

## **CIRURGIA PROFILÁTICA NO CÂNCER COLORRETAL HEREDITÁRIO: QUANDO INDICAR COLECTOMIA TOTAL ODS 3**

Guilherme Lauro Ferraz Pereira (Universidade De Taubaté)  
José Gabriel Gomes da Silva (Universidade de Taubaté)  
Guilherme Maciel Leme (Universidade de Taubaté)  
Júlia Guimarães Chagas (Universidade de Taubaté)

O câncer colorretal (CCR) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Entre 5 a 10% dos casos apresentam origem hereditária, destacando-se a polipose adenomatosa familiar (PAF) e a síndrome de Lynch. Ambas conferem risco significativamente elevado e precoce para desenvolvimento de CCR. A vigilância colonoscópica periódica é essencial, mas pode não ser suficiente, principalmente na PAF clássica, na qual o risco de malignização é quase certo sem intervenção cirúrgica. Nesse contexto, a colectomia total profilática representa medida preventiva crucial. O momento e a extensão da cirurgia, entretanto, permanecem questões controversas que exigem análise individualizada. Analisar a literatura atual sobre cirurgia profilática no câncer colorretal hereditário, com ênfase nos critérios para indicação de colectomia total. Realizou-se revisão narrativa nas bases de dados PubMed e SciELO, análise de diretrizes internacionais recentes (ASCRS), além disso, foram consultados capítulos de revisão em bases de referência genética (GeneReviews®, NCBI Bookshelf)). Foram incluídos artigos publicados entre 2017 e 2024, abordando critérios de indicação cirúrgica, técnicas disponíveis e resultados funcionais. Na PAF clássica, caracterizada por centenas a milhares de pólipos colônicos, a colectomia profilática é indicada geralmente entre 20 e 30 anos, no entanto, deve ser individualizada, ou antes em casos de displasia grave. A colectomia total com anastomose ileorretal é opção válida quando o reto apresenta baixa carga polipótica e pode ser vigiado endoscopicamente. Já a proctocolectomia com reservatório ileal é recomendada em casos de grande comprometimento retal, oferecendo maior proteção oncológica, porém com maior impacto funcional. Na PAF atenuada, com menor número de pólipos, pode-se adiar a cirurgia com vigilância rigorosa e polipectomias endoscópicas, reservando a colectomia para casos de progressão. Na síndrome de Lynch, com risco cumulativo de CCR entre 40 e 80%, as diretrizes não recomendam colectomia total profilática em indivíduos assintomáticos. Nesses pacientes, colonoscopia anual é o padrão. Em portadores já diagnosticados com CCR, a colectomia subtotal com anastomose ileorretal é preferida para reduzir risco de neoplasias metacrônicas. Os impactos funcionais das cirurgias — diarreia crônica, incontinência e repercussões nutricionais — reforçam a necessidade de decisão compartilhada e multidisciplinar. A escolha deve considerar carga polipótica, mutação genética, adesão ao seguimento e preferência do paciente. A colectomia total profilática é fundamental na prevenção do CCR em portadores de PAF clássica, devendo ser realizada em idade jovem, quando a vigilância se torna inviável. Em casos de PAF atenuada, a indicação deve ser individualizada. Na síndrome de Lynch, não há evidência que sustente colectomia profilática em assintomáticos, restringindo-se a contextos específicos considerando a variação por gene na mesma, sendo os genes MLH1 e MSH2 com risco maior. Assim, o manejo deve sempre equilibrar risco oncológico, qualidade de vida e capacidade de acompanhamento endoscópico.

**Palavras-chave:** câncer colorretal hereditário; polipose adenomatosa familiar; síndrome de Lynch; colectomia profilática.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JASPERSON KW, BURT RW. APC-Associated Polyposis Conditions. In: ADAM MP, ARDINGER HH, PAGON RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington; updated 2022 Feb 2.
2. HERZIG D, HARDIMAN K, WEISER M, et al.; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of inherited polyposis syndromes. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(9):881–894. doi:10.1097/DCR.0000000000000912.
3. POYLIN VY, SHAFFER VO, FELDER SI, et al.; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Inherited Adenomatous Polyposis Syndromes. *Dis Colon Rectum*. 2024 Feb;67(2):213–227. doi:10.1097/DCR.00000000000003072.
4. PASQUER A, BENECH N, PIOCHE M, et al. Prophylactic colectomy and rectal preservation in FAP: systematic endoscopic follow-up and adenoma destruction changes natural history of polyposis. *Endosc Int Open*. 2021;9(7):E1014–E1022. doi:10.1055/a-1467-6257.
5. HORISBERGER K, MANN C, LANG H. Current surgical concepts in Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis. *Vis Med*. 2023;39(1):1–8. doi:10.1159/000530030.
6. FREITAS ACR, et al. Perfil genético, fatores de risco e abordagem terapêutica da polipose adenomatosa familiar. *J Coloproctol (Rio J)*. 2017;[online].