

Estado da Arte
State of Art

JOÃO RAMOS DE DEUS*

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO POLIPO MALIGNO

Resumo

A designação de polipo maligno significa a presença de um adenoma com um foco de carcinoma que invade a submucosa (carcinoma invasivo). Este termo é habitualmente utilizado quando um polipo que foi ressecado por via endoscópica, se vem a comprovar, após exame histológico, conter carcinoma invasivo.

A incidência de polipos malignos, removidos endoscopicamente, é em média de 4,7% (0,2-9,4%).

O risco de malignidade está associado à dimensão, localização e configuração histológica.

A abordagem terapêutica dum polipo maligno varia entre uma atitude conservadora, considerando a polipectomia tratamento adequado e suficiente e uma atitude cirúrgica de ressecção complementar, no caso contrário.

A ressecção cirúrgica deverá tomar em conta os riscos potenciais de carcinoma residual e / ou metastático da lesão excisada em comparação com o risco potencial, em termos de morbilidade e mortalidade, do próprio acto cirúrgico. A ressecção endoscópica de um polipo maligno pediculado, constitui habitualmente tratamento curativo, desde que esteja assegurada a sua excisão completa, com uma margem livre de ressecção, e que o carcinoma não seja pouco diferenciado ou indiferenciado (grau III) e não exista invasão linfática ou vascular. O risco de doença metastática nesta situação é de 0,3%.

Um polipo maligno sessil ressecado endoscopicamente possui maior risco de metastização (1,5%), mesmo com critérios histológicos favoráveis. A ressecção cirúrgica complementar deverá ser contemplada, em doentes cujo risco cirúrgico seja inferior ao risco de metastização.

Cada caso deverá ser considerado individualmente, devendo a abordagem terapêutica ser devidamente ponderada pelos médicos intervenientes (gastroenterologista, anatomopatologista, cirurgião), em função dos riscos e benefício de uma eventual ressecção cirúrgica complementar, após discussão com o doente e/ou seus familiares.

Abstract

Malignant polyp is an adenoma in which carcinoma has invaded the submucosa (invasive carcinoma). It is a term used commonly when a polyp removed by colonoscopy, shows invasive carcinoma by pathologic examination.

The incidence of malignant polyps, removed by colonoscopy, is found to be between 0,2% and 9,4% (median: 4,7%).

Malignant change of an adenomatous polyp is associated with size, site and histological configuration.

The therapeutic management of the malignant polyp stays between a conservative approach, if polipectomy alone is considered adequate and sufficient therapy and a complementary surgical resection, on the opposite.

* Consultor de Gastroenterologia.
Assistente Graduado de
Gastroenterologia do Hospital
Fernando Fonseca, Amadora.

Correspondência:

Dr. João Ramos de Deus
Serviço de Gastroenterologia
do Hospital Fernando Fonseca,
Amadora.

The surgical approach must be adopted after comparing the potential risks of residual and/or metastatic carcinoma and the risks and disadvantages of colorectal resection.

Colonoscopic resection of a pedunculated malignant polyp is usually considered curative, since complete resection has been assured, with a free margin, the carcinoma is not poorly differentiated or undifferentiated (grade III) and venous or lymphatic invasion is not present. Metastatic risk in this situation is 0,3%.

A malignant sessile polyp, removed by colonoscopy, has a greater metastatic risk (1,5%), even with favourable histological criteria. A subsequent surgical resection should be adopted, in patients where the surgical risk is less than the risk of metastatic disease.

Final decision should be adopted in each case individually, requiring a team approach that involves the gastroenterologist, the pathologist and the surgeon, considering the risks and benefits of a surgical resection, discussed with the patient and his family.

1. Introdução

A designação de polipo maligno significa a presença de um adenoma colorectal (mais raramente um hamartoma juvenil ou de Peutz-Jeghers) com um foco de carcinoma que invade por contiguidade, através da *muscularis mucosae*, a submucosa (carcinoma invasivo). Esta designação não é aplicada a um adenoma contendo carcinoma *in situ* ou intramucoso, dado que neste caso as células cancerosas estão confinadas à mucosa, não existindo potencial metastático devido à ausência de vasos sanguíneos e linfáticos a este nível. Mais raramente podem existir polipos constituídos apenas por carcinoma. Estes designam-se por carcinoma polipóide e são considerados uma variante de polipo maligno, representando provavelmente um adenoma prévio, totalmente substituído por carcinoma.

Actualmente a designação de polipo maligno é habitualmente utilizada quando um polipo ressecado por via endoscópica, após exame anatomopatológico, se verifica conter carcinoma invasivo.

A distinção entre carcinoma intra mucoso e carcinoma invasivo é de capital importância em termos de abordagem terapêutica e evolução prognóstica, sendo crucial que o polipo esteja correctamente orientado para exame histológico e que exista estreita comunicação entre o gastroenterologista, o cirurgião e o anatomopatologista.

A incidência de carcinoma invasivo em adenomas colorectais varia conforme as séries analisadas. Em estudos de autópsia a taxa de malignidade varia

entre 1,1% e 3,6% e em estudos endoscópicos, em indivíduos submetidos a rastreio, varia entre 0,6% e 1,7% (1).

Nas séries mais significativas de adenomas removidos endoscopicamente, a incidência de carcinoma invasivo oscila entre 0,2% e 9,4%, com uma incidência média de 4,7% (2,3).

As séries cirúrgicas reportando habitualmente polipos de maiores dimensões e com maior incidência de adenomas com componente viloso, registam uma taxa de malignidade consideravelmente superior (1).

2. Aspectos Endoscópicos

Embora a presença de carcinoma invasivo num polipo possa na maioria dos casos ser apenas revelada após exame histológico, existem sinais endoscópicos que podem fazer suspeitar da sua existência, nomeadamente por irregularidade da superfície ou do contorno, ulceração, consistência firme ao toque ou à mobilização com a ansa de polipectomia, pedículo alargado ou aderência da base da lesão aos planos mais profundos, particularmente suspeita no caso de não ocorrer elevação da lesão com injeção submucosa de soro fisiológico ("non-lifting sign") (4). Se existir suspeita endoscópica de malignidade, deverá haver a preocupação acrescida de remoção completa da lesão. No caso de polipo pediculado, a ressecção deverá ser efectuada mais próxima da parede colorectal, do que da cabeça do polipo, como é a prática habitual. No caso de polipo sessil, deverá ser utilizada injeção prévia de soro fisiológico na submucosa subjacente, no sentido de elevar o polipo, permitindo não só excisão mais segura como maior probabilidade de excisão com margem livre de tumor. No caso de ressecção fragmentada, deverá haver o cuidado adicional de recolher todos os fragmentos para análise histológica (4).

Quando uma lesão polipoide supostamente maligna, não seja considerada passível de remoção endoscópica com segurança, será preferível não correr o risco de eventuais complicações e efectuar biópsia da mesma, preferencialmente por ressecção parcial. Quando exista suspeita de eventual lesão maligna, a sua localização deverá ser referenciada, por marcação com injeção de "tinta-da-china" ("tatuagem"), para futura referência cirúrgica ou endoscópica posterior (4).

Se endoscopicamente não houve suspeita prévia de malignidade, só revelada posteriormente por exame histológico, deverá o local da lesão ser reavaliado dentro de 2 a 3 semanas, após polipectomia, evitando o seu difícil reconhecimento posterior após cic-

trização, de modo a ser efectuada a necessária marcação e futura referência.

Os polipos do recto, constituem um caso particular, sobretudo se pela sua dimensão (>20mm) ou aspecto endoscópico, coloquem a maior possibilidade de malignidade, dado que nestes casos a alternativa cirúrgica ("excisão local") poderá permitir melhor avaliação histológica, pela maior possibilidade de ressecção completa e em bloco da totalidade da lesão. Nestes casos, dado o fácil acesso para estudo ultrassonográfico da lesão, a ressecção endoscópica só deverá ser tentada, após esse mesmo estudo não demonstrar suspeita de invasão carcinomatosa da submucosa.

3. Factores de Risco de Carcinoma Invasivo

Desde os trabalhos pioneiros de Morson, que se associa a dimensão do polipo, a sua estrutura vilosa e o alto grau de atipia celular ao maior risco de malignidade num adenoma colorectal(5). Numa grande série, recentemente publicada, compreendendo polipos removidos por via endoscópica e cirúrgica, foi analisada a importância relativa dos vários factores de risco(1).

A transformação maligna de um adenoma está principalmente associada à sua dimensão, à sua configuração histológica e à sua localização.

Dimensão: os adenomas ≤ 5 mm não apresentam habitualmente transformação maligna (1,6). O seu potencial maligno aumenta progressivamente com a dimensão, atingindo valores da ordem dos 78,9% em adenomas > 42 mm(1).

Configuração histológica: A estrutura vilosa confere um progressivo risco de transformação maligna (29,8%), ao contrário, nos adenomas tubulares esse risco é francamente menor (3,9%) (1,6).

Localização: Os adenomas localizados no cólon direito (6,4%) apresentam menor risco de transformação maligna em comparação com aqueles localizados no cólon esquerdo (8%) e no recto (23%)(1).

4. Abordagem Terapêutica

A remoção endoscópica completa da grande maioria dos polipos coloreticais, mesmo com carcinoma intramucoso, constitui terapêutica curativa.

O dilema terapêutico surge quando se verifica que o polipo ressecado contém carcinoma invasivo. Duas questões essenciais se colocam:

1- será a polipectomia endoscópica, tratamento

adequado suficiente ou o doente necessitará de cirurgia oncológica complementar?

2- se a polipectomia endoscópica não foi considerada suficiente, quais as características do polipo que permitem avaliar o risco de doença residual e recidiva local ou de metastização ganglionar, em comparação com o risco de ressecção cirúrgica complementar?

4.1 Polipectomia Suficiente

Se esta questão era considerada controversa há alguns anos, com base na discordância entre séries de pólipos excisados por via endoscópica e cirúrgica, particularmente na 1ª década após a introdução da polipectomia endoscópica, em 1972, actualmente já não o deverá ser(4). Existe desde então literatura endoscópica e histológica credível, reforçando o facto da polipectomia endoscópica de um adenoma com carcinoma invasivo, constituir um tratamento adequado e suficiente, pelo baixo risco de recidiva local ou de metastização ganglionar em comparação com o risco de mortalidade por cirurgia colorectal complementar, desde que estejam assegurados determinados princípios sintetizados nas linhas de conduta publicadas em 1993 pelo *American College of Gastroenterology*(7), revistas em 2000(8):

1. O polipo for considerado totalmente excisado pelo endoscopista e submetido na totalidade para exame anatomopatológico;
2. No laboratório de Anatomia Patológica for possível determinar com segurança, após correcta fixação e corte do polipo, a extensão da invasão, o grau de diferenciação e a excisão completa do carcinoma;
3. O carcinoma não for considerado pouco diferenciado;
4. Não existir invasão vascular ou linfática;
5. A margem de excisão não estiver atingida pelo carcinoma. A invasão do pedículo, no caso de polipos pediculados, não é isoladamente um factor prognóstico desfavorável, desde que a margem de ressecção não esteja envolvida pelo carcinoma.

4.2 Risco de Recidiva Local ou de Metastização Ganglionar

A probabilidade de falência terapêutica por via endoscópica e a consequente necessidade de terapêutica cirúrgica complementar, devido ao risco acrescido de recidiva local e/ou de metastização ganglionar, dependem do grau de diferenciação

à margem de ressecção, da presença de invasão vascular ou linfática e da profundidade de invasão(9).

Grau de diferenciação: As lesões pouco diferenciadas ou indiferenciadas (grau III) compreendem 5 a 10% dos casos e estão claramente associadas a uma maior incidência de evolução adversa. As lesões com um padrão predominante de células em "anel de sinete", devem ser consideradas de grau III(9).

A ocorrência de carcinoma pouco diferenciado é relativamente rara em polipos malignos, mais frequentemente (15%), é detectada em peças de ressecção cirúrgica que comportam habitualmente lesões de maior dimensão. Contudo a sua presença em polipos malignos é um factor independente de claro mau prognóstico, compreendendo um risco de metástases ganglionares de 50%(10).

Margem de ressecção: A margem de ressecção mínima livre de carcinoma varia entre 1 e 2 mm conforme as séries, admitindo a maioria 2 mm como margem mínima(9).

Morson realçou contudo a evolução favorável de casos com carcinoma atingindo a margem de ressecção, desde que o endoscopista considerasse como completa a remoção de todo o tecido patológico, presumivelmente pelo facto da termocoagulação diatérmica ter causado suficiente necrose tecidual, erradicadora das células residuais malignas na margem do tumor(5).

Invasão linfática: A detecção de invasão linfática é mais subjectiva e sujeita a variação interobservador. Por este motivo os grupos de St. Marks e da Cleveland Clinic não a utilizam isoladamente, como

critério para ressecção complementar (9). No estudo de Cooper et al (11) contudo a sua presença, na ausência de outros critérios desfavoráveis (grau III, margem de ressecção envolvida), esteve associada, só por si, a uma evolução adversa. Este autor recomenda quando existam dúvidas, o estudo complementar e a revisão por outro anatomopatologista. A invasão linfática é também um fenómeno raro, mas de mau prognóstico quando é detectado. Embora não existam casos suficientes registados, que possam servir de base a análise estatística, considera-se que a sua ocorrência confere um risco de metastização ganglionar de 25%(10).

Invasão vascular: A sua presença representa o mesmo significado que a invasão linfática.

Profundidade de invasão: Vários investigadores têm usado métodos de avaliação de risco, baseados na profundidade de invasão do carcinoma. Estes métodos foram baseados principalmente em estudos compreendendo lesões ressecadas por via cirúrgica, pelo que a sua aplicação na avaliação de pólipos ressecados endoscopicamente, apenas poderá ser deduzida.

Um dos sistemas de classificação de previsão do risco de adenoma com carcinoma invasivo, baseado na profundidade de invasão vertical foi criado por Haggitt et al (12)(Figura1).

Nível 1 - carcinoma invadindo a submucosa, mas limitado à cabeça do polipo.

Nível 2 - carcinoma invadindo até ao nível do colo (junção cabeça/pedículo) do polipo.

Nível 3 - carcinoma invadindo qualquer porção do pedículo.

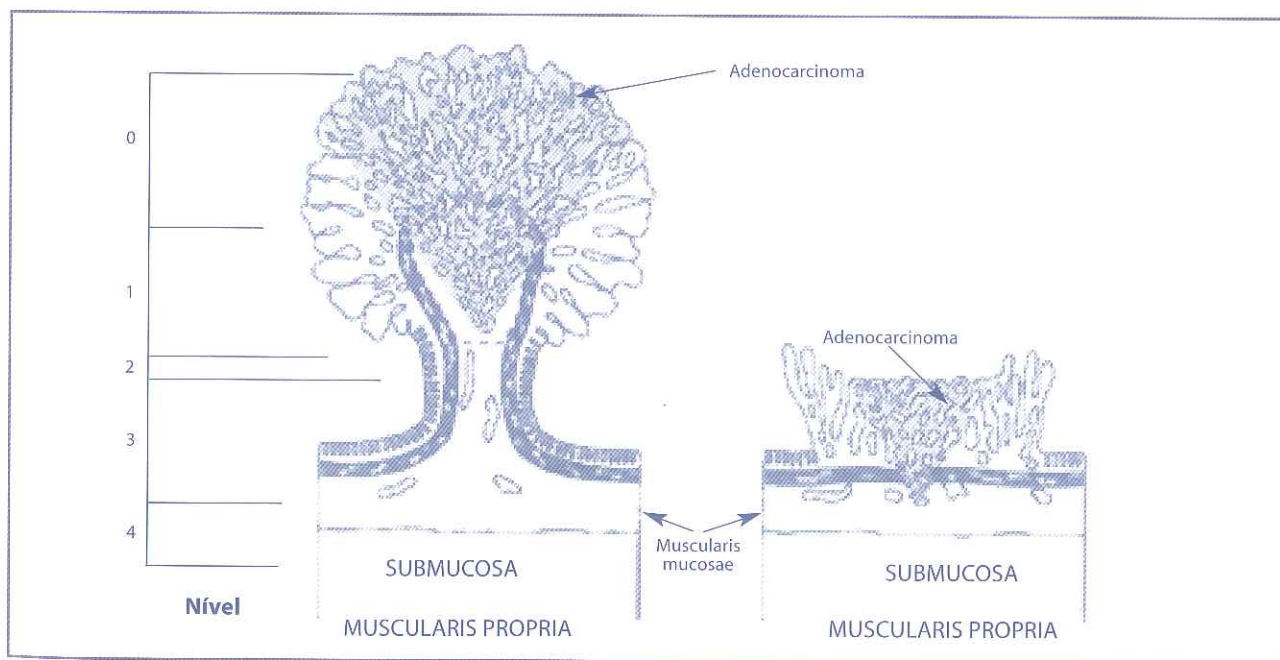


Fig. 1- Diagrama dos níveis de invasão vertical num polipo maligno. Adaptado de Haggitt et al¹²

Nível 4 - carcinoma invadindo a submucosa da parede colorectal, mas não atingindo a muscularis propria. De acordo com estes critérios um carcinoma invasivo presente num adenoma pediculado pode ser classificado desde o nível 1 a 4, mas um carcinoma invasivo presente num adenoma sessil é por definição uma lesão de nível 4.

Vários estudos demonstraram que o nível 4 de invasão está correlacionado com evolução adversa e consequente necessidade de ressecção cirúrgica complementar, e que nos níveis 1 a 3 se associados à presença de carcinoma bem ou moderadamente diferenciado (grau I e II respectivamente), sem invasão venosa ou linfática, a polipectomia endoscópica constitui uma terapêutica adequada e suficiente (13,14,15).

No Japão, Kikuchi et al (16) estudaram outro sistema de classificação de previsão de risco, com base na invasão vertical do carcinoma ao nível da submucosa em pólipos sesséis, de acordo com os seguintes critérios.

Sm 1= invasão da submucosa mais superficial até 200 a 300 µm da *muscularis mucosae*.

Sm2= invasão intermédia.

Sm3= invasão da submucosa mais profunda, mais próxima da *muscularis propria*.

Sistema semelhante foi apresentado por Nascimbeni et al (17) da Mayo Clinic, utilizando contudo limites diferentes.

Sm1= 1/3 superior (mais superficial)

Sm2= 1/3 médio

Sm3= 1/3 inferior (mais profundo)

Em ambos os estudos o nível Sm3 foi considerado critério de risco de evolução claramente desfavorável. Estes sistemas de classificação de risco baseados na profundidade de invasão da submucosa em três níveis, aplicam-se essencialmente a lesões ressecadas cirurgicamente, pelo que a sua aplicação a lesões ressecadas endoscopicamente carece de estudos prospectivos, dirigidos a este último tipo de abordagem terapêutica.

Com base nos pressupostos descritos, considera-se **polipo maligno de alto risco de evolução adversa** (recidiva local; metastização ganglionar e/ou à distância) as lesões comportando **critérios histológicos desfavoráveis**: carcinoma pouco diferenciado ou indiferenciado (grau III), presença de margem de ressecção envolvida, presença de invasão vascular ou linfática e presença de carcinoma envolvendo a submucosa da parede colorectal (nível 4 da classificação de Haggitt).

4.3 Factores de Decisão Terapêutica

A frequência de polipos malignos é relativamente rara. Nem todos os doentes portadores de carcinoma invasivo, submetidos a polipectomia endoscópica, são subsequentemente submetidos a ressecção cirúrgica complementar ou existe conhecimento completo da sua evolução, pelo que as conclusões publicadas na literatura são baseadas em números relativamente escassos, por vezes enviesados pela análise conjunta de lesões ressecadas por via endoscópica e cirúrgica.

Um dos factores de risco mais importantes a considerar na discussão da abordagem terapêutica dum polipo maligno, é o seu potencial de metastização ganglionar. A análise da incidência, nas várias séries publicadas, apresenta valores algo díspares, tendendo a ser superior nas séries cirúrgicas, que compreendem polipos de maior dimensão, com maior incidência de lesões vilosas e com predomínio de lesões rectais, sobretudo na era pré-colonoscópica. O consenso aponta contudo para que aproximadamente 10% dos polipos malignos ressecados endoscopicamente apresentem metastização ganglionar, no momento da sua ressecção (18).

A incidência de metástases ganglionares em adenomas com carcinoma invasivo varia de 8,5 a 17%, conforme os dados publicados na literatura (10,19). Numa das maiores séries publicadas sobre este tema, Nivatvongs et al (13) analisaram essa incidência em relação com a profundidade de invasão do carcinoma, com base na classificação de Haggitt, em peças de ressecção, com ou sem polipectomia prévia. A incidência média de metástases ganglionares em 151 polipos coloreticais analisados foi de 9%, quase idêntica à referida geralmente na literatura (8,5%) (13,18), embora inferior à registada por Coverlizza et al (16,1%) (10). Cooper et al (11) demonstraram num estudo baseado em 140 polipos ressecados endoscopicamente, com ou sem ressecção complementar subsequente, num período de avaliação temporal mínimo de 5 anos, que a evolução adversa, definida como ocorrência de carcinoma residual e/ou recorrente com ou sem metastização ganglionar, estava directamente correlacionada com a presença de parâmetros histológicos desfavoráveis, definidos como carcinoma localizado a menos de 1 mm da margem da ressecção, carcinoma pouco diferenciado e/ou invasão linfática. A falência da terapêutica endoscópica ocorreu em 19,7% dos casos com parâmetros histológicos desfavoráveis, ao contrário da inexistência de evolução adversa em qualquer dos polipos que apresentavam ausência dos referidos parâmetros histológicos desfavoráveis.

O Quadro I resume o resultado da análise de 21 séries, compreendendo pólipos com carcinoma invasivo, ressecados por via endoscópica. O risco médio de evolução adversa com critérios histológicos favoráveis é < 1% em média, variando de acordo com a morfologia do polipo, 0,3% no caso de lesão pediculada e 1,5% no caso de lesão sessil (37,38) (Quadro II).

Para além da avaliação de risco com base na histologia é crucial que exista concordância entre o anatomopatologista e o endoscopista na confirmação de ressecção completa da lesão.

Os polipos malignos com critérios endoscópicos e histológicos favoráveis deverão preferencialmente

ser apenas tratados por polipectomia, com um risco mínimo de falência terapêutica. Em contraste, os pólipos malignos com critérios histológicos desfavoráveis ou em que persistam dúvidas sobre a sua ressecção completa, após análise histológica, ou que não permitam o exame histológico completo do polipo (ex: ressecção fragmentada, ...) comportam um risco de falência terapêutica de 10 a 20% (2), sendo considerados **polipos de alto risco de evolução adversa** (Quadro III).

Neste grupo de doentes há que considerar a ressecção cirúrgica complementar, efectuando previamente uma análise do seu risco, em termos de morbilidade e mortalidade associadas.

Quadro I - Polipos malignos colorectais ressecados endoscopicamente: frequência de carcinoma em ressecção cirúrgica ou em seguimento.

Carcinoma em ressecção cirúrgica ou seguimento			
Estudo	N.º polipos	N.º Total	N.º com CF
Chanterreau et al ²⁰	59	3	0
Christie et al ²¹	70	3	0
Cooper ²²	56	9	0
Cranley et al ²³	40	10	0
Coverlizza et al ¹⁰	50	5	0
Cunningham et al ²⁴	36	2	0
Fried et al ²⁵	22	0	0
Geraghty et al ²⁶	21	1	0
Hackelsberger et al ²⁷	87	8	1*
Kodaira et al ²⁸	7	2	1*
Kyzer et al ¹⁴	42	4	0
Langer et al ²⁹	23	6	1**
Morson et al ⁵	60	3	0
Netzer et al ³⁰	31	14	0
Nivatvongs et al ³¹	23	2	0
Richards et al ³²	80	10	3*
Rossini et al ³³	31	0	0
Shatney et al ³⁴	28	1	0
Speroni et al ³⁵	30	2	0
Volk et al ²	47	10	0
Wolff et al ³⁶	46	8	2*
	889	103 (11%)	8 (0,9%)

CF - Critérios favoráveis: excisão completa+margem ressecção livre+carcinoma grau I/II + ausência invasão linfática.

* Margem ressecção não avaliada.

** Grau de carcinoma e margem de ressecção não avaliados

Quadro II - Evolução adversa (carcinoma residual ou metastização ganglionar) em polipos malignos com critérios favoráveis.

Polipos Pediculados	0,3%
Polipos Sesseis	1,5%

Quadro III - Factores risco de evolução adversa em doentes com polipos malignos.

Evolução	Favorável (baixo risco)	Desfavorável (alto risco)
Grau de diferenciação carcinoma	bom ou moderado	indiferenciado
Invasão vascular ou linfática	ausente	presente
Margem de polipectomia	livre ou >2mm	atingida
Invasão da submucosa parede colorectal	ausente	presente
Ressecção (totalidade)	completa	incompleta ou fragmentada

4.4 Factores a Favor de Ressecção Cirúrgica

Os argumentos a favor da ressecção, baseiam-se no potencial risco de evolução adversa, com base na análise histológica ou impossibilidade de assegurar a ressecção completa da lesão, e na potencial "cura", obtida por uma atitude cirúrgica complementar, que constitui a melhor arma terapêutica para eliminar esse risco. Contudo, devido à mortalidade perioperatória média de 2% (0,2-10%) para colectomia electiva(19), particularmente em doentes idosos e com comorbilidade significativa, o risco cirúrgico deverá ser ponderado em função de cada caso individualmente.

O estado da restante mucosa colorectal é também um factor relevante de decisão, pela possibilidade de lesões síncronas. A presença de múltiplos adenomas no mesmo segmento do cólon, ou a associação com história familiar marcada de cancro colorectal, poderão também ser factores a favor de potencial ressecção cirúrgica.

4.5 Factores Contra Ressecção Cirúrgica

A ressecção cirúrgica comporta um risco não negligenciável em termos de morbilidade e mortalidade, particularmente em doentes idosos ou com comorbilidade associada. A morbilidade imediata está essencialmente associada a complicações cardio-respiratórias, deiscência anastomótica e necessidade de colostomia. A morbilidade a prazo comporta o risco de diarreia, após ressecção cólica extensa, particularmente em idosos, agravada por vezes pela existência de compromisso esfinteriano. As lesões localizadas ao recto, sobretudo distal, comportam ainda morbilidade acrescida pelo tipo de cirurgia radical

necessária (ressecção abdomino-perineal).

A mortalidade média de ressecção colorectal electiva é de 2%, variando entre 0,2% a 10% em função da idade e comorbilidade do paciente. Se abaixo dos 50 anos a mortalidade é quase nula, acima dos 70 anos atinge valores da ordem dos 4,4%, conforme referido por Greenburg(19,39).

Embora se possa afirmar que a mortalidade cirúrgica em doentes idosos tenha vindo a diminuir nos últimos 30 anos, existem vários estudos que apontam valores entre os 7,1% e 9%, para doentes com idade superior a 75 anos(19,40,41).

A possibilidade de cura após ressecção cirúrgica em doentes com metastização ganglionar (Dukes C) só é possível de obter em 30-60% dos casos, dependendo do número de gânglios atingidos. Se já existir metastização à distância, a probabilidade de ressecção curativa é claramente inferior.

4.6 Papel do Clínico

Em termos médios na prática, individualmente um doente com um polipo maligno com critérios desfavoráveis tem 10% de possibilidade de falência terapêutica se não for submetido a cirurgia e 2% de probabilidade de morte perioperatória.

Dada a relativa raridade em que estes polipos são detectados, é pouco provável que esta questão possa obter resposta através de um ensaio prospectivo randomizado multicêntrico.

Analizando a outra vertente do problema, a estimativa de risco de carcinoma residual ou metastização ganglionar em pólipos malignos pediculados ressecados endoscopicamente com critérios favoráveis é de 0,3% e no caso de pólipos sesséis de 1,5%(37,38).

Os doentes de qualquer idade, com critérios favoráveis de ressecção, que foram submetidos a ressecção endoscópica de polipos malignos pediculados, não devem ser submetidos a ressecção cirúrgica complementar, bem como de um modo geral, os doentes com idade superior a 50 anos, com polipos malignos sesséis, que apresentem critérios favoráveis de ressecção. Nos doentes saudáveis, abaixo dos 50 anos de idade, com polipos malignos sesséis com critérios favoráveis, o risco de doença residual ou de metastização ganglionar é semelhante ou ligeiramente superior ao risco de mortalidade cirúrgica, pelo que neste caso deverá ser adoptada uma atitude cirúrgica complementar (38).

Nos outros casos com critérios de ressecção desfavoráveis, a terapêutica cirúrgica complementar deverá ser contemplada, após discussão individual de cada caso, configurando os riscos e incertezas da abordagem deste problema, devidamente explicados ao doente ou seus familiares.

Apenas uma correcta discussão das alternativas envolvendo o gastroenterologista, cirurgião, anatomopatologista e o doente ou seu representante, tomando em consideração os riscos e o benefício da cirurgia complementar poderão dar origem a uma decisão terapêutica apropriada.

4.7 Polipos Sésseis

Os polipos malignos sesséis são frequentemente analisados separadamente dos pediculados. O seu potencial maior risco, estará relacionado com o facto das células cancerosas que invadem a muscularis mucosae e subsequentemente a submucosa, estarem em contiguidade com a submucosa da parede colrectal, não existindo uma zona "tampão" como ocorre nos polipos pediculados.

Nos primeiros anos após o aparecimento da polipectomia endoscópica, a opinião prevalente favorecia uma ressecção cirúrgica complementar nestes casos (42).

Esta opinião estaria baseada no facto deste tipo de polipos apresentarem maior percentagem de critérios histológicos desfavoráveis. Contudo, estudos mais recentes (29,33,43), referem que desde que esses critérios desfavoráveis não estejam presentes (histológicos; ressecção fragmentada ou incompleta), o risco de evolução adversa não é significativamente superior ao dos polipos pediculados. O seu risco e relativo pior prognóstico está essencialmente ligado à maior dificuldade de excisão completa e "em bloco", que permita obter critérios de segurança por simples polipectomia.

A maioria dos autores considera actualmente que não existe base sólida, para os diferenciar desde que os critérios de ressecção favoráveis estejam presentes (11,44,45).

4.8 Vigilância Pós Polipectomia

Após remoção endoscópica de um polipo maligno com critérios favoráveis, a colonoscopia de seguimento deverá ser efectuada dentro de 3 a 6 meses, para avaliação do local de ressecção, com o objectivo de assegurar a sua remoção completa. Se existe carcinoma residual o doente deverá ser referenciado a cirurgia, se tiver condições para tal. Se não houver carcinoma residual, deverá ser efectuada colonoscopia um ano depois, se este exame for negativo a mesma deverá ser repetida após 3 anos.

5. Conclusões

A abordagem terapêutica de um polipo maligno excisado endoscopicamente, divide-se entre duas atitudes que exigem uma discussão sensata entre os vários médicos intervenientes, gastroenterologista, cirurgião, anatomopatologista, e o doente e/ou seus familiares:

- Polipectomia endoscópica, como tratamento adequado e suficiente;
- Cirurgia de ressecção complementar, potencialmente curativa, no caso da polipectomia não ter sido considerada tratamento suficiente, após avaliação do risco cirúrgico em confronto com o potencial risco de carcinoma residual ou metastático.

Os seguintes princípios são baseados na literatura disponível e devem ser utilizados na análise de decisão terapêutica.

1. A ressecção endoscópica de polipos malignos pediculados constitui habitualmente tratamento curativo, desde que satisfeitos os seguintes critérios histológicos:
 - Excisão completa do polipo, com uma margem livre de ressecção de pelo menos 2 mm.
 - O carcinoma invasivo não é pouco diferenciado ou indiferenciado (grau III);
 - Não há evidência de invasão linfática ou vascular.
 - O risco de doença metastática nesta situação é de aproximadamente 0,3%.
2. Os polipos sesséis malignos, ressecados endoscopicamente, têm maior risco de metastização, mesmo com critérios histológicos favoráveis. O risco é de aproximadamente 1,5% e a ressecção cirúrgica complementar deverá ser contemplada, no caso de

doentes cujo risco cirúrgico seja inferior ao risco de metastização.

3. O risco de metastização de um polipo maligno com critérios histológicos desfavoráveis é de cerca de 10% em média, elevando-se para cerca de 25% em caso de invasão linfática e de 50% no caso de carcinoma invasivo pouco diferenciado ou indiferenciado (grau III).
4. A mortalidade perioperatória média de 2%, varia com a idade e a comorbilidade do doente, de 0,2% em doentes com idade inferior a 50 anos até 10% em doentes com idade superior a 75 anos. Nos doentes com metástases ganglionares, a probabilidade de cura varia de 30% a 60%.
5. A colonoscopia de controlo deve ser feita 3 meses e 1 ano após ressecção endoscópica de polipos malignos, no caso da mesma ter sido considerada tratamento suficiente.

Bibliografia

1. Nusko G, Mansmann U, Altendorf-Hofmann A, et al. Risk of invasive carcinoma in colorectal adenomas assessed by size and site. *Int J Colorect Dis* 1997; 12: 267 - 71.
2. Volk EE, Goldblum JR, Pettras RE, et al. Management and outcome of patients with invasive carcinoma arising in colorectal polyps. *Gastroenterology* 1995; 109: 1801 - 7.
3. Haboubi NY, Scott NA. Clinicopathological management of the patient with a malignant colorectal adenoma. *Colorectal disease* 2000; 2: 2 - 7.
4. Williams CB, Saunders BP, Talbot IC. Endoscopic management of polypoid early colon cancer. *World J Surg* 2000; 24: 1047 - 51.
5. Morson B C, Whiteway J E, Jones E A et al. Histopathology and prognosis of malignant colorectal polyps treated by endoscopic polypectomy. *Gut* 1984; 25: 437 - 44.
6. Gschwantler M, Kriwanek S, Langner E, et al. High-grade dysplasia and invasive carcinoma in colorectal adenomas: a multivariate analysis of the impact of the adenoma and patient characteristics. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14: 183 - 88.
7. Bond J H, for the practice parameters committee of the American College of Gastroenterology. *Ann Int Med* 1993; 119: 836 - 43.
8. Bond JH, for the practice parameters committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterology* 2000; 95: 3053 - 63.
9. Cooper HS, Deppisch LM, Kahn E et al. Pathology of the malignant polyp. *Human Pathology* 1998; 29: 15 - 26.
10. Coverlizza S, Risio M, Ferrari A, et al. Colorectal adenomas containing invasive carcinoma: pathologic assessment of lymph node metastatic potential. *Cancer* 1989; 64: 1937 - 47.
11. Cooper HS, Deppisch LM, Gourley WK, et al. Endoscopically removed malignant colorectal polyps: clinicopathologic correlation. *Gastroenterology* 1995; 108: 1657 - 65.
12. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE et al. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 1985; 89: 328 - 36.
13. Nivatvongs S, Rojanasakul A, Reiman H M et al. The risk of lymph node metastasis in colorectal polyps with invasive adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 323 - 8.
14. Kyzer S, Begin LR, Gordon PH, et al. The care of patients with colorectal polyps that contain invasive adenocarcinoma: endoscopic polypectomy or colectomy. *Cancer* 1992; 70: 2044 - 50.
15. Pollard CW, Nivatvongs S, Rojanasakul A, et al. The fate of patients following polypectomy alone for polyps containing invasive carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 933 - 7.
16. Kikuchi R, Takano M, Takagi K, et al. Management of early invasive colorectal cancer: risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1286 - 95.
17. Nascimbeni R, Burgart L S, Nivatvongs S, et al. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 200 - 6.
18. Keighley MRB, Williams NS. Polypoid disease. In Keighley M R B, Williams N S, eds. *Surgery of anus, rectum and colon*. 2nd edition. London: W. Saunders; 1999; p. 908 - 61.
19. Cranley JP. Proper management of the patient with a malignant colorectal polyp. *Gastr Clin N A* 1993; 3: 661-71.

20. Chanterreau MJ, Faivre J, Botron MC. Epidemiology, management and prognosis of malignant large bowel polyps within a defined population. *Gut* 1992; 33: 259 - 63.
21. Christie JP. Malignant colon polyps - cure by colonoscopy or colectomy? *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 543 - 7.
22. Cooper HS. Surgical pathology of endoscopically removed malignant polyps of colon and rectum. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 613 - 23.
23. Cranley JP, Petras RE, Carey WD et al. When is endoscopic polypectomy adequate therapy for colonic polyps containing invasive carcinoma? *Gastroenterology* 1986; 91: 419 - 26.
24. Cunningham KN, Mills LR, Schuman BM et al. Longterm prognosis of well-differentiated adenocarcinoma in endoscopically removed colorectal adenomas. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 2034 - 7.
25. Fried G M, Hreno A, Dugnid W P et al. Rational management of malignant colon polyps based on longterm follow-up. *Surgery* 1984; 96: 815 - 21.
26. Geraghty J M, Williams C B, Talbot I C. Malignant colorectal polyps: venous invasion and successful treatment by endoscopic polypectomy. *Gut* 1991; 32: 774 - 8.
27. Hackelsberger A, Fruhmorgen P, Weiler H, et al. Endoscopic polypectomy and management of colorectal adenomas with invasive carcinoma. *Endoscopy* 1995; 27: 153 - 8.
28. Kodaira S, Ono S, Purri P. Endoscopic polypectomy of the large bowel: management of cancer-bearing polyps. *Int Surg* 1981; 66: 311 - 4.
29. Langer JC, Cohen Z, Taylor BR, et al. Management of patients with polyps containing malignancy removed by colonoscopic polypectomy. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 6 - 9.
30. Netzer P, Forster C, Biral R, et al. Risk factor assessment of endoscopically removed malignant colorectal polyps. *Gut* 1998; 43: 669 - 74.
31. Nivatvongs S, Goldberg S. Management of patients who have polyps containing invasive carcinoma removed via colonoscope. *Dis Colon rectum* 1978; 21: 8 - 11.
32. Richards W, Webb W A, Morris S J. Patient management after endoscopic removal of the cancerous colon adenoma. *Ann Surg* 1987; 205: 665 - 72.
33. Rossini RP, Ferrari A, Coverlizza S. Colonoscopic polypectomy in diagnosis and management of cancerous adenomas: an individual and multicentric experience. *Endoscopy* 1982; 14: 124 - 7.
34. Shatney CH, Lober PH, Gilbertsen VA et al. The treatment of pedunculated adenomatous colorectal polyps with focal cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 139: 845 - 50.
35. Speroni AH, Meiss RP, Calzona P, et al. Early colorectal cancer - follow-up after endoscopic polypectomy. *Endoscopy* 1988; 20: 18 - 20.
36. Wolff W I, Shinya H. Definitive treatment of malignant polyps of the colon. *Ann Surg* 1975; 182: 516 - 24.
37. O'Brien MJ, Winawer SJ, Waye JD. Colorectal polyps. In: Winawer S eds. Management of gastrointestinal diseases. 1 st edition. New York: Gower Inc; 1992.
38. Winawer SJ, O'Brien MJ. Management of malignant polyps. In: Waye J D, Rex DK, Williams CB, eds. *Colonoscopy: Principles and practice*, 1 st edition. Oxford: Blackwell publishing; 2003. p. 448 - 58.
39. Greenburg AG, Saik RP, Coyle JJ et al. Mortality and gastrointestinal surgery in the aged. *Arch Surg* 1981; 116: 788 - 91.
40. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C et al. Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 480 - 7.
41. Colorectal Cancer Collaborative Group. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. *Lancet* 2000; 356: 968 - 74.
42. Collachio TA, Forde KA, Scantlebury VP. Endoscopic polypectomy - Inadequate treatment for invasive colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1981; 194: 704 - 7.
43. Muto T, Sawada T, Sugihara K. Treatment of carcinoma in adenomas. *World J Surg* 1991; 15: 35 - 40.
44. Ephrinpreis M N, Kinzie J L, Jaszewskir et al. Management of the malignant polyp. *Gastroenterol Clin North Am* 1988; 1: 837 - 50.
45. Waye JD, Haggitt RC. When is colonoscopic resection of an adenomatous polyp containing a "malignancy" sufficient? *Am J Gastroenterology* 1990; 85: 1564 - 8.