Para pólipos serrilhados sésseis de 10 a 19 mm, a abordagem deles difere até certo ponto: um usa primariamente “**mucosectomia a frio**” e o outro usa primariamente **mucosectomia convencional** com alça diatérmica.

Os pólipos e as lesões planas menores que 20 mm constituem 95% de todas as neoplasias colorretais e, portanto, compreendem a maioria esmagadora das ressecções realizadas pelos colonoscopistas.

Para detectores de alto nível, cerca de 80% das lesões são menores que 5 mm e 90% são menores que 10 mm. O risco de câncer é insignificante para lesões menores que 5 mm, muito abaixo de 1% para lesões de 6 a 9mm e cerca de 1 a 2% para lesões entre 10 e 19mm.

Essencialmente, todas as lesões colorretais benignas menores 20 mm, com exceção de lesões que se estendem para o apêndice ou íleo terminal, são endoscopicamente ressecáveis, com riscos e custos menores que o tratamento cirúrgico. Os autores afirmam que referenciar lesões benignas menores que 20 mm para tratamento cirúrgico aumenta o custo e expõe o paciente a um risco desnecessário. Assim, o colonoscopista atualizado deve ser apto a realizar ressecções efetivas e seguras desses tipos de lesões.

Definições:

Lesões diminutas	1-5 mm
Lesões pequenas	6-9 mm
Lesões médias	10-19 mm

Lesões grandes	> 20 mm
Lesões gigantes	> 30 mm

Avaliação dos pólipos

- Para uma tomada de decisão ótima na realização de uma polipectomia, a superfície de todas as lesões deve ser avaliada com o intuito de prever a invasão profunda da submucosa antes da ressecção.
- Além disso, a diferenciação endoscópica dos pólipos serrilhados com os adenomas convencionais pode mudar a abordagem na ressecção.
- Enfim, a lesão deve ser delineada com precisão.
- Por todos esses aspectos, para um diagnóstico ótimo, endoscópios de alta definição e cromoscopia (com corantes ou virtual) têm provado seu mérito.

Base das técnicas

Os autores discorrem sobre a “**revolução a frio**” nas técnicas de polipectomia e isto é particularmente verdade para pólipos menores que 10 mm bem como para algumas lesões maiores. A ressecção a frio, isto é, sem aplicação de eletrocautério é tão segura quanto a ressecção quente (com eletrocautério) e tem um risco menor de sangramento tardio e perfuração.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2018/11/Polipectomia-a-frio.mp4>

–

Lesões diminutas (menores que 5 mm)

- A ferramenta primária para ressecção de pólipos diminutos é a **alça a frio**. Uma alça de tamanho pequeno (aproximadamente 10 mm de diâmetro) e que seja rígida e fina facilitará sua colocação e pega do tecido.
- Incluir de 1 a vários milímetros de tecido normal ao redor da lesão é crucial para garantir a ressecção completa.
- Os autores usam alça a frio como abordagem preferencial para todas as lesões de 1 a 5 mm, embora, segundo eles, a pinça a frio seja aceitável para pólipos de 1 a 2 mm, particularmente se forem planos, muito difíceis de pegar ou se a lesão não puder ser colocada na posição de 5 horas.
- Como regra geral, nunca se usa pinça a frio para ressecção em *piece meal* pois ela é menos efetiva e menos eficiente que a ressecção com alça.
- Segundo os autores, a utilização de alça com eletrocautério não tem papel nos pólipos diminutos, pois submete o paciente a um risco desnecessário de sangramento e perfuração, e a *hot biopsy* frequentemente é ineficaz para ressecção completa.
- Atualmente, a pinça de *hot biopsy* tem uma função nas ressecções de pólipos: para retirar tecido residual plano ou fibrótico pós-mucosectomia.

Ressecção de pólipos pequenos (6 a 9 mm)

- Para esse grupo de lesões, nem pinça a frio nem *hot biopsy* tem papel algum.
- A ferramenta primária novamente, segundo os autores, é a **alça a frio**. Pela necessidade de se pegar um grande pedaço de tecido, ocasionalmente é necessário serrar o tecido através da submucosa com a alça a frio ou cortá-lo puxando contra a ponta do colonoscópio. Isso às vezes leva a um “cordão” de submucosa, que consiste de submucosa e às vezes de muscular da mucosa. Esse “cordão” não requer amostras de biópsias ou tratamento.
- O uso do eletrocautério também é apropriado para pólipos pequenos selecionados como os sésseis volumosos ou pediculados, afirmam os autores. Entretanto, eles usam alça a frio para quase todo conjunto de pólipos de 6 a 9 mm.

Ressecção de pólipos serrilhados médios (10 -19 mm)

- A segurança da alça a frio pode ser percebida na ressecção de lesões serrilhadas sésseis maiores que 10 mm de tamanho. Uma endoscopia de alta definição é essencial para garantir a avaliação de todas as criptas serrilhadas e sua excisão com margem ampla. A injeção submucosa com contraste antes da ressecção (mucosectomia) melhora sobremaneira a visualização das criptas serrilhadas da lesão. Essa técnica, chamada “**mucosectomia a frio**” (*cold EMR*) pode ser considerada para pólipos serrilhados de 10 a 19 mm de tamanho.
- Um dos autores (D.K.R) usa mucosectomia a frio para maioria dos pólipos serrilhados médios enquanto o outro (E.D.) prefere com eletrocautério. Essas diferenças na prática são consistentes com a atual evidência limitada a respeito da melhor prática.
- Outros autores usam ressecção a frio em *piece meal* para pólipos serrilhados maiores que 10 mm sem injeção submucosa. Estudos adicionais são necessários para esse tipo de prática.

Esse link do youtube mostra um exemplo de mucosectomia a frio.

[CLIQUE AQUI PARA VER O VIDEO.](#)

Ressecção de adenomas convencionais médios (10 -19 mm)

- As técnicas para ressecção de adenomas convencionais de 10 a 19 mm ainda estão evoluindo. Particularmente, as taxas de ressecção completa adequada para adenomas convencionais maiores que 10 mm usando ressecção em *piece meal* com alça a frio e mucosectomia a frio ainda não estão estabelecidas.
- Os autores revelam que usam uma mistura de abordagem para adenomas dessa faixa de tamanho, dependendo do seu tamanho e morfologia.
- Para lesões médias pediculadas, é preferível alça diatérmica. Essas lesões devem sempre ser

ressecadas em bloco, preferencialmente com a alça posicionada pelo menos abaixo da metade do pedículo, para aumentar a chance de ressecção com margens livres em caso de câncer inesperado. Muitas dessas lesões estão localizadas no cólon sigmoide e o posicionamento da alça pode ser facilitado pela mudança de posição do paciente ou preenchendo a luz de água.

- Para lesões pediculadas, eles preferem coagulação em baixa potencia usando corrente controlada. A terapêutica profilática com loops, injeção de adrenalina ou cliques é recomendada.
- Lesões não-pediculadas devem ser avaliadas para achados endoscópicos de invasão profunda da submucosa, como ulceração, deformidade das criptas e do padrão vascular.
- As lesões com esses achados têm indicação de tratamento cirúrgico. Na ausência desses achados, outros achados endoscópicos como morfologia não-granular (particularmente se houver depressão ou se a lesão for séssil e volumosa) estão associadas com maior risco de invasão superficial da submucosa. Se ressecadas em bloco, os pacientes com essas lesões talvez possam ser capazes de evitar cirurgia.
- Portanto, adenomas não-granulares entre 10 e 19 mm, particularmente se eles são volumosos ou deprimidos, devem ser ressecados em bloco, usando eletrocautério sempre que possível. A injeção submucosa reduz o risco e frequentemente facilita a ressecção em bloco.
- Para mucosectomia, os autores geralmente preferem corrente de corte predominante. Existem outras abordagens como a realização de dissecação endoscópica da submucosa (ESD).

Conclusão

- A tendência em geral na ressecção de lesões colorretais menores que 20 mm é usar sempre que possível alça ao invés de pinça, e isto se aplica mesmo para lesões de 1 a 5 mm.
- Para lesões menores que 10 mm, a ressecção a frio, sem eletrocautério, é tão ou muito próxima em termos de efetividade ao uso do eletrocautério e evitam-se os riscos.
- Estudos iniciais com técnicas a frio indicam que seu resultado é efetivo na erradicação de pólipos serrilhados maiores que 10 mm.
- A abordagem dos autores neste tipo de lesão varia, o que reflete a limitada evidência disponível. Estudos controlados de mucosectomia x mucosectomia a frio x ressecção em *piece meal* a frio sem injeção são necessários.
- As técnicas a frio não são estabelecidas como efetivas para adenomas convencionais maiores que 10 mm. Na maioria dos adenomas convencionais de 10 a 19 mm, a ressecção com alça usando o eletrocautério permanece o padrão ouro.
- Para lesões de crescimento lateral (LST) não-granulares de 10 a 19 mm, a ressecção em bloco deve ser a meta, particularmente para lesões com achados associados a alto risco de invasão profunda.
- Lesões pediculadas do colon são em sua maioria adenomas. Quando maiores que 10 mm, elas devem ser removidas em bloco e utilizando alça com eletrocautério.

E vocês? Na prática clínica diária utilizam alça mesmo para lesões menores que 5 mm? Sentem segurança em realizar “mucosectomia a frio”, sem uso de corrente?

Referência:

Rex DouglasK et al. How we resect colorectal polyps < 20 mm in size. Endoscopy. 2018

