
ESTUDO HISTOLÓGICO DE PÓLIPOS MENORES QUE 5mm RESSECADOS POR COLONOSCOPIA

MELINA DA SILVA BACELLAR - FSBCP
ANDREA ALVES BONNO
ANTÔNIO CARLOS BARAVIERA - TSBCP
MARISTELA GOMES DE ALMEIDA - TSBCP
DESIDÉRIO ROBERTO KISS - TSBCP

BACELLAR MS, BONNO AA, BARAVIERA AC, ALMEIDA MG, KISS DR - Estudo histológico de pólipos menores que 5mm ressecados por colonoscopia. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(3): 158-161

RESUMO: Estudamos 1858 videocolonoscopias realizadas no Serviço de Coloproctologia do Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos, no período de abril/96 a dezembro/99.

Destas, 255 (13,72%) apresentavam pólipos menores que 5mm, sendo 136 doentes (53,33%) do sexo masculino e 119 (46,66%) do sexo feminino. A média de idade foi de 53,64 anos (17-89 anos) e a maioria dos pacientes (70,98%) encontrava-se entre os 40 e 70 anos de idade. Dos 352 pólipos estudados (média de 1,38 pólipos/paciente), 39,77% dos casos eram adenomatosos, com distribuição proporcional em todos os segmentos colorretais.

Concluímos pela importância da polipectomia endoscópica, independentemente do tamanho da lesão, visto que aproximadamente 40% são de origem adenomatosa e que sua localização topográfica não é fator preditivo de seu perfil histológico.

UNITERMOS: pólipos diminutos; polipectomia; histologia;

O manejo de pacientes com pólipos colorretais é baseado no conhecimento do conceito amplamente difundido sobre a existência de uma sequência adenoma-carcinoma (Morson et al, 1978), sendo atualmente indicada a remoção endoscópica ou cirúrgica de todos os pólipos encontrados a despeito do tamanho da lesão ou do seu aspecto, pois sem a análise microscópica, a identificação morfológica e histológica do pólipo não é possível (Tedesco et al 1982; Fecko et al 1984; Rattner et al 1987).

Apesar disso, ainda existe muita controvérsia em relação à conduta frente aos pólipos diminutos do cólon e do reto, aqui considerados aqueles com diâmetro inferior a 5mm. A grande questão frente a este tipo de pólipo é saber se é benéfico ao paciente a realização de polipectomias, pois sabe-se que este não é um procedimento isento de complicações.

As principais complicações relacionadas à polipectomia são a hemorragia, a perfuração da parede do cólon e o desenvolvimento da síndrome pós-polipectomia. Embora a frequência de hemorragia pós-polipectomias em pólipos diminutos não esteja bem estabelecida, existem relatos de hemorragia colônica volumosa em consequência do procedimento para tratamento desses pólipos em trabalhos de Dyer et al, 1991; Quigley et al, 1989; Nelson, 1990 e Catalano, 1990.

Outro aspecto a ser lembrado é a respeito de qual seria o seguimento adequado para o paciente com este tipo de lesão, visto que, não raras vezes, ao realizarmos uma colonoscopia, não conseguimos visualizar todos os pólipos diminutos, havendo relatos na literatura de altos índices de perda de pólipos, chegando até a 24%. (Hixson et al, 1990 e Rex et al, 1997).

O objetivo principal do presente estudo é verificar o tipo histológico dos pólipos menores que 5 mm que foram encontrados durante a realização de colonoscopias, independente das lesões associadas ou da indicação da colonoscopia.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudaram-se, retrospectivamente, 1858 videocolonoscopias realizadas no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, entre abril de 1996 e dezembro de 1999. Destas, foram selecionados 255 exames, nos quais os pacientes apresentavam pólipos que medissem até 5 mm na impressão do colonoscopista e que o exame histológico confirmasse este tamanho.

Relata-se a localização do pólipo, seu tipo histológico e os dados referentes à população em estudo.

O preparo de cólon foi realizado em todos os pacientes através da ingestão de bisacodil na véspera do exame e com 1000 ml de solução de manitol 10% em suco de laranja no dia do exame.

Os exames foram feitos sob sedação anestésica profunda com supervisão de um anestesista na maioria dos casos.

O aparelho usado em todos os exames foi o Olympus CF-100, Olympus Optical Co. Ltda., Tóquio, Japão.

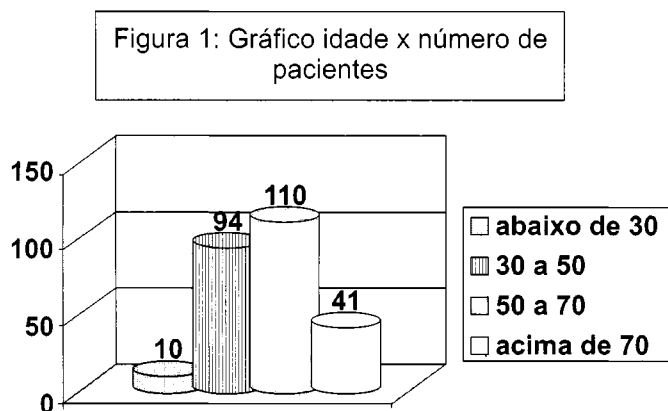
Os exames foram realizados por apenas dois médicos, staffs do serviço de coloproctologia daquela instituição, sendo equivalente a distribuição do número total de colonoscopias realizadas por ambos.

Todos os pólipos foram removidos por "hot biopsy" e enviados para exame anátomo-patológico.

RESULTADOS

Entre abril de 1996 e dezembro de 1999 foram realizadas 1858 colonoscopias e, destas, 255 (13.72%) apresentavam pólipos diminutos, menores que 5mm.

Destes, 136 pacientes (53.33%) eram do sexo masculino e 119 (46.66%) do sexo feminino. A média de idade foi de 53.64 anos (variando de 17 a 89 anos) e com a seguinte distribuição por faixa etária (figura 1):



Foram encontrados 352 pólipos menores que 5 mm, com uma média de 1.38 pólipos/ paciente. A localização dos pólipos está representada na tabela 1.

Tabela 1 : Localização topográfica dos pólipos nos diversos segmentos colorretais

| Segmento | Número de pólipos | Valor percentual |
|-------------|-------------------|------------------|
| Ceco | 24 | 6.81% |
| Ascendente | 14 | 3.98% |
| Transverso | 63 | 17.89% |
| Descendente | 20 | 5.68% |
| Sigmóide | 77 | 21.87% |
| Reto | 154 | 43.75% |
| Total | 352 | 100% |

Os tipos histológicos encontrados foram separados entre neoplásicos e não neoplásicos. Encontraram-se 140 pólipos neoplásicos, perfazendo 39.77% do total de pólipos. Destes, 128 (91.47%) eram adenomas tubulares, 7 (5.0%) tubulos-vilosos e 5 (3.58%) tubulares com atipias. Não se encontrou adenoma viloso ou com degeneração carcinomatosa na nossa casuística. Entre os não neoplásicos (212 pólipos - 60.23%), a predominância foi de lesões com componentes inflamatórios na mucosa (150 pólipos - 70.75%) e pólipos hiperplásicos (62 pólipos - 29.25%).

Quando relacionamos o tipo histológico à localização, nota-se que as lesões inflamatórias e hiperplásicas localizam-se preferencialmente no reto e sigmóide, porém as lesões adenomatosas distribuem-se uniformemente em todo o cólon e reto. (Tabela 2).

Tabela 2: relação entre a localização da lesão e seu tipo histológico

| Segmento | Adenoma tubular | Adenoma tubulo-viloso | Adenoma tubular com atipias | Inflamatório | Hiperplásico | Total de pólipos |
|-------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|--------------|------------------|
| Ceco | 7 | 1 | 0 | 14 | 2 | 24 |
| Ascendente | 6 | 1 | 0 | 7 | 0 | 14 |
| Transverso | 30 | 4 | 1 | 19 | 9 | 63 |
| Descendente | 13 | 0 | 1 | 6 | 0 | 20 |
| Sigmóide | 26 | 0 | 1 | 36 | 14 | 77 |
| Reto | 46 | 1 | 2 | 68 | 37 | 154 |
| Total | 128 | 7 | 5 | 150 | 62 | 352 |

DISCUSSÃO

A remoção de pólipos adenomatosos tornou-se um passo importante na prevenção do câncer colorretal, já que é fato aceito na literatura médica que a maioria dos adenocarcinomas do intestino grosso origina-se em um pólipo adenomatoso, tendo sido Morson et al, em 1978, os autores que primeiro escreveram sobre a sequência adenoma-carcinoma.

As observações de que ocorre maior incidência de câncer com o aumento do tamanho ou do número de pólipos, é uma importante evidência de que os pólipos adenomatosos podem evoluir para um carcinoma. Nota-se também que existe uma distribuição anatômica similar entre os pólipos e o câncer no cólon e reto, além do fato que a faixa etária de maior incidência de pólipos é cerca

de cinco anos menor do que a faixa etária de maior incidência de câncer colorretal. (Mettlin et al, 1986).

Programas de rastreamento para detectar lesões colorretais precoces podem contribuir para melhorar os índices de sobrevida, pois nestas lesões, a possibilidade de cura é muito maior. Com o advento da colonoscopia, ocorreu uma grande evolução nos programas de rastreamento do câncer colorretal, pois este exame permite não apenas a possibilidade de detectar carcinomas precoces, como também evidenciar e tratar pólipos adenomatosos pré-malignos, diminuindo assim a incidência do câncer colorretal (Warneke, 1992).

No presente estudo, 40% dos pólipos eram adenomas, estando de acordo com dados de outras séries, nas quais a proporção de adenomas no total de pólipos variou de 35 a 60% (Fazio et al, 1988).

Tsai et al, 1995 desenvolveram trabalho sobre os pólipos colorretais pequenos, menores que 8 mm, e obtiveram um índice de 60,4% de adenomas no total de pólipos estudados. Os autores discutem sobre a grande variabilidade dos dados encontrados na literatura e terminam por atribuir esta variabilidade a uma falta de padronização a cerca da classificação dos pólipos em relação ao seu tamanho e ao fato de que a análise histológica dessas lesões é muitas vezes difícil e requer grande experiência do patologista.

Em nosso estudo, não encontramos nenhum caso de câncer nos espécimes estudados. Alguns autores têm relatado baixos índices de pólipos diminutos malignos (Tedesco, 1982; Fecko, 1984).

Weston et al, 1995, em artigo publicado a cerca dos pólipos diminutos, compilaram os dados de cinco estudos previamente realizados e publicados sobre o mesmo tema, onde, de um total de 2861 pólipos diminutos, encontraram-se 2 com carcinoma (0,07%) enfatizando o baixo risco de encontrar-se pólipos diminutos cancerosos.

Na nossa casuística, os pólipos hiperplásicos e inflamatórios estavam na sua maioria localizados no reto e

sigmóide, enquanto que os adenomatosos se distribuíam uniformemente em todo o cólon e reto.

Segundo alguns autores (Fazio et al, 1988; Achkar, 1988; Opelka, 1992; Read, 1997; Schoen et al, 1998), quando se encontram pólipos retais diminutos, estes são na sua maioria hiperplásicos porém estão comumente associados com lesões proximais. Por este motivo, referem que os mesmos devem ser tratados, sendo até uma indicação relativa de colonoscopia.

Por outro lado, alguns autores são mais cautelosos na indicação de colonoscopia em pacientes assintomáticos, mesmo com adenomas diminutos à sigmoidoscopia (Tripp et al, 1987; Wallace et al, 1998; Sciallero et al, 1999). Em recente trabalho da Cleveland Clinic Foundation, Noshirwani et al 2000, defendem que os achados de um ou dois adenomas menores que 1 cm na primeira colonoscopia de um paciente traz uma chance muito pequena de achados importantes na colonoscopia seguinte. Propõem os autores que esses pacientes tenham maior tempo de intervalo para realizar a segunda colonoscopia, que atualmente realizariam após três anos, como foi estabelecido em consenso entre especialistas da American Cancer Society, American College of Gastroenterology, American Society of Colon and Rectal Surgeons no ano de 1997.

Nossos dados nos permitem inferir a importância do rastreamento colonoscópico de lesões neoplásicas e a necessidade da polipectomia com erradicação de todos os pólipos encontrados a despeito do tamanho do pólipo, da sua localização e/ou aspecto.

CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo sobre a importância da polipectomia endoscópica para todos os pólipos menores que 5 mm do cólon, visto que cerca de 40% destes são adenomatosos e que a sua localização topográfica não é fator preditivo definitivo de seu perfil histológico, já que os adenomas foram encontrados igualmente distribuídos em todos os segmentos examinados.

SUMMARY: We studied 1858 videocolonoscopies performed at Hospital Professor Edmundo Vasconcelos - São Paulo from april 1996 to december 1999.

It was found 255 exams (13.72%) with polyps smaller than 5mm.

Considering gender, 136 patients were male (53.33%) and 119 were female (46.66%). The mean age was 53.64 years, ranged from 17 to 89 years. The most frequent incidence was between 40-70 years.

There were 352 polyps (mean of 1.38 polyps per patient) and all were removed. Adenomas were 39.77% of them and their distribution was uniform in all colonic segments.

In conclusion, it is very important to remove endoscopically all polyps, despite of its size, because 40% of them were adenomas and its location can't predict the histopathologic result.

KEY WORDS : diminutive polyp, polypectomy, histology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Day DW, Morson BC. The adenoma-carcinoma sequence. In: The Pathogenesis of colorectal cancer. Philadelphia: WB Saunders, 1978; 58-71.
2. Tedesco FJ, Hendrix JC, Picken CA, Brady PG, Mills LR. Diminutive polyps: histopathology, spatial distribution and clinical significance. *Gastrointest Endosc* 1982; 28: 1-5.
3. Fecko PJ, Bernstein MA, Halpert RD, Ackerman LV. Small colonic polyps: a reappraisal of their significance. *Radiology* 1984; 152: 301-3.
4. Rattner H, Goldman IS, Werssman G, Bronzo R, Kahn E, McKinley MJ. Accuracy of endoscopic prediction of histology of diminutive polyps (DP). *Gastroenterology* 1987; 92:1589.
5. Dyer WS, Qyugley EMM, Noel SM, et al. Major colonic hemorrhage following electrocoagulating (hot) biopsy of diminutive colonic polyps: Relationship to colonic location and low-dose aspirin therapy. *Gastrointest Endosc* 1991; 37:361-4.
6. Quigley EMM, Donovan JP, Linder J, et al. Delayed, massive hemorrhage following electrocoagulating biopsy (" hot biopsy ") of a diminutive colonic polyp. *Gastrointest Endosc* 1989; 35: 559-63.
7. Nelson AM. Delayed hemorrhage following " hot biopsy " of a diminutive colonic polyp. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 418.
8. Catalano MF, Hart RS, Scott LD. Delayed hemorrhage after hot biopsy. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 536-7.
9. Hixson LJ, Fennerty MB, Sampliner RE, Mcgee D, Garewal H. Prospective study of the frequency and size distribution of polyps missed by colonoscopy. *J Natl Cancer Inst* 1990; 82: 1769-72.
10. Rex DX, Cutler CS, Lemmel GT, Rahmani EY, Clark DW, Helper DJ, et al. Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back to back colonoscopies. *Gastroenterology* 1997; 112: 24-8.
11. Mettlin C, Cummings KM. The current status of early detection and screening for colorectal cancer. *Semin Surg Oncol* 1986; 2: 215-24.
12. Warneke J, Petrelli N, Herrera L, Nava H. Accuracy of colonoscopy for the detection of colorectal polyps. *Dis Colon Rectum* 1992; 35 981-985.
13. Church JM, Fazio VW, Jones IT. Small Colorectal polyps. Are they worth treating? *Dis Colon Rectum* 1988; 31(1): 50-53.
14. Tsai CJ, Lu DK. Small colorectal polyps: Histopathology and clinical Significance. *American Journal of Gastroenterology* 1995; 90 (6).
15. Weston AP, Campbell DR. Diminutive Colonic Polyps: Histopathology, Spatial Distribution, Concomitant Significant Lesions, and Treatment Complications. *American Journal of Gastroenterology* 1995; 90 (1).
16. Achkar E, Carey W. Small polyps found during fiberoptic sigmoidoscopy in asymptomatic patients. *Ann Inter Med* 1988; 109: 880-3.
17. Opelka FG, Timmcke AE, Gathright JB Jr, Ray JE, Hicks TC. Diminutive colonic polyps: an indication for colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 178-181.
18. Read TE, Read JD, Butterly LF. Importance of adenomas 5mm or less in diameter that are detected by sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 1997 2; 336(1): 8-12.
19. Schoen RE, Corle D, Cranston L, Weissfeld JL, Lance P, Burt R, Iber F, Shike M, Kikendall JW, Hasson M, Lewin KJ, Appelman HD, Paskett E, Selby Jv, Lanza E, Schatzkin A. Is colonoscopy needed for the nonadvanced adenoma found on sigmoidoscopy? The Polyp Prevention Trial. *Gastroenterol* 1998; 115(3): 533-41.
20. Tripp MR, Morgan TR, Sampliner RE, Kogan FJ, Protell RL, Earnest DL. Synchronous Neoplasms in Patients with diminutive colorectal adenomas. *Cancer* 1987; 60: 1599-1603.
21. Wallace MB, Kemp JÁ, Tinka YM, Donovan JM, Farraye FA. Is colonoscopy indicated for small adenomas found by screening flexible sigmoidoscopy? *Ann Inter Med* 1998; 129(4): 273-8.
22. Sciallero S, Bonelli L, Aste H, Casetti T, Bertinelli E, Bartolini S, Parri R, Castiglione G, Mantellini P, Constantini H, Naldoni C, Bruzzi P. Do patients with retosigmoid adenomas 5 mm or less in diameter need total Colonoscopy? *Gastrointest Endosc* 1999; 50(3): 314-21.
23. Noshirwani KC, Stolk RU, Rybicki LA, Beck GJ. Adenoma size and number are predictive of adenoma recurrence: implications for surveillance colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000; 51(4): 433-7.
24. Winaver SJ, Fletcher RH, Miller L, Godle F, Stolar MH, Mulrow CD, Woolf SH, Glick SN, Ganiats TG, Bond JH, Rosen L, Zapka JG, Olsen SJ, Guardiello FM, Sisk JE, Van Antwerp R, Brown-Davis C, Marciniak DA, Mayer RJ. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112(2): 594-642.
25. Urbanski SJ, Haber G, Kortan P, Marcon NE. Small colonic adenomas with adenocarcinoma. A retrospective analysis. *Dis Colon Rectum* 1983;31(1):58-61.
26. Gilbertsen VA, Nelms JM. The prevention of invasive cancer of the rectum. *Cancer* 1978; 41: 1137-1139.

Endereço para correspondência:
Melina da Silva Bacellar
Rua Paracatu, 575 Ap. 31 - Saúde
04302-021 - São Paulo - SP