

Comparação entre o Diagnóstico Endoscópico e Histológico de Pólipos Colorretais

Comparison Between Endoscopic and Histologic Diagnosis of Colorectal Polyps

TIAGO LEAL GHEZZI¹; LUCIO SARUBBI FILLMANN¹; ÉRICO ERNESTO PRETZEL FILLMANN¹;
HENRIQUE SARUBBI FILLMANN¹

¹ Serviço de Coloproctologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

GHEZZI TL; FILLMANN LS; FILLMANN EEP; FILLMANN HS. Comparação entre o Diagnóstico Endoscópico e Histológico de Pólipos Colorretais. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(4): 408-411.

RESUMO: Objetivo: Avaliar a capacidade da videocolonoscopia convencional (sem magnificação de imagem) com cromoscopia (índigo carmin) de inferir no provável diagnóstico histológico de pólipos colorretais. Métodos: Estudo observacional e descritivo de 100 pólipos colorretais. Todas as lesões foram classificadas do ponto de vista endoscópico quanto ao padrão de criptas e submetidos ao estudo histológico para posterior correlação diagnóstica. Resultados: dezanove por cento dos pólipos foram “subdiagnosticados” como hiperplásicos na videocolonoscopia. Oitenta e um por cento foram diagnosticados corretamente ou “superdiagnosticados” na videocolonoscopia. Nenhum pólipos maligno foi diagnosticado incorretamente. Conclusão: A videocolonoscopia convencional com cromoscopia não é método seguro para diferenciação de pólipos colorretais neoplásicos e não-neoplásicos. Pólipos colorretais diagnosticados através de videocolonoscopia convencional devem ser sempre submetidos a estudo histológico.

Descritores: Pólipos colorretais, videocolonoscopia, histologia, diagnóstico endoscópico, diagnóstico histológico.

INTRODUÇÃO

Pólipos colorretal é definido como qualquer projeção da superfície da mucosa colorretal. De acordo com suas características histológicas, os pólipos colorretais são classificados em neoplásicos, hiperplásicos, hamartomatosos e inflamatórios^(1, 2, 3). Conforme a teoria da seqüência adenoma-adenocarcinoma, pólipos neoplásicos apresentam potencial risco de transformação maligna ao longo do tempo^(3, 4, 5). Trata-se, portanto, de lesão pré-maligna, cuja remoção reduz a ocorrência de câncer colorretal^(3, 4, 5). Acredita-se que os pólipos não-neoplásicos sejam desprovidos de potencial maligno passível de vigilância endoscópica mais liberal^(3, 4).

Atualmente, a videocolonoscopia é considerada o método padrão ouro para diagnóstico de pólipos

colorretais^(5, 6), sendo capaz de determinar a localização, o tamanho e o tipo macroscópico da lesão. O estudo anatomopatológico obtido por biópsia através da videocolonoscopia permite, por sua vez, definir o tipo histológico e o grau de displasia de pólipos neoplásicos^(3, 7). O emprego de tintura índigo carmin através da técnica de cromoscopia auxilia na distinção de pólipos neoplásicos e não-neoplásicos de acordo com sua apresentação morfológica^(6, 8) (figura 1).

Acredita-se que a colonoscopia com magnificação de imagem apresenta acurácia diagnóstica de aproximadamente 95% para diferenciação entre pólipos hiperplásicos e adenomas colorretais^(1, 9, 10). Uma vez que a colonoscopia com magnificação de imagem ainda não é um método amplamente difundido, que o diagnóstico histopatológico acrescenta significativo custo, que a

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre / RS.

Recebido em 27/06/2007

Aceito para publicação em 24/07/2007

biópsia endoscópica acarreta riscos de sangramento e perfuração colorretal, e que os pólipos hiperplásicos não apresentam potencial maligno estabelecido, um estudo para determinar uma seleção mais criteriosa dos pacientes submetidos a videocolonoscopia que devem realizar biópsia de pólipos nos parece de grande aplicação clínica.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é avaliar a capacidade da videocolonoscopia convencional (sem magnificação de imagem) com cromoscopia de inferir o provável diagnóstico histológico e diferenciar pólipos neoplásicos (adenomas e adenocarcinomas) de pólipos não-neoplásicos, bem como pólipos benignos (não-adenomas e adenomas) de pólipos malignos (adenocarcinomas).

PACIENTES E MÉTODOS

O presente estudo tem caráter observacional e descritivo, tendo como população analisada os pacientes submetidos à videocolonosocopia no Serviço de Coloproctologia do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A amostra do estudo é composta por pólipos colorretais diagnosticados através de videocolonoscopia realizada nos pacientes desta população. Ao todo foram avaliados 100 pólipos colorretais em um total de 57 pacientes examinados consecutivamente entre 13 de outubro e 15 de dezembro de 2006. Todos os pacientes assinaram, previamente ao exame, o termo de consentimento livre e informado, autorizando sua inclusão na pesquisa, conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da PUCRS. Foram registrados dados de todos os pacientes referentes a gênero, idade, raça e histórico progresso de doença colorretal (pólipo, câncer, doença inflamatória intestinal, outros). Foram registradas características endoscópicas das lesões como tamanho (cm), localização topográfica (válvula ileocecal, ceco, cólon ascendente, ângulo hepático, cólon transverso, ângulo esplênico, cólon descendente, cólon sigmóide e reto) e padrão macroscópico (pediculado, sésil ou plano).

A determinação do padrão endoscópico das criptas intestinais (*PITS pattern* endoscópico) dos

pólipos colorretais foi realizada conforme a classificação de Kudo (11) (figura 2) por meio de videocolonoscopia sem magnificação de imagem com emprego da técnica de cromoscopia com índigo carmin 0,4%. O diagnóstico do padrão de criptas endoscópico foi definido por dois médicos simultaneamente durante a realização da colonoscopia no Serviço de Coloproctologia do HSL-PUCRS. Todos os pólipos foram removidos e o material encaminhado para análise histológica (*PITS pattern* histológico) no Serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do HSL-PUCRS. Após, realizou-se a comparação dos diagnósticos *PITS pattern* endoscópico e *PITS pattern* histológico. Paralelamente foi realizado um estudo descritivo das variáveis epidemiológicas, endoscópicas e histológicas dos pólipos examinados.

RESULTADOS

População de Pacientes Examinados

Foram examinados 100 pólipos em 57 diferentes pacientes. Da população de pacientes examinados, 27 eram homens e 30 eram mulheres. Cinquenta e cinco eram caucasianos, 1 era afro-brasileiro e 1 era oriental. A média de idade dos pacientes cujos pólipos foram examinados foi de 63,65 anos. Trinta e três pacientes apresentaram apenas 1 pólipo ao exame. Onze pacientes tinham dois pólipos, oito pacientes tiveram 3 pólipos, quatro pacientes possuíam quatro pólipos e um paciente apresentou 5 pólipos. Trinta e um pacientes não apresentavam antecedente de doença colorretal e 26 apresentavam os seguintes antecedentes: pólipo colorretal (12 pacientes), câncer colorretal (10 pacientes), câncer e pólipo colorretal associados (três pacientes) e câncer de canal anal (um paciente). Quanto à localização das lesões, observou-se a seguinte distribuição topográfica: válvula íleo-cecal (3%), ceco (12%), cólon ascendente (5%), ângulo hepático (10%), cólon transverso (15%), cólon descendente (8%), cólon sigmóide (23%) e reto (24%). Oitenta e sete por cento dos pólipos eram sésseis, 5% pediculados e 5% foram classificados como lesões planas. Três pólipos (3%) tinham aspecto tumoral, sendo um (1%) ulcerado e dois (2%) vegetantes. A maioria tinha menos de 5 mm de diâmetro (77%). Dos pólipos restantes, 5% tinham entre 0,51 e 1 cm, 8% tinham entre 1,01 e 2 cm e 10% eram maiores que 2 cm.

Comparação entre o padrão de criptas e histologia

O diagnóstico endoscópico do padrão de criptas (*PITS pattern* endoscópico) dos pólipos examinados foi o seguinte: PITS I (14%), PITS II (12%), PITS III (30%), IIS (34%), PITS IV (5%) e PITS V (5%). A análise anatomopatológica dos pólipos examinados demonstrou o seguinte padrão de criptas (*PITS pattern* histológico): PITS I (12%), PITS II (18%), PITS III (38%), PITS IIS (14%), PITS IV (13%) e PITS V (3%). Dois por cento dos pólipos tiveram diagnóstico histológico não classificável (xantoma e lipoma), sendo denominados de PITS VI (tabela 1). Estes dados revelam que em 81% dos casos o padrão endoscópico era igual ou superdiagnosticava os achados da histologia. Em 19% das lesões, entretanto, a avaliação endoscópica considerou como normais ou hiperplásicas lesões que, à histologia, eram adenomas.

DISCUSSÃO

Para comparação dos diagnósticos *PITS pattern* endoscópico e *PITS pattern* histológico, considerou-se os pólipos PITS I (normal), PITS II (hiperplásico) e PITS VI (xantoma e lipoma) como lesões não neoplásicas (não-adenomatosos) e os pólipos PITS III, PITS IIS, PITS IV e PITS V como neoplásicos, independentemente se benignos (adenomas) ou malignos (adenocarcinomas). Assim, observou-se que diagnóstico do *PITS pattern* endoscópico classificou 19% dos pólipos neoplásicos como cripta normal ou hiperplásica (em negrito na tabela 1). Consideramos este resultado um “subdiagnóstico”, uma vez que se tratavam de pólipos adenomatosos e, portanto, com potencial risco de malignização futura. Em 81% dos casos, no entanto, o

diagnóstico do *PITS pattern* endoscópico foi idêntico ou superestimou o *PITS pattern* histológico. A comparação dos diagnósticos *PITS pattern* endoscópico e histológico, considerando exclusivamente os pólipos classificados do ponto de vista endoscópico como benignos (95 pólipos / PITS I, PITS II, PITS III, PITS IIS e PITS IV) e malignos (5 pólipos / PITS V) demonstrou que 100% dos casos classificados como benignos tiveram esta hipótese confirmada pela histologia e que, em 40% (2 pólipos) dos casos em que a impressão endoscópica era de que se tratava de uma lesão maligna, na avaliação histológica, tais pólipos eram na verdade benignos. Não houve casos em que um diagnóstico endoscópico sugeriu uma lesão benigna que na histologia demonstrou tratar-se de um carcinoma (tabela 2).

CONCLUSÕES

A videocolonoscopia convencional, sem magnificação de imagem, mesmo quando realizada por examinador experiente e com emprego de técnica de cromoscopia apresenta capacidade limitada de diferenciação de pólipos colorretais neoplásicos e não-neoplásicos, colocando pacientes portadores de adenomas em risco de “subdiagnóstico”. Quanto à diferenciação de pólipos colorretais benignos e malig-

Tabela 2 - Diagnóstico *PITS pattern* endoscópico (*PITSe*) e histológico (*PITSh*) benigno vs. maligno.

	PITSh benigno	PITSh maligno
PITSe benigno	100% (95)	0% (0)
PITSe maligno	40% (2)	60% (3)

Tabela 1 - Diagnóstico *PITS pattern* endoscópico (*PITSe*) e *PITS pattern* histológico (*PITSh*) dos pólipos colorretais examinados.

	PITSh I	PITSh II	PITSh III	PITSh IIS	PITSh IV	PITSh V	PITSh VI
PITSe I	3	2	8		1		
PITSe II	1	1	9		1		
PITSe III	1	2	20		6		1
PITSe IIS	7	12		14			1
PITSe IV					5		
PITSe V		1	1			3	

nos, não ocorreu nenhum caso de “subdiagnóstico. Algumas lesões benignas foram “superdiagnosticadas” como malignas, o que, no entanto, não trouxe nenhum prejuízo uma vez que todos foram biopsiados. Conclui-se que, ao contrário da videocolonosopia com

magnificação de imagem, a videocolonosopia convencional (sem magnificação de imagem) com cromoscopia é um exame diagnóstico de segurança limitada para determinação do diagnóstico histológico de lesões colorretais.

ABSTRACT: Objective: Evaluate the capacity of the conventional videocolonoscopy (without image magnification) with chromoscopy (indigo carmin) to establish the histologic diagnosis of colorectal polyps. **Methods:** One hundred colorrectal polyps were classified in the videocolonoscopy according to their pattern of cripts and submitted to histological evaluation for later correlation. **Results:** nineteen per cent of the adenomatous polyps were classified during colonoscopy as normal or hyperplastic. Eighty one per cent of the polyps were diagnosed correctly or “overdiagnosed” in the videocolonoscopy. None malign polyp were classified incorrectly. **Conclusion:** The conventional videocolonoscopy with chromoscopy is not a secure method to differentiate neoplastic from non-neoplastic polyps. Colorectal polyps diagnosed through conventional videocolonoscopy must be removed and submitted to histological study.

Key words: Colorectal polyps, videocolonoscopy, histology, endoscopic diagnose, histological diagnose.

REFERÊNCIAS

1. Khan A, Shrier I, Gordon PH. The changed histologic paradigm of colorectal polyps. *Surg. Endosc* 2002; 16: 436 – 40
2. Nivatvongs S. Benign neoplasms of the colon and rectum. In: Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Quality Medical Publishing Inc. Saint Louis. 1992. 22: 483 – 500.
3. Fong TV, Chuah SK, Chiou KW. Correlation of the morphology and size of colonic Polyps with their histology. *Chang Gung Med J* 2003; 26: 339 – 43
4. Croizet O, Moreau J, Arany Y et al. Follow-up of patients with hyperplastic polyps of the large Bowel. *Gastrointest Endosc.* 1997; 46: 119 – 23
5. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by de US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterol.* 2006; 130: 1872 – 85
6. Baldoni F, Guidi M, Chopita N. Role of chromoendoscopy in colorectal polyps handling. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2003; 33: 187 – 91
7. Linares SE, Gomez PM, Pellecer BF et al. The assessment of colonic polyps found via colonoscopy. *Gastroenterol Hepatol.* 1999; 22: 273 – 8
8. Stergiou N, Feenz MB, Menke D et al. Reduction of miss rates of colonic adenomas by zoom chromoendoscopy. *Int J Colorectal Dis.* 2005; 8: 1 – 6
9. Stellakis ML, Reddy KM, Arnaout A et al. Hyperplastic polyps and serrated adenomas: colonoscopic surveillance? *Surgeon.* 2004; 2 : 112 – 4
10. Togashi K, Konishi F, Ishizuka T et al. Efficacy of magnifying endoscopy in the differential diagnosis of neoplastic and non-neoplastic polyps of the large bowel. *Dis Colo Rectum.* 1999 Dec; 42: 1602 – 8
11. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, Yamano H, Kusaka H, Watanabe H. Diagnosis of colorectal tumors lesions by magnificant endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1996; 44: 1-14.

Endereço para correspondência:

Avenida Ipiranga 6690, conjunto 307.
Jardim Botânico. Porto Alegre. Rio Grande do Sul
CEP 90610-000.