

A polipectomia é o procedimento terapêutico endoscópico mais comum e todos os colonoscopistas devem estar aptos à realizar este procedimento de forma segura e efetiva. A prática evoluiu consideravelmente nos últimos anos e atualmente dispomos de várias técnicas e equipamentos para diferentes cenários clínicos.

O endoscopista deve considerar o tamanho, características morfológicas e localização do pólipo no cólon antes de escolher a técnica apropriada. Para pólipos pequenos existem várias técnicas que podem ser utilizadas, mas são poucos os estudos disponíveis para nos guiarem entre qual a mais indicada para cada caso.

Os pólipos devem ser divididos entre sésseis ou pediculados, e também de acordo com o tamanho da lesão (até 3 mm, 3-7 mm e 7-9 mm). Em relação à localização, a maioria dos estudos considera cólon direito do ceco ao ângulo esplênico, e esquerdo os segmentos distais à esta região.

### **PÓLIPOS PEDICULADOS**

- Melhor tratamento sugerido pela maioria dos estudos e guias é a polipectomia com alça diatérmica, não importando se é no cólon direito ou esquerdo.
- Pólipos com pedículos maiores do que 1 cm sugere-se o uso de clipe ou *endoloop* para prevenção do sangramento.

### **PÓLIPOS SÉSSEIS**

O tratamento varia de acordo com o tamanho e localização.

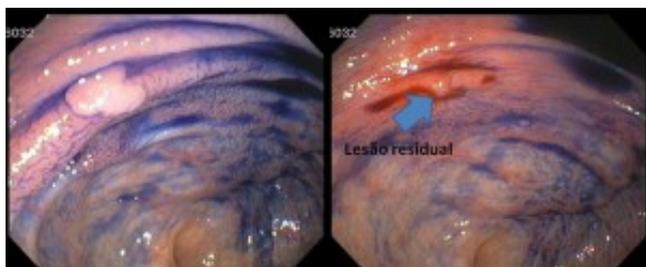
### **Existe um certo consenso no tratamento das seguintes lesões:**

- Pólipos sésseis até 3 mm podem ser tratados por pinça de biópsia fria.
- Lesões sésseis com 1 cm ou mais, em qualquer lugar do cólon, devem ser sempre tratadas por mucosectomia.
- Lesões planas ou deprimidas maiores do que 3-4 mm (que não podem ser ressecadas adequadamente por pinça fria/hot/jumbo) são tratadas por mucosectomia.

### **Lesões de tamanho intermediário**

Para as lesões de 3-7 mm e 7-9 mm as condutas variam bastante.

- **Lesões de 3-7 mm:** Boa parte dos estudos considera segura a ressecção das lesões de 3-7 mm com alça fria. Não se recomenda ressecção com pinça de biópsia devido à alta frequência de ressecção incompleta. Hot biopsy pode ser usada no cólon esquerdo mas é contra indicada no cólon direito devido ao risco de perfuração (cada vez menos usada). Alça diatérmica pode ser usada com relativa segurança no cólon esquerdo mas tem um risco de perfuração maior quando utilizada no cólon direito. A mucosectomia se mostra segura, efetiva, com baixo risco de perfuração e maiores taxas de ressecções completas destas lesões. Estudos demonstram que a aplicação da mucosectomia nas ressecções de lesões maiores do que 5 mm no cólon direito tem aumentado e é sugerida como a melhor opção por alguns autores.

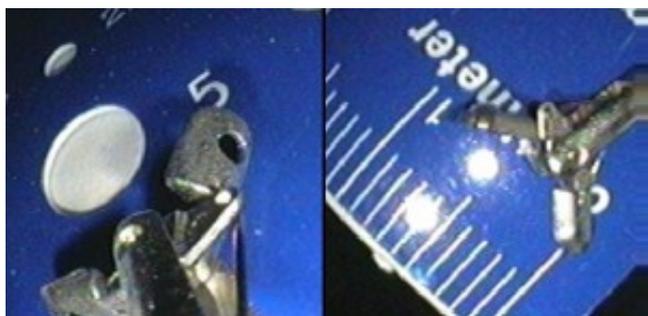


(Clique para aumentar) Lesão plana de 6 mm no ceco. Tentativa de ressecção com pinça de biópsia fria. Após a primeira mordida foi observada lesão residual com necessidade de ressecção adicional. Este tipo de tratamento deve ser evitado pois quanto maior o número de fragmentos em que a lesão for ressecada, maior a incidência de recidiva.

- **Lesões de 7-9 mm:** Não se deve usar pinça de biópsia fria. Hot biopsy é contra indicada no cólon direito e tem grande taxa de ressecção incompleta em lesões maiores do que 5 mm. A alça fria é uma opção possível, porém, as técnicas mais utilizadas e sugeridas nos artigos para este tipo de lesão são a ressecção com alça diatérmica e a mucosectomia. O uso de terapia térmica (alça) sem injeção submucosa no cólon direito tem uma maior incidência de perfuração e síndrome pós polipectomia, levando à uma tendência em se indicar mucosectomia para estas lesões quando localizadas nesta região. No cólon esquerdo a ressecção com alça diatérmica é mais segura do que no cólon direito mas a mucosectomia também é uma opção que deve ser considerada. Em um estudo multicêntrico prospectivo (6) realizado em 11 instituições japonesas incluindo 624 pacientes, foi avaliado a aplicação da mucosectomia em lesões menores do que 2 cm. O tamanho médio das lesões era de 8,3 mm  $\pm$  3,2 (5-20 mm). A ressecção em bloco foi obtida em 93,3% dos pacientes com 78,3% de ressecções completas. A taxa de perfuração foi 0 (zero) e a taxa de sangramento 1,1%. Este estudo demonstra que a mucosectomia é uma técnica simples, rápida, segura e com altas taxas de ressecção completa de lesões menores do que 1 cm.

### Como medir as lesões?

Outra dificuldade na decisão terapêutica dos pólipos subcentimétricos é como estimar o tamanho da lesão. Infelizmente não existe um método 100% preciso. O tamanho é estimado, na maioria das vezes, comparando-se a lesão com algum dos instrumentos endoscópicos, geralmente uma pinça. Para isso o endoscopista deve conhecer o material que utiliza. A concha da pinça de colonoscopia padrão mede em torno de 5 mm de comprimento e quando aberta tem aproximadamente 8 mm.



(Clique para aumentar). A) Comparação da pinça aberta (visão endoscópica) com área arredondada de 5 mm. B) Medida da pinça aberta (aproximadamente 8 mm).



(Clique para aumentar). A) Pólipo pequeno no cólon descendente. B) Comparação do pólipo com uma das conchas da pinça de colonoscopia que mede 5 mm de comprimento.

### Referências

1. Riley SA. Colonoscopic polypectomy and endoscopic mucosal resection: A practical Guide. Britihs Society of Gastroenterology. 2008. Disponível no endereço: [http://www.bsg.org.uk/pdf\\_word\\_docs/polypectomy\\_08.pdf](http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/polypectomy_08.pdf)
2. Saunders B. “HOW I DO IT” Removing large or sessile colonic polyps. World Endoscopy Organization. Disponível no endereço: [http://www.worldendo.org/assets/downloads/pdf/publications/how\\_i\\_doit/2007/omed\\_hid\\_removing\\_large\\_or\\_sessile\\_colonic\\_polyps.pdf](http://www.worldendo.org/assets/downloads/pdf/publications/how_i_doit/2007/omed_hid_removing_large_or_sessile_colonic_polyps.pdf)

3. Lee TJ, Rutter MD, Blanks RG, Moss SM, Goddard AF, Chilton A, Nickerson C, McNally RJ, Patnick J, Rees CJ. Colonoscopy quality measures: experience from the NHS Bowel Cancer Screening Programme. *Gut* 2012;61:1050e1057. doi:10.1136/gutjnl-2011-300651
4. Ross WA, Thirumurthi S, Lynch PM, Rashid A, Pande M, Shafi MA, Lee JH, Raju GS. Detection rates of premalignant polyps during screening colonoscopy: time to revise quality standards? *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* Volume 81, No. 3 : 2015
5. Lee TJ, Blanks RG, Rees CJ, Wright KC, Nickerson C, Moss SM, Chilton A, Goddard AF, Patnick J, McNally RJ, Rutter MD. Longer mean colonoscopy withdrawal time is associated with increased adenoma detection: evidence from the Bowel Cancer Screening Programme in England. *Endoscopy* 2013; 45: 20–26
6. Yoshida N(1), Naito Y, Inada Y, Kugai M, Yagi N, Inoue K, Okuda T, Hasegawa D, Kanemasa K, Kyoichi K, Matsuyama K, Ando T, Takemura T, Shimizu S, Wakabayashi N, Yanagisawa A, Yoshikawa T. Multicenter study of endoscopic mucosal resection using 0.13% hyaluronic acid solution of colorectal polyps less than 20 mm in size. *Int J Colorectal Dis* (2013) 28:985–991.

