

Lesões subepiteliais do cólon e recto – valor da ecoendoscopia

Colorectal Subepithelial Lesions – role of endosonography

Eduardo Pereira

O abaulamento ou protuberância interna da parede do cólon e recto, habitualmente coberta com mucosa de aspecto regular, constitui um achado frequentemente incidental da colonoscopia ou qualquer outro método imagiológico. Para prever a sua natureza é, obviamente, necessário ter acesso a um método de investigação local de grande proximidade e transparietal. Deverá permitir descrever os detalhes de uma parede com apenas 4 mm de espessura média, naturalmente superada pelo exame histológico mas com relativa equivalência e, ao mesmo tempo, com potencial de penetrar nas estruturas adjacentes. Dado que a ecoendoscopia (EE) concentra essas capacidades é, por isso, considerado o melhor procedimento de imagem para caracterizar a presença de uma suposta compressão extrínseca ou de uma massa subepitelial. A menor frequência destes achados no cólon e recto relativamente ao tubo digestivo alto e os aspectos similares de algumas entidades patológicas, não deve justificar o reduzido número de estudos e referências bibliográficas, valorizando a oportunidade do trabalho agora publicado e motivo deste editorial. As características e particularidades das compressões extrínsecas e das próprias lesões subepiteliais (LSE) do tubo digestivo inferior, a par da especificidade da tecnologia aplicada, estão bem evidentes nas diversas vertentes expressas com esta publicação.

As características anatómicas dos diferentes segmentos do cólon e recto e as propriedades técnicas dos equipamentos e acessórios que permitem a realização da ultrassonografia por via intraluminal exigem uma selecção específica dos métodos e tecnologia a aplicar. Esta é a razão pela qual foi utilizado mais do que um equipamento, quer o ecoendoscópio radial como a minisonda de ultrassonografia endoscópica introduzida através dos canais de trabalho do colonoscópio¹. No recto e cólon sigmóide pode ser usado o ecoendoscópio linear com a finalidade de realizar uma punção aspirativa com agulha fina (PAAF), sendo de considerar as dificuldades de

progressão com um aparelho de visão endoscópica oblíqua e, conseqüentemente, um risco acrescido de complicações. A necessidade de progressão a montante pode ser possível com o recurso à aplicação de um fio-guia e *overtube*, como descrito por Sasaki². Dirigido especificamente ao recto pode ser usada uma sonda ultrassonográfica rígida radial ou linear, sem óptica de visão endoscópica, com potencial para realização de punção aspirativa através de um modelo de sonda e acessórios adequados. As minisondas com transdutores de elevada frequência são aplicáveis em qualquer localização e, em particular, nos segmentos proximais do cólon. Embora não permitindo a realização de PAAF têm acuidade para distinguir as lesões intramurais das compressões extrínsecas, tal como a camada de origem e a sua sono-textura.

Relativamente à etiologia que está subjacente aos abaulamentos, são frequentes as compressões extrínsecas, aparentando LSE, que representam 26% do total dos doentes estudados nesta série. As protuberâncias da parede do recto são mais frequentemente provocadas pela proximidade anatómica de um órgão adjacente como o útero, próstata, vasos ou ansas intestinais. No entanto, diversas patologias na periferia da parede intestinal podem provocar o mesmo efeito, como é o caso da endometriose. Excluídas causas extrínsecas, importa valorizar o estudo das lesões subepiteliais, destacando-se com maior importância o potencial de malignidade de algumas massas de origem mesenquimatosa. Nesse contexto, a ecoendoscopia, oferece a capacidade de detalhar minuciosamente as características predizentes de malignidade através de particularidades da sono-morfologia e sono-textura, não se prevendo, ainda, qual o potencial papel futuro da tecnologia tridimensional, dos contrastes ultrassonográficos e da sono-elastografia neste tipo de lesões. Como no caso deste trabalho, até lesões de poucos milímetros podem ser avaliadas e classificadas, contribuindo, com acuidade aceitável, para o diagnóstico diferencial. Mas, quando o que está em causa é a estratificação

Assistente Graduado de Gastrenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco; E-mail: edu.pereira@sapo.pt

do risco de comportamento agressivo, a EE sem intervenção pode ser insuficiente, devendo a habilidade da ultrasonografia ser complementada pela colheita de material para citomorfologia através da realização da PAAF, sendo cada vez mais necessário estudos imunohistoquímicos e, por esse motivo, a colheita de material histológico pela técnica de *trucut*. A distribuição global das LSE no cólon e recto é segmentar, quer em relação à frequência, quer quanto à sua natureza. Esta tendência foi confirmada neste trabalho, estando mais de 68% das LSE localizadas distalmente ao ângulo esplênico, 72% das quais no recto, sendo o lipoma a lesão com maior incidência e localização preferencial no cólon direito. Entre os tumores mesenquimatosos, a entidade mais frequente é o lipoma, tem origem na camada submucosa e é considerado como tendo comportamento benigno, embora a sua excisão possa ser determinada pela sintomatologia, como aconteceu na população estudada. Os tumores miogénicos como os leiomiomas e os leiomiiosarcomas ou os tumores do estroma gastrointestinal (GIST), são hipoeocogénicos e com origem na camada muscular própria (4ª camada), menos frequentemente na camada muscular mucosa (2ª camada). Estes sempre mereceram maior atenção devido ao risco de comportamento agressivo, nesta série agora apresentada como noutros estudos, procurando identificar sinais ultrassonográficos que pudessem significar aspectos predizentes de malignidade³. Os tumores do estroma, de cuja confirmação diagnóstica faz parte a imunoreactividade para o antigénio CD117, podem ser malignos no momento da sua identificação, dependendo o prognóstico do tamanho da lesão, índice mitótico, idade do doente e localização do tumor. Determinadas lesões mesenquimatosas podem necessitar, como no universo de doentes estudados, de uma adequada intervenção diagnóstica por PAAF, o que demonstrou ser determinante para as decisões clínicas apropriadas. Outras duas LSE que também têm localização na camada muscular própria e que merecem ser referenciadas são o *schwannoma*, um subtipo de GIST com origem em células neurais e a endometriose rectosigmoideia, a localização mais frequente da sua componente gastrointestinal. Esta tem vários estádios de penetração parietal, podendo envolver as camadas serosa e muscular própria, sendo de ressaltar as suas características sono-morfológicas e a possibilidade da realização de PAAF para o seu diagnóstico. Outra LSE com origem na camada

submucosa, largamente referida na literatura, é uma lesão quística, por vezes septada, de natureza benigna, com origem em vasos linfáticos anómalos e que é conhecida como linfangioma⁴. Os tumores carcinóides ocorrem, predominantemente, no intestino delgado, sendo o recto a segunda localização mais frequente a par do apêndice ileocecal. Por endosonografia correspondem a formações arredondadas, hipoeocogénicas, bem demarcadas e na dependência da camada mucosa profunda e submucosa, sendo a EE muito útil ao seu planeamento terapêutico. Um conjunto de outras entidades subepiteliais focais podem ser identificadas no cólon e recto, menos frequentemente, como aconteceu neste trabalho, com percentagens inferiores a 3%, sendo o mucocelo de apêndice, a colite cística profunda, o hemangioma cavernoso e o linfoma os exemplos mais publicados⁵.

A ecoendoscopia veio revolucionar a propedêutica das lesões subepiteliais e passou a ser determinante na estratificação dos grupos de risco, sendo potencialmente orientadora da conduta terapêutica mais apropriada para cada doente. Aguarda-se por orientações mais precisas e outros estudos que acrescentem conhecimento sobre a história natural destas lesões.

BIBLIOGRAFIA

1. Ping-Hong Zhou, Li-Qing Yao, Yun-Shi Zhong, *et al.* Role of endoscopic miniprobe ultrasonography in diagnosis of submucosal tumor of large intestine. *World J Gastroenterol* 2004;10:2444-2446.
2. Sasaki Y, Niwa Y, Hirooka Y, *et al.* The use of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for investigation of submucosal and extrinsic masses of the colon and rectum. *Endoscopy* 2005;37:154-160.
3. Bruno M, Carucci P, Repici A, *et al.* The natural history of gastrointestinal subepithelial tumors arising from muscularis propria: an endoscopic ultrasound survey. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:821-825.
4. Bhutani M, Deutsch J. EUS pathology with digital anatomy correlation. People's Medical Publishing House-USA. Subepithelial colorectal lesions 2010:380-385.
5. Lance U, Peter D. Evaluation of subepithelial abnormalities of the appendix by endoscopic ultrasound. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy*. Vol. 2009.