
POLIPECTOMIAS ENDOSCÓPICAS - ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E COMPLICAÇÕES

MARISTELA GOMES DE ALMEIDA - TSBCP
ANTÔNIO CARLOS BARAVIERA - TSBCP
ANNA PAULA ROCHA MALHEIROS
DETLEV MAURI BELLANDI
RAFAEL MACHADO CURY
MAURO HENRIQUE DE SÁ ADAMI MILMAN
DESIDÉRIO ROBERTO KISS - TSBCP

ALMEIDA, MG; BARAVIEIRA, AC; MALHEIROS, APR; BELLANDI, DM; CURY, RM; MILMAN, MHSA; KISS, DR - Polipectomias Endoscópicas - Estudo Histopatológico e Complicações. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):100-104

RESUMO : Objetivos: Avaliar em estudo retrospectivo, 2277 videocolonoscopias realizadas no Serviço de Coloproctologia do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos, relacionando o procedimento de polipectomia endoscópica com as características do pólipó encontrado, afecções coloproctológicas concomitantes e complicações relacionadas à polipectomia. Pacientes e métodos: De um total de 2277 videocolonoscopias, realizadas no período de abril de 1996 a agosto de 2002, evidenciaram-se 542 pólipos em 379 destes exames, nos quais foram realizadas polipectomias endoscópicas e enviado material para análise histopatológica. Resultados e conclusões: Histologicamente, os pólipos eram neoplásicos em 236 casos (43,50%) e não neoplásicos em 306 casos (56,50%). Dos pólipos neoplásicos, pelo menos 29 pólipos tinham algum grau de atipia (12,30%), sendo que 4 deles apresentavam atipia intensa (2,40%), ou seja, foram classificados como carcinomas *in situ*. As complicações após a polipectomia foram raras e ocorreram em 5 pacientes, representadas pela ocorrência da síndrome pós- polipectomia em 2 casos (0,52%) e hemorragia digestiva baixa em 3 casos (0,79%). Não houve nenhum caso de perfuração intestinal neste estudo. Conclui-se, portanto, que todos os pólipos encontrados devem ser retirados durante o exame videocoloscópico, devido ao alto risco de malignização, e que a polipectomia endoscópica é um método seguro, factível e eficaz demonstrado pelos baixos índices de complicações.

Unitermos: pólipos, videocoloscopia, polipectomia

INTRODUÇÃO

Desde 1970, quando Nakasaga realizou a primeira colonoscopia conseguindo atingir o ceco¹, esta vem se estabelecendo como método diagnóstico e terapêutico das afecções colônicas, em especial nas lesões polipóides e neoplásicas.

Conceitua-se pólipó como uma estrutura tecidual que se projeta acima da superfície mucosa do trato digestivo, de forma regular e circunscrita. Pode aparecer como lesão plana ou ligeiramente elevada, séssil, subpediculada ou pediculada, de acordo com a implantação na mucosa.

Sabendo que as lesões polipóides podem ser precursoras de neoplasias, os pólipos adenomatosos destacam-se por apresentarem potencial de maligni-

zação ao redor de 10%, de acordo com a seqüência adenoma-carcinoma². Portanto, todos os pólipos devem ser removidos ao serem identificados na videocoloscopia, independente do tamanho da lesão ou de seu aspecto macroscópico³.

Histologicamente, os pólipos podem ser neoplásicos (adenomas e estromas malignos) ou não neoplásicos (hamartomas, inflamatórios, hiperplásicos e estromas não-malignos). Os pólipos adenomatosos dividem-se em: tubulares, túbulo-vilosos e vilosos, tendo os adenomas vilosos índice de malignização de até 40% dos casos⁴.

O epitélio, se comprometido, pode mostrar atipia leve, moderada ou intensa, esta última denominada carcinoma *in situ*.

A polipectomia pode ser curativa, mas quando houver invasão tecidual ou o pedículo estiver comprometido, o tratamento deve ser complementado por ressecção cirúrgica. Posteriormente à polipectomia, o

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Professor Edmundo Vasconcelos.

Tabela 1 - Distribuição de pólipos por faixa etária

Idade (anos)	Percentual (%)
Abaixo de 30	3,50
30 a 50	35,30
51-70	45,60
Acima de 70	15,60

paciente deve ser acompanhado com seguimento videocolonoscópico, devido à possibilidade de recidiva ou novas lesões.

O objetivo deste estudo é avaliar o procedimento de polipectomia videocolonoscópica, realizado no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, relacionando com sexo e idade dos pacientes, tamanho, localização, morfologia e histologia dos pólipos, patologias coloproctológicas associadas e complicações do procedimento.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudaram-se retrospectivamente 2277 videocolonoscopias realizadas no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, no período de abril de 1996 a agosto de 2002. Do total, foram selecionados 379 exames onde se detectou a presença de pólipo no cólon ou reto.

O preparo do cólon foi feito com bisacodil na véspera e solução de manitol a 20% no dia do exame. Naqueles doentes com quadro clínico sugestivo de suboclusão intestinal, o preparo foi feito com enteroclistima via retal com solução glicerinada. Os exames foram realizados, em sua maioria, sob sedação anestésica com supervisão de um anestesiológico. O colonoscópio usado em todos os procedimentos foi *Olympus CF-100, Olympus Optical Co Ltda, Tóquio - Japão*.

Os pólipos sésseis menores que 5mm foram removidos com pinça de *hot biopsy* e os maiores que 5mm ou pediculados foram removidos por alça de polipectomia. Aqueles que puderam ser recuperados, foram enviados para estudo anátomo-patológico no mesmo Serviço.

Tabela 2 - Distribuição de pólipos segundo o tamanho

Tamanho do pólipo	Nº	Percentual (%)
Até 5mm	414	76,40
6 a 20mm	112	20,60
Maior que 20mm	16	3,00

Os pólipos que apresentavam características macroscópicas sugestivas de malignidade, ou seja, eram sangrantes ao toque do aparelho, tinham superfície irregular, aspecto de infiltração da parede intestinal ou eram de grande tamanho estreitando a luz intestinal, foram apenas biopsiados para definição histológica.

RESULTADOS

Das 2277 videocolonoscopias realizadas, 379 apresentaram pólipos (16,64 %), correspondendo a um total de 542 pólipos (1,43 pólipos por paciente). Entre os pacientes que tinham pólipo, 199 eram do sexo masculino (52,50%) e 180 do sexo feminino (47,50%). A média de idade foi de 57,5 anos (variando de 13 a 99 anos) apresentando distribuição etária de acordo com a Tabela-1.

As indicações mais freqüentes para a realização do exame foram sangramento retal em 97 pacientes (25,60%) e dor abdominal em 76 pacientes (20,00%).

Em 414 casos, os pólipos eram menores ou iguais a 5mm de diâmetro (76,40%), em 112 o diâmetro variava entre 6mm e 2cm (20,60%) e em 16 casos eram maiores que 2cm de diâmetro (3,00%) (Tabela-2).

Os pólipos foram classificados como sésseis em 83,20% dos casos (451 pólipos) e pediculados em 15,10% (82 pólipos) (Tabela-3).

Os pólipos foram encontrados com maior freqüência no reto (44,3%) e sigmóide (24,0%) e a distribuição completa está representada na Tabela-4.

Histologicamente, os pólipos eram neoplásicos em 236 casos (43,50%) e não neoplásicos em 306 casos (56,50%), sendo a distribuição histológica representada na Tabela-5.

Dos 235 pólipos neoplásicos estudados, 192 pólipos (81,7%) eram adenomas tubulares. Destes, 4 apresentavam atipia discreta (2,0%), 5 atipia moderada (2,6%) e 4 atipia intensa (2,0%) (carcinoma in situ). Trinta e um pólipos neoplásicos eram adenomas túbulo-vilosos (16,1%), sendo que 8 destes apresentavam atipia discreta (25,8%) e 5 atipia moderada (16,1%). Foram encontrados 5 adenomas vilosos (2,6%) e dois

Tabela 3 - Distribuição dos pólipos segundo a morfologia

Morfologia	Nº	Percentual (%)
Séssil	451	83,20
Pediculado	82	15,10

Tabela 4 - Distribuição dos pólipos por segmentos colônicos

Local	Reto	Sigmóide	Descendente	Transverso	Ascendente	Ceco	Total
Nº	240	130	30	82	21	39	542
%	44,3	24,0	5,5	15,1	3,9	7,2	100

deles apresentaram atipia, sendo um atipia moderada (20%) e um atipia acentuada do epitélio (20%).

De todos os pólipos adenomatosos (228 pólipos), 29 apresentaram algum grau de atipia (12,3%). Destes, 14 eram adenomas tubulares (48,3%), 13 eram adenomas túbulo-vilosos (44,8%) e 2 eram adenomas vilosos (6,9%). Dos 28 pólipos que apresentaram atipia, somente um adenoma tubular (4%) com menos de 5mm, apresentou atipia. Vinte e quatro apresentavam entre 6mm e 2cm de diâmetro (83%) e 3 eram maiores que 2cm (11%). Dos pólipos neoplásicos retirados, 7 eram adenocarcinomas e apresentavam mais que 2cm de diâmetro sendo suas características descritas na Tabela-6.

Observou-se que em 159 videocolonoscopias (41,9%) havia doença coloproctológica associada, sendo a moléstia diverticular dos cólons a mais frequente, presente em 105 pacientes (66%). Doença hemorroidária ocorreu em 17 pacientes (10,7%) e neoplasia colônica em 7 pacientes (4,40%).

Entre as complicações, observou-se síndrome pós polipectomia em 2 casos (0,52%), tratados com jejum oral e antibioticoterapia de amplo espectro por 7 dias (amicacina e cefoxitina). Hemorragia pós-polipectomia ocorreu em 3 casos (0,79%), sendo necessária reposição sanguínea em um deles. Não houve nenhum caso de perfuração.

DISCUSSÃO

A polipectomia endoscópica foi um dos primeiros procedimentos terapêuticos que surgiram após o advento da colonoscopia, possibilitando a retirada de lesões pré-malignas e permitindo a diminuição do número de cirurgias colônicas por neoplasias⁶.

No presente estudo, não houve diferença significativa da distribuição dos pólipos entre os sexos, sendo em 52,5% no sexo masculino e 47,5% no sexo feminino, à semelhança de Pierzchajlo *et al.* (1997), que analisaram 751 polipectomias com 54% dos casos no sexo feminino e 46% no sexo masculino, assim como Linares *et al.* (1999) e Wexner *et al.* (1998), que encontraram dados semelhantes^{8,9,10}.

Segundo Mettlin *et al.* (1986), ocorre maior incidência de pólipos na faixa etária entre 51 e 70 anos, fato este também encontrado nesta casuística (45,6% dos doentes).

A principal indicação para a videocolonoscopia foi sangramento retal (25,6%), seguida por dor abdominal (20,0%) e alteração do hábito intestinal (16,3%), concordando com Watson *et al.* (1986)¹².

Na literatura mundial existe grande controvérsia quanto à retirada ou não de pólipos menores que 5mm de diâmetro, justificada pelos baixos índices de malignização dos mesmos^{13,14}. Weston e cols (1988)

Tabela 5 - Tipos morfológicos dos pólipos relacionados com a presença de atipia

Tipo histológico	Número	Percentual	Com atipia
Adenoma tubular	192	35,5%	14
Adenoma túbulo-viloso	31	5,7%	13
Adenoma viloso	5	0,9%	2
Inflamatório	196	36,1%	-
Hiperplásico	93	17,1%	-
Adenocarcinoma	7	1,3%	-
Lipoma	3	0,6%	-
Leiomioma	3	0,6%	-
Retenção	4	0,7%	-
Outros	8	1,5%	-
Total	542	100,0%	29

Tabela 6 - Características dos adenocarcinomas

Adeno -carcinoma	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	70 anos	71 anos	70 anos	74 anos	39 anos	52 anos	83 anos
Tamanho	2 cm	2 cm	3 cm	2,5 cm	3 cm	3 cm	8mm
Morfologia	Séssil	Séssil	Pediculado	Pediculado	Séssil	Séssil	Séssil
Localização	Ceco	Ceco	Reto	Reto	Reto	Reto	Ceco
Outros pólipos	-	2	1	1	-	-	1
Complicações	-	-	-	-	-	-	-
Indicação	PO neoplasia	Pós polipectomia	Sangramento anal	Dor Abdominal	Sangramento e mucorréia	Sangramento e mucorréia	Pós RT e QT de neo de cólon

compilaram os dados de cinco estudos previamente realizados sobre pólipos diminutos, verificando incidência de 0,07% de carcinomas num total de 2861 pólipos estudados¹⁵. Entretanto, concluíram que, independente do tamanho ou do aspecto da lesão polipóide encontrada, todas elas deveriam ser retiradas e analisadas histologicamente.

Concordante com a literatura, que associa maior probabilidade de malignização quanto maior for o tamanho do pólopo^{9,18}, a maioria dos pólipos classificados como carcinoma, apresentaram tamanho entre 2cm ou mais de diâmetro. Entre os pólipos com algum grau de atipia, a maioria estava acima de 1cm de diâmetro.

Histologicamente, os pólipos mais prevalentes neste estudo, foram os pólipos inflamatórios (36,1%) e os adenomas tubulares (35,5%), estando de acordo com a literatura^{10,16,17}. Encontraram-se 29 pólipos com algum grau de atipia. Destes, 48,3% eram adenomas tubulares, 44,8% eram adenomas túbulo-vilosos e 6,9% eram adenomas vilosos.

Alguns autores afirmam que pólipos com displasia acentuada (carcinoma in situ) podem ser retirados através de polipectomia com segurança, sendo o procedimento considerado curativo^{18,19,20}. Neste estudo, em 4 casos, os pólipos apresentaram-se como carcinoma in situ e foram retirados por polipectomia, com exame histológico mostrando margens cirúrgicas livres.

Grandes pólipos puderam ser retirados inteiramente por polipectomias sem intercorrências, demonstrando que o tamanho da lesão não impede o procedimento²¹. Em apenas 7 casos, os pólipos foram classificados como carcinoma invasivo (1,3%) e o tipo histológico encontrado nestes foi adenocarcinoma. Houve incidência mais baixa de carcinomas polipóides em relação a outros autores^{9,22}, dado pode ser justificado pela não ressecção de lesões claramente sugestivas de neoplasias, sendo as mesmas biopsiadas e enviadas para estudo histológico.

Assim como a maioria dos trabalhos, houve baixo índice de complicações, com sangramento em apenas 0,79% dos pacientes, síndrome pós-polipectomia em 0,52% dos pacientes, sem haver nenhum caso de perfuração colônica^{23,24,25}.

CONCLUSÕES

A polipectomia realizada por videocolonoscopia é um método seguro e eficaz, permitindo a retirada da maioria dos pólipos encontrados durante o exame, com baixa incidência de complicações, evitando procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Todos os pólipos devem ser retirados, independente de seu tamanho ou de sua morfologia, devido à possibilidade de lesões pré- malignas ou malignas, as quais somente serão identificadas à microscopia no exame histológico.

SUMMARY: Objectives: The aim of this retrospective study was to correlate endoscopic polypectomy with histologic polyps characteristics, size, location, associated bowel diseases and post polypectomy complications. **Patients and methods:** 2277 colonoscopies performed from April 1996 to August 2002 at the Endoscopy Ambulatory of Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos were analyzed. **542 polyps were found in 379 exams. Endoscopic polypectomy were proceeded. The polyps were sent to histopatologic analysis. Results:** Of the 542 removed polyps, 236 were adenomatous (43.50 percent) and 306 (56.50 percent) were others types. Twenty-nine adenomatous polyps (12.30 percent) presented some degree of dysplasia. Four adenomatous polyps had severe grade of dysplasia (2.40 percent) and were classified as in situ carcinoma. Only five complications were recorded. Two patients had post-polypectomy syndrome and three patients had bleeding. **Conclusions:** This study showed that all polyps must be removed during colonoscopies due to the risk of malignization. Endoscopic polypectomy is a safe, feasible and effective method, with low occurrence of complications.

Key words: polyps; colonoscopy; polypectomy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nahas, S.C.; Alves, P.R.; Araujo, S.E.; Souza Júnior, A.F.H.; Sobrado Júnior, C.W. et al. Colonoscopy as a diagnostic and therapeutic method in colorectal disease : results of 1715 exams. **Rev. Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo** 1998; 53 (3):117-211.
2. Day, D.W.; Morson, B.C. The adenoma-carcinoma sequence. In : The pathogenesis of colorectal cancer. Philadelphia : W.B.Saunders 1978; 58-71.
3. Rattner, H.; Goldman, I.S.; wesserman, G.; Bronzo, R.; Kahn, E.; Mckinley, M.J. Accuracy of endoscopic prediction of histology of polyps. **Gastroenterology** 1987; 92:1589.
4. Celestino, A.F.; Castillo, T.R.; Contardo C.A.; Frisancho, O.E. Colorectal malignant polyp : results of treatment and follow-up. **Rev. Gastroenterol. Peru** 1999; 19(4):255-260.
5. Lev, R.; Healey, J. Colon polyp registries and colorectal cancer control. **Cancer. Detect. Prev.** 1999; 23(6):474-478.
6. Barboza, E. Colon and rectum cancer surgery. **Rev. Gastroenterol. Peru** 1998; 18(supl.1) : 67-75.
7. Gallo Reynosso, S. Polypectomy of the digestive tract. **Rev. Gastroenterol. Mex.** 1998; 63(4 supl.1):74-9.
8. Pierzchajlo, R.P.; Ackerman, R.J.; Vogel, R.L. Colonoscopy performed by a family physician. A case series of 751 procedures. **J. Fam. Pract.** 1997; 44(5):473-80.
9. Linares Santiago, E.; Gomez, M.; Pellicer, F.B.; Romero, R.C.; Mendonza, F.J.; Catal, J.M.; Herreras, J.M. The assessment of colonic polyps found via colonoscopy. **Gastroenterol. Hepatol.** 1999; 22(6):273-8
10. Wexner, S.D.; Forde, K.A.; Sellers, G.; Geron, N.; Lopes, A.; Weiss, E.G.; Nogueras, J.J. How well can surgeons perform colonoscopy ? **Surg. Endoscop.** 1998 ; 12(12):1410-4.
11. Mettlin, C.; Cummings, K.M. The current status of early detection and screening for colorectal cancer. **Semin. Surg. Oncol.** 1986; 2:215-24.
12. Watson, W.C. Colonoscopic polypectomy. **Acta. Gastroenterol. Latinoam.** 1986; 16(3):157-62.
13. Tedesco, F.J.; Hendrix, J.C.; Picken, C.A.; Brady, P.G.; Mills, L.R. Diminutive polyps : histopathology, spatial distribution and clinical significance. **Gastrointest. Endoscop.** 1982; 28:1-5.
14. Fecko, P.J.; Bernstein, M.A.; Halpert, R.D.; Ackerman, L.V. Small colonic polyps : a reappraisal of their significance. **Radiology** 1984; 152:301-3.
15. Weston, A.P.; Campbell, D.R. Diminutive colonic polyps : histopathology, spatial distribution, concomitant significative lesions and treatment complications. **Ann. Inter. Med.** 1988; 109:880-3.
16. Bertario, L.; Russo, A.; Sala, P.; Pizzetti, P.; Ballardini, G.; Andreola, S.; Spinelli, P. Risk of colorectal cancer following colonoscopic polypectomy. **Tumori.** 1999; 85(3):157-62.
17. Rocha, J.L.; Pena, J.P.; Franco, J.R.; Villanueva, E. Colonic adenomas: risk for its malignation. **Rev. Gastroenterol. Mex.** 1996; 61(3):178-83.
18. Schirmbeck, F.G.; Cruz, C.; Silva, P.B.; Panison, A.S. Colonic adenomatous polyps. **Rev. Med. Hosp. São Vicente de Paula** 1997; 9(21):38-42.
19. Jimenez, G.; Paniagua, M.; Gonzalez, N. Endoscopic polipectomy of the colon. **Rev. Cuba. Cir.** 1998; 27(6):51-6.
20. Gilbertsen, V.A.; Nelms, J.M. The prevention of invasive cancer of the rectum. **Cancer** 1978; 41:1137-1139.
21. De Marco, E.K.; Sobreira, R.S.; Figueiredo, A.H.; Rodrigues, J.G. Endoscopic polypectomy in large dimension polyps. **Na. Paul. Méd. Cir.** 1995; 122(3):69-71.
22. Bareda, C.C. Coloretal polyps in a general hospital. **Ver. Gastroenterol.** 1995; 15(1):21-5.
23. Nahas, S.C.; Sobrado Júnior, C.W.; Nahas, C.S.; Borba, M.R.; Habr-Gama, A. Diagnostic colonoscopic. **Arq. Gastroenterol.** 1999; 36(2):72-6.
24. Rubin, P.H.; Friedman, S.; Harpaz, N.; Goldstein, E.; Weiser, J.; Shiller, J. Colonoscopic polypectomy. **Gastroenterol.** 1999; 117(6):1295-300.
25. Orsoni, P.; Berdah, S.; Verrier, C.; Camano, S.; Sastre, B.; Piacaud, R.; Boutboul, R. Colonic perforation due to colonoscopy : a retrospective study of 48 cases. **Endoscopy** 1997; 29(3):160-4.

Endereço para correspondência:

Maristela Gomes de Almeida
Rua Dr. Bacelar, 173 conj. 103
04026-000 - São Paulo (SP)
Tel.(11)5083-3964
E-mail: dramgalmeida@uol.com.br