

*CLÁUDIA ALVES DA SILVA*

**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE PÓLIPOS COLORRETAIS**

Florianópolis, junho de 1995

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

## **TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE PÓLIPOS COLORRETAIS**

Trabalho apresentado por Cláudia Alves Silva sob orientação do Prof. José Mauro dos Santos, referente à conclusão do curso de graduação em Medicina.

Florianópolis, junho de 1995.

## AGRADECIMENTOS

- Agradeço ao Prof. Felipe Felício e Marcelo Bianchini Teive, ✓
- Ao orientador deste trabalho, Prof. José Mauro dos Santos, ✓
- Aos serviços de Coloproctologia e Anatomia Patológica dos hospitais de Caridade e Universitário,
- Ao laboratório de Anatomia Patológica Macro e Micro.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia da polipectomia endoscópica no tratamento de pólipos colorretais.

Os prontuários de 524 pacientes (581 colonoscopias) foram estudados. Os dados de 174 polipectomias foram obtidos e analisados. Os exames foram realizados nos hospitais de Caridade e Universitário de Florianópolis - SC, de abril de 1985 a março de 1995.

Os pólipos indicaram em 22,9% das colonoscopias, sendo mais freqüentes no sexo masculino, com idade média de 58,3 anos. O sangramento retal foi a principal indicação para o exame. O adenoma tubular foi o tipo histológico mais comum (48,7%) e as alterações de caráter degenerativo ocorreram em 6,83% dos casos. Todos os carcinomas invasivos mostraram um diâmetro superior a 15 mm. O adenoma viloso apresentou o maior índice de malignização. Não ocorreram complicações sérias ou morte no grupo estudado.

Considerando os resultados, a polipectomia endoscópica mostrou ser um método seguro, eficaz e com baixa morbidade para ser usado no tratamento de pólipos colorretais.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	v
1 - INTRODUÇÃO .....	1
2 - MÉTODO .....	4
3 - RESULTADOS .....	6
4 - DISCUSSÃO .....	14
5 - CONCLUSÃO .....	19
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
ABSTRACT .....	25

## 1 - INTRODUÇÃO

A polipectomia colonoscópica foi introduzida em 1969 por Shinya<sup>1</sup>, utilizando-se de um aparelho de fibras ópticas com uma unidade eletrocirúrgica. Desde então, veio sendo cada vez mais aprimorada, revelando-se um método seguro e eficaz na remoção de pólipos colônicos<sup>1-4</sup>.

Antes do advento da colonoscopia por fibras ópticas flexíveis, contava-se apenas com o sigmoidoscópio rígido e o enema baritado para a identificação da maioria das lesões colônicas. Quando estas não podiam ser biopsiadas ou removidas através do sigmoidoscópio, era necessário realizar tratamento operatório com colotomia transabdominal para inspeção ou excisão a fim de estabelecer um diagnóstico histopatológico e, quando indicado, remoção dessas lesões, expondo o paciente a um risco bem maior que nos dias atuais<sup>4-6</sup>.

Embora a endoscopia tenha substituído a laparotomia para a remoção de grande parte dos pólipos, o endoscopista precisa possuir treinamento e experiência consideráveis para saber quais os pólipos passíveis de tratamento por esse método, além de compreender as limitações e os perigos da técnica<sup>1,6,7</sup>.

A finalidade da remoção endoscópica consiste em permitir o exame histopatológico de toda a lesão, fazendo com que o tratamento cirúrgico fique limitado aos casos em que não seja possível o tratamento endoscópico, isto é, quando houver doença na linha de secção ou ainda nos casos de degeneração maligna<sup>1</sup>.

Com aceitação do princípio de que a maioria dos carcinomas do cólon se origina num pólipo colônico benigno, torna-se evidente a importância do seu diagnóstico,

tratamento e controle para redução da incidência do câncer<sup>1.4.8</sup>.

Um pólipó (do grego *pé-pequeno*) pode ser definido como qualquer excrescência de uma superfície mucosa<sup>6.9.10</sup>. Esses crescimentos podem ser pediculados, sésseis ou apresentarem padrões heredofamiliares nos quais uma profusão de pólipos se encontra espalhada em todo o cólon<sup>9.10</sup>. As descrições histológicas dos pólipos colorretais podem ser subdivididas em lesões neoplásicas benignas (adenoma tubular, adenoma viloso e adenoma vilotubular), lesões mucosas neoplásicas malignas (carcinoma *in situ* - intramucoso; carcinoma invasivo - atravessa a muscular da mucosa), lesões mucosas não neoplásicas (epitélio normal com configuração polipóide, pólipó hiperplásico, pólipó juvenil e pólipos inflamatórios) e lesões submucosas (pneumatose cistóide intestinal, pólipos linfóides benignos e malignos, lipomas, carcinomas, neoplasias metastáticas e outras lesões raras)<sup>5.11</sup>. Serão objetos deste estudo apenas as lesões mucosas.

De um modo geral, todos os pólipos pediculados são passíveis de ressecção endoscópica. Quanto aos sésseis, deve-se reservar a polipectomia para aqueles com base de implantação de até cerca de 1,5 cm de diâmetro. A tentativa de retirada de lesões com áreas de implantação maior do que esse limite pode ser seguida de necrose e conseqüente perfuração da parede cólica<sup>1.12.13</sup>.

Pólipos neoplásicos ressecados endoscopicamente podem apresentar alterações de caráter degenerativo, as quais são classificadas como: (1) atipias, (2) carcinoma *in situ* e (3) carcinoma invasivo. A polipectomia é considerada como tratamento definitivo para os dois primeiros<sup>12.14</sup>, sendo que para o carcinoma invasivo aceitam-se, de modo geral, as normas propostas por Shinya e Wolff, de que esta deve ser seguida de ressecção intestinal complementar caso se identifique uma das três situações :

êm bolos venozos, linfáticos, tumor pouco diferenciado ou tumor próximo ou na linha de ressecção<sup>4,6,12,15</sup>.

Assim como à colonoscopia diagnóstica, existem limitações para a polipectomia colonoscópica impostas por aderências, especialmente no cólon pélvico, doença diverticular ou pela incapacidade do paciente em tolerar a sedação habitual. Os estreitamentos distais e as lesões anulares podem limitar o acesso a um pólipó mais proximal. As contra-indicações absolutas, além de um endoscopista destreinado, incluem o paciente precariamente preparado, a utilização de anticoagulantes, a colite fulminante, a presença de isquemia, o cólon perfurado ou uma anastomose colônica recente<sup>5,16</sup>.

As principais complicações observadas com a polipectomia são o sangramento e a perfuração<sup>12</sup>. Todavia, a retenção do laço e um pólipó perdido no cólon também são problemas a serem enfrentados ocasionalmente<sup>5,13,16</sup>.

O objetivo desta análise é, estudando a incidência dos pólipos e correlacionando o tipo histológico com tamanho e degeneração maligna e ainda as complicações decorrentes do tratamento, avaliar a eficácia da terapêutica endoscópica nestas lesões nas colonoscopias realizadas no Serviço de Coloproctologia dos hospitais de Caridade e Universitário de Florianópolis - SC.

## 2 - MÉTODO

Foram estudadas retrospectivamente 581 colonoscopias em 524 pacientes e analisados os portadores de pólipos de cólon e reto no Serviço de Coloproctologia dos hospitais de Caridade (HC) e Universitário (HU) de Florianópolis, SC, no período de abril de 1985 a março de 1995.

De 141 exames com presença de lesões polipóides, foram analisados 130 que apresentaram pólipos colônicos isolados à investigação endoscópica. Onze exames foram excluídos da amostra por se tratarem de pacientes portadores de Polipose Colônica Familiar (9 casos), Hemangiomatose Intestinal associada à Síndrome de Von Recklinghausen (1 caso) e Síndrome de Gardner (1 caso).

Em 97,17% das colonoscopias o exame foi realizado por um único endoscopista, sendo utilizada aparelhagem idêntica e técnica padronizada.

Previamente ao exame os pacientes foram submetidos a preparo intestinal com manitol 10% e analgesia e sedação com meperidina (100 mg) e diazepam (10 mg) intravenosos.

Os dados obtidos dos relatos médicos foram inseridos em protocolo com os seguintes itens: 1) identificação do paciente, 2) indicação do exame, 3) achados endoscópicos, 4) tratamento endoscópico, 5) aspectos histopatológicos e 6) complicações.

Dentre os aspectos endoscópicos, além do diagnóstico, foram incluídos o tamanho, a localização, o número e a presença de pedículo nos pólipos encontrados.

Foram também estudados a classificação histopatológica, o grau de displasia e

a presença de degeneração maligna nessas lesões.

Os colonoscópios utilizados foram do tipo Pentax 38 LX, no HC, e Olympus CF 20L no HU.

Quando realizada polipectomia, utilizou-se alça de polipectomia ligada à unidade eletrocirúrgica ou fórceps de biópsia.

### 3 - RESULTADOS

Dos 524 pacientes revisados, em 120 (22,9%) foram evidenciados pólipos isolados durante a avaliação endoscópica do intestino grosso. Destes, 67 (55,84%) eram do sexo masculino e 53 (44,16%) do sexo feminino. A idade média foi de 58,3 anos com extremos de 11 e 90 anos. A faixa etária predominante ficou entre 61 e 70 anos (34,17%), conforme observa-se na tabela I. A raça branca foi prevalente em 97,7% dos casos.

Tabela I - Distribuição segundo a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
10 - 20	05	4,17
21 - 30	03	2,50
31 - 40	11	9,17
41 - 50	16	13,33
51 - 60	18	15,00
61 - 70	41	34,17
71 - 80	19	15,83
81 - 90	07	5,83
TOTAL	120	100,00

As indicações mais frequentes para realização do exame colonoscópico nos pacientes que apresentaram pólipos colorretais foram sangramento retal em 43,07%,

diarréia em 28,46% e dor abdominal em 26,92% (tabela II).

Tabela II - Indicações da colonoscopia

INDICAÇÕES	Nº	%
Sangramento retal	56	43,07
Diarréia	37	28,46
Dor abdominal	35	26,92
Controle pós-polipectomia	16	18,46
Constipação	23	17,69
Anemia	18	13,84
Emagrecimento	17	13,07
Controle de câncer	10	7,69
Mucorréia	05	3,84
Pólipo no enema opaco	03	2,30
Outros*	14	10,76

\* Suboclusão intestinal: 3(2,30%), controle de doença diverticular do simóide: 3 (2,30%); tenesmo: 3 (2,30%); prolapso de tumoração ao evacuar: 2 (1,53%); dispepsia: 1 (0,77%); doença de Crohn: 1 (0,77%); síndrome nefrótica paraneoplásica: 1 (0,77%).

Obs.: Alguns pacientes tiveram indicações múltiplas.

Em 70,83% dos pacientes com lesão polipóide foi evidenciada a presença de outra doença intestinal coexistente. As que mais incidiram foram a doença diverticular do cólon em 21,6% e neoplasia maligna em 20,83% (Tabela III).

Tabela III - Doenças associadas

ACHADOS	Nº	%
Doença diverticular do cólon	26	21,66
Neoplasia maligna	25	20,83
Angiodisplasia	14	11,66
Divertículos isolados	06	5,00
Doença diverticular do sigmóide	05	4,16
Lipoma	04	3,33
Retocolite ulcerativa inespecífica	02	1,66
Doença de Crohn	01	0,83
Megacólon	01	0,83
Melanose	01	0,83
TOTAL	85 (120)	70,83 (100,00)

Nas 130 colonoscopias realizadas, foram encontrados 191 pólipos em 120 pacientes. O estudo endoscópico demonstrou que em 73,08% dos exames os pacientes apresentavam lesão polipóide única (Tabela IV).

Tabela IV - Número de pólipos encontrados por colonoscopia

Nº DE PÓLIPOS	EXAMES	
	Nº de exames	% de exames
01	95	73,08
02	18	13,85
03	10	7,70
04	04	3,07
+ de 5	03	2,30
TOTAL	130	100,00

A maioria dos pólipos estava localizada no cólon sigmóide (27,74%), cólon transversal (22%) e reto (20,42%), conforme os dados da Tabela V.

Tabela V - Localização dos pólipos

LOCALIZAÇÃO	Nº	%
Reto	39	20,42
Sigmóide	53	27,74
Descendente	23	12,04
Transverso	42	22,00
Ascendente	20	10,47
Ceco	12	6,28
Válvula ileocecal	02	1,05
TOTAL	191	100,00

Mais da metade (50,26%) das lesões polipóides tinham entre 5 e 9 milímetros de diâmetro. Já 63,87% dos pólipos eram sésseis, sendo na sua maioria menores que 10 mm de diâmetro (56,56%). Dos pólipos pediculados (36,13%), 24,08% tinham proporções entre 5 e 15 mm. Em apenas 6,28 dos casos as lesões eram maiores que 30 mm de diâmetro, divididas igualmente entre sésseis e pediculadas (tabela VI).

Tabela VI - Diâmetro da lesão polipóide e presença de pedículo

DIÂMETRO (mm)	PÓLIPOS					
	Pediculados		Sésseis		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5	02	1,04	42	22,00	44	23,04
5 < 10	30	15,70	66	34,56	96	50,26
10 < 15	16	8,38	04	2,09	20	10,47
15 < 20	07	3,66	02	1,04	09	4,71
20 < 25	03	1,57	01	0,52	04	2,09
25 < 30	05	2,62	01	0,52	06	3,14
> 30	06	3,14	06	3,14	12	6,28
TOTAL	69	36,13	122	63,87	191	100,00

Do total de pólipos encontrados, 19 (9,95%) não foram removidos, 68 (35,60%) foram ressecados por alça de polipectomia e 104 (54,45%) por pinça de biópsia.

Os principais motivos que levaram a não remoção dos pólipos foram o preparo insuficiente do cólon e a indicação de intervenção cirúrgica, ambos em 31,57% dos casos (tabela VII).

Tabela VII - Causas da não remoção dos pólipos

CAUSAS	Nº	%
Preparo insuficiente	06	31,57
Indicação cirúrgica	06	31,57
Defeitos no equipamento	05	26,31
Hemangioma	01	5,26
Tamanho da lesão	01	5,26
TOTAL	19	100,00

O tipo histológico mais freqüente foi o adenoma tubular em 48,44% (78 casos); desses, 61,53% (48 pólipos) tinham entre 5 e 9 mm de diâmetro. Em seguida incidiram o pólipo inflamatório em 15,52% (25 casos) e o pólipo hiperplásico em 11,18% (18 casos). As maiores lesões foram os adenomas vilosos sendo que em 80% (4 casos), o tamanho foi superior a 30 mm. Todos os pólipos com carcinoma (C.A.) invasivo apresentaram tamanho superior a 15 mm. Foram analisadas as histopatologias de 161 pólipos pois em onze exames o resultado foi extraviado (Tabela VIII).

Tabela VIII - Relação do tipo histológico e diâmetro da lesão.

TIPO HISTOLÓGICO	DIÂMETRO DA LESÃO							TOTAL	
	< 5	5<10	10<15	15<20	20<25	25<30	>30	Nº	%
<b>Adenoma</b>									
Tubular	15	48	08	03	01	02	01	68	48,44
Viloso	-	01	-	-	-	-	04	05	3,10
Tubuloviloso	-	03	03	01	-	01	04	12	7,45
<b>Pólipo</b>									
Juvenil	-	04	01	02	-	-	-	07	4,34
Inflamatório	09	13	02	-	01	-	-	25	15,52
Hiperplásico	06	12	-	-	-	-	-	18	11,18
Lipoma	-	-	01	01	-	-	-	02	1,24
<b>Pólipo tubular</b>									
com atipia	-	03	-	-	-	-	-	03	1,86
com C.A. "in situ"	-	01	-	-	-	-	-	01	0,62
com C.A. invasivo	-	-	-	01	01	02	01	05	3,10
<b>Pólipo viloso</b>									
com C.A. invasivo	-	-	-	01	-	-	01	02	1,24
Mucosa normal	01	02	-	-	-	-	-	03	1,86
TOTAL	31	87	15	09	03	05	11	161	100,00

As alterações de caráter degenerativo ocorreram em 6,83% dos pólipos ressecados (11 casos). Os pólipos tubulares apresentaram atipia leve a moderada em 3,44% dos casos e adenocarcinoma "in situ" em 1,15% dos casos. Os carcinomas invasivos incidiram em 5,74% (5 casos) dos pólipos tubulares e em 28,57% (2 casos) dos pólipos vilosos (Tabela IX).

Tabela IX - Relação do tipo histológico com presença de degeneração maligna

TIPO HISTOLÓGICO	DEGENERÇÃO MALIGNA						TOTAL	
	Ausente		Atipia		Adenocarcinoma			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pólipo								
Tubular	78	89,65	03	3,44	06*	6,89	87	100,00
Viloso	05	71,43	-	-	02	28,57	07	100,00
Vilotubular	12	100,00	-	-	-	-	12	100,00

\* Dos 6 adenocarcinomas em pólipo tubular, 5 eram invasivos (5,74%) e 1 era "in situ" (1,15%).

Das 172 polipectomias realizadas, em 1,16% (2 casos) ocorreu hemorragia leve após o procedimento e em 1,74% (3 casos) foi caracterizada a "síndrome pós-polipectomia".

#### 4 - DISCUSSÃO

Os pólipos de cólon e reto são bastante freqüentes nos estudos de rotina do intestino grosso<sup>17-19</sup>, incidindo em 20,34% segundo a literatura<sup>8</sup>, o que está de acordo com a presente análise (22,9%).

O sangramento retal é uma manifestação importante e comum de doenças malignas colorretais, principalmente quando associado à idade elevada. Bat et al., em estudo de 1992, relataram que 28,7% dos pacientes acima de 80 anos com sangramento intestinal eram portadores de carcinoma, sendo o reto o sítio mais freqüente. No mesmo estudo, 26% desses pacientes tinham o pólipo adenomatoso como causa do sangramento<sup>20</sup>.

Dos casos analisados, a indicação mais freqüente para o exame colonoscópico foi o sangramento retal em 43,07%. No entanto, torna-se difícil avaliar se a sintomatologia apresentada era decorrente do pólipo ou de doença secundária coexistente, visto que 70,83% dos pacientes apresentavam outras afecções além do pólipo. As mais freqüentes foram a doença diverticular do cólon, o tumor colorretal e a angiodisplasia, lesões essas que também podem ser responsáveis por sangramento intestinal.

O local de maior incidência dos pólipos foi o cólon sigmóide (27,74%), o que está de acordo com os dados da literatura consultada<sup>6,8,21-23</sup>.

Os adenomas intestinais são neoplasias epiteliais benignas, classificadas de acordo com seu tipo histológico glandular. Os pólipos adenomatosos (ou adenomas tubulares) são os mais comuns<sup>11,23</sup> e têm um arranjo ramificante complexo, enquanto

os tumores das vilosidades têm as glândulas dispostas em longas projeções digitiformes. Lesões intermediárias exibindo as características de lesões tubulares e vilosas são designadas como adenomas vilotubulares, tubuvilosos ou mistos<sup>6,11</sup>.

Tem sido sugerido que o adenoma viloso ou tubular deve incluir aproximadamente 80% da configuração arquitetural apropriada (vilosa ou tubular). Quando o componente majoritário for claramente menor que 80%, o termo intermediário tubuloviloso é usado. Naturalmente a freqüência relativa dos três tipos vai depender da qualidade da amostra<sup>23</sup>.

O tipo tubular constitui 60 a 80% dos pólipos neoplásicos, sendo extremamente raros em jovens com menos de 20 anos, tendendo ser mais freqüentes com a idade<sup>11,24</sup>. Segundo Goligher, a idade média de ocorrência dessas lesões é 61,9 anos<sup>25</sup>. Usualmente são maiores de 5 e menores e 20 mm de diâmetro<sup>11,21</sup>.

Esses dados foram confirmados no presente estudo, tendo em vista que o adenoma tubular foi o pólipo predominante na faixa etária estudada (média de 58,3 anos) em 48,44% dos casos, sendo mais freqüentes os de diâmetro entre 5 e 9 milímetros.

O adenoma viloso é muito menos comum que o adenoma tubular<sup>6,10</sup>. Segundo Welch e Welch, sua incidência corresponde a 1/8 dos adenomas tubulares e constituem 5 a 23% das lesões polipóides colorretais<sup>33</sup>. Contudo, podem se tornar muito grandes e em mais de 60% apresentando acima de 20 milímetros de diâmetro<sup>11</sup>.

Embora fossem a minoria nesta análise (5 casos, 3,10% do total), 80% dos pólipos vilosos encontrados apresentaram tamanho acima de 30 milímetros.

Os pólipos hiperplásicos podem ser indistinguíveis endoscopicamente dos

pólipos adenomatosos e, por isso, quase sempre necessitam de remoção, porém não são considerados pré-malignos<sup>5.11.22</sup>. Tipicamente apresentam menos de 10 milímetros de tamanho e uma freqüência considerável<sup>11</sup>. Segundo Shinya et al. (1982) esses constituem os pólipos colônicos mais comuns<sup>6</sup>.

Neste estudo, o pólipo hiperplásico foi um achado relativamente freqüente (11,18% dos pólipos), a terceira maior incidência, sendo que todos apresentavam dimensões inferiores a 10 milímetros.

Os pólipo inflamatórios originam-se em resposta a uma lesão inflamatória e não são considerados pré-malignos<sup>6.11</sup>.

Embora os pólipos juvenis sejam quase sempre encontrados em crianças com menos de 10 anos, podem estar presentes em qualquer idade. São considerados hamartomas e também designados como pólipos de retenção, podendo determinar sintomas como sangramento retal, cólicas e protusão "carnosa" pelo ânus. Não apresentam potencial maligno, porém devem ser removidos para confirmação histológica e alívio dos sintomas<sup>5.11</sup>.

De forma geral, recomenda-se a extirpação endoscópica sistemática de todas as lesões observadas em um estudo colonoscópico<sup>8.21.26</sup>.

Dos 191 pólipos encontrados, apenas 19 (9,95%) não foram ressecados. A não remoção das lesões foi por preparo inadequado do intestino (31,75%), indicação cirúrgica por doença coexistente (31,75%) e defeitos no equipamento (26,31%).

A remoção dos adenomas colorretais benignos tem apresentado um papel importante na prevenção do carcinoma colorretal<sup>14</sup>. O adenoma é sabidamente precursor para o desenvolvimento do câncer colônico<sup>11.26-28</sup>, já que a maioria dos

adenocarcinomas do cólon origina-se em áreas de alteração adenomatosa<sup>11</sup>. De acordo com um estudo relatado por Gilbertsen e pelo Minnesota Cancer Detection Center Program, num grupo de pacientes com adenomas removidos por polipectomia endoscópica, a incidência de carcinoma de retossigmóide reduziu para 15% do esperado na população em geral<sup>11,27</sup>.

As alterações de caráter degenerativo ocorrem em 4 a 26% dos pólipos ressecados<sup>12</sup>. Geralmente os carcinomas desenvolvem-se em grandes adenomas (com 10 milímetros ou mais de diâmetro) ou em adenomas com severa displasia<sup>22,26</sup>. Esse dado coincide com os resultados da presente análise, onde 6,83% dos pólipos apresentavam alterações degenerativas e todos os carcinomas invasivos ocorreram em pólipos de tamanho superior a 15 milímetros.

Os adenomas vilosos apresentam maior tendência a degeneração maligna<sup>11,12,15</sup>. Coutsoftides et al. e Forde apresentaram 28,9% e 30 a 40%, respectivamente, de degeneração em seus estudos com pacientes portadores de adenomas vilosos<sup>5,15</sup>. Nesta casuística, 28,57% dos pólipos vilosos apresentavam adenocarcinoma, o que corrobora os dados da literatura.

As complicações relatadas para a polipectomia endoscópica são raras<sup>16,29</sup>. O índice de hemorragia seguindo polipectomia colonoscópica varia de 1 a 2,7% de acordo com Weissman et al.<sup>30</sup>. Vários fatores podem estar associados a hemorragia, incluindo o tamanho, a localização, a morfologia dos pólipos (pediculado ou séssil), uso de anticoagulante e idade acima de 65 anos. A hemorragia clinicamente significativa é incomum<sup>31</sup>.

Dentre os pacientes estudados, apenas 1,16% apresentaram hemorragia

(caracterizada como leve) após a polipectomia, estando de acordo com os índices descritos na literatura.

A perfuração pós-polipectomia tem sido relatada em 0,5 a 3% dos casos, podendo ser relativamente silenciosa<sup>32</sup>. A "síndrome da coagulação pós-polipectomia" representa uma lesão térmica transmural com microperfuração e é caracterizada por hipersensibilidade local, febrícula e, por vezes, leucocitose<sup>5</sup>.

Nos casos analisados não houve perfuração intestinal evidente, porém em 1,74% (3 casos), ocorreu a "síndrome pós polipectomia". Esses pacientes foram tratados clinicamente, apresentando boa evolução, não sendo necessária intervenção cirúrgica.

O percentual global de complicações foi de 2,90%, sendo bastante razoável para procedimentos terapêuticos e altamente satisfatório quando comparado com a morbidade e mortalidade da cirurgia abdominal.

No estudo empreendido por Greenburg et al., a taxa de mortalidade para os pacientes submetidos a ressecção colônica eletiva era de até 4,4%, quando o paciente tinha acima de 70 anos de idade<sup>4</sup>. Já o índice de óbito para a polipectomia colonoscópica foi relatado como sendo de 0,01%<sup>5</sup>. Na presente análise não houve óbito.

## **5 - CONCLUSÃO**

A polipectomia endoscópica mostrou ser um procedimento seguro e eficaz no tratamento das lesões polipóides de cólon e reto, com alto índice de resolução, baixa morbidade e ausência de mortalidade.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHRISTIE, J.P.; SHINYA, H. Técnica de polipectomia colonoscópica. In: SHINYA, H.; ZIMMON, D.S. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interamericana, 1982. p. 951-961.
2. SHINYA, H. Colonoscopy, diagnosis and treatment of colonic diseases. New York: Iagaku Shoin, 1982. p. 1-20.
3. LEÃO, P.H.S. Câncer nos cólons e no reto. Fortaleza : Imprensa Universitária, 1984. p. 82-85.
4. STEIN, B.L.; COLLER, J.A. Tratamento dos pólipos colorretais malignos. In: MURRAY, J.J. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interlivros, 1993. p. 51-69.
5. FORDE, K.A. Tratamento colonoscópico das lesões polipóides. In: SCHROCK, T.R. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interlivros, 1989. v. 6, p. 1389-1410.
6. SHINYA, H.; COOPERMAN, A.; WOLF, W.I. Base lógica para o tratamento endoscópico dos pólipos colônicos. In: SHINYA, H.; ZIMMON, D.S. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interamericana, 1982. p. 935-942.

7. SHINYA, H.; CWEN, M.; KARLSTADT, R. Colonoscopia: técnica e métodos de tratamento. In: SHINYA, H.; ZIMMON, D.S. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interamericana, 1982. p. 943-950.
8. SALAZAR, J.; ALVAREZ, C.; ESSENFELD-YAHR, E.; BARRIOS, R.A.; GARNICA, E.A. Pólipos del colon: analisis de los aspectos endoscópicos e histopatológicos. G.E.N., 46 (2): 85-92, 1992.
9. KATZ, J.G.; ALMEIDA, E.C.; KANTO, D. Pólipos no cólon e reto. Rev. Méd. HSE, 26: 237-248, 1974.
10. ROBBINS, S.L.; COTRAN, R.S.; KUMAR, V. Patologia estrutural e funcional. 3.ed., Rio de Janeiro : Guanabara, 1986. p. 819-835.
11. IMBEMBO, A.L.; FITZPATRICK, J.L. Neoplasias benignas do cólon, incluindo malformações vasculares. In: SABISTON, D.C. Tratado de cirurgia - As bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 14. ed., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1993. p. 870-873.
12. CUTAIT, R. Colonoscopia. In: DANI, R.; CASTRO, L.P. Gastrenterologia clínica. 3. ed., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1993. v. 1, p. 259-260.
13. GHAZI, A.; GROSSMAN, M. Complicações da colonoscopia e polipectomia. In: SHINYA, H.; ZIMMON, D.S. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interamericana, 1982. p. 963-969.

14. MacFARLAND, R.J.; BECCIOLINI, C.; LALLEMAND, R.C. The value of colonoscopic surveillance following a diagnosis of colorectal cancer or adenomatous polyp. European Journal of Surgical Oncology, 17: 514-518, 1991.
15. COUTSOFTIDES, T.; LAVERY, I.; BENJAMIN, S.P.; SIVAK Jr., M.V. Malignant polyps of the colon and rectum: a clinicopathologic study. Dis. Col. & Rect., 22 (2): 82-85, 1979.
16. TALBOT, T.M.; MACKEIGAN, J.M. Endoscopia cólica em perspectiva. In: FERGUSON, J.A. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro : Interamericana, 1978. p. 459-467.
17. STRYKER, S.J.; WOLFF, B.G.; CULP, C.E.; LIBLLE, S.D.; IISTRUP, D.M.; MacCARTY, R.L. Natural history of untreated colonic polyps. Gastroenterology, 93: 1009-1013, 1987.
18. WEGENER, M.; BORSCH, G.; SCHMDIT, G. Colorectal adenomas. Distribution, incidence of malignant transformation, and rate of recurrence. Dis. Colon Rectum, 29: 383-387, 1986.
19. HOFF, G.; CLAUSEN, O.P.; FJORDVANG, H.; NORHEIM, A.; FOERSTER, A.; VATN, M.H. Epidemiology of polyps in the rectum and sigmoid colon. Size, enzyme levels, DNA distribution, and nuclear diameter in polyps of the large intestine. Scand. J. Gastroenterol., 20: 983-989, 1985.

20. BAT, L.; PINES, A.; SHEMESH, E.; LEVO, Y.; ZEELI, D.; SCAPA, E.; ROSENBLUM, Y. Colonoscopy in patients aged 80 years or older and its contribution to the evaluation of rectal bleeding. Postgrad. Med. J., 69 (799): 355-368, 1992.
21. OPELKA, F.G.; TIMMCKE, A.E.; GATHRIGHT Jr., J.B.; RAY, J.E.; HICKS, T.C. Diminutive colonic polyps: an indication for colonoscopy. Dis. Colon Rectum, 35 (10): 178-180, 1992.
22. ELLIS, C.N.; BOGGS, H.W.; SLAGLE, G.W.; COLE, P.A.; COYLE, D.J. Clinical significance of diminutive polyps of the rectum and sigmoid colon. Dis. Colon Rectum, 36: 8-9, 1993.
23. MORSON, B.C.; DAWSON, I.M.P.; DAY, D.W.; JASS, J.R.; PRICE, A.B.; WILLIAM, G.T. Morson & Dawson's Gastrointestinal Pathology. 3. ed., London : Black Well Scientific Publications, 1990. p. 566.
24. STORER, E.H.; GOLDBERG, S.M.; NIVATVONGS, S. C6lon, reto e 6nus. In: SCHWARTZ, S.I. Princ6pios de cirurgia. 4. ed., Rio de Janeiro : Guanabara Kooan, 1985. v. 2, p. 1298-1384.
25. GOLIGHER, J.C. P6lipos benignos con particular referencia al adenoma y papiloma del colon, recto y ano. In: GOLIGHER, J.C. Cirurgia del Ano, Recto y Colon. 3. ed., Barcelona : Salvat, 1981. p. 345-394.
26. PENNAZIO, M.; ARRIGONI, A.; RISIO, M.; SPANDRE, M.; ROSSINI, F.P. Small rectosigmoid polyps as markers of proximal neoplasms. Dis. Colon Rectum, 36: 1121-1125, 1993.

27. WARNEKE, J.; PETRELLI, N.; HERRERA, L.; NAVA, H.A. Accuracy of colonoscopy of colorectal polyps. Dis. Colon Rectum, 35: 981-984, 1992.
28. WIMAWA, S.J.; ZAUBER, A.G.; HO, M.N.; O'BRIEN, M.J. et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The New England J. Med., 329 (27): 1977-1981, 1993.
29. GOSSUM, A.V.; BOURGEOIS, F.; GAY, F.; LIEVENS, P.; ALDLER, M.; CREMER, M. Operative colonoscopic endoscopy. Acta Gastro-Enterologica Belgica, 55: 314-326, 1992.
30. WEISSMAN, D.; KORNBLUTH, A.A.; GUSMASTE, V.V.; WAYE, J.D.; DAVE, P.B.; ALEDORT, L. Colonoscopic polypectomy in patients with bleeding disorders. Endoscopy, 23: 354-355, 1991.
31. ROSEN, L.; BUB, D.S.; REED, J.F.; NASTASEE, S.A. Hemorrhage following colonoscopic polypectomy. Dis. Colon Rectum, 36: 1126-1131, 1993.
32. NGUYEN, B.D.; BECKMAN, I. Silent rectal perforation after endoscopic polypectomy: CT features. Gastrointest. Radiol., 17: 271-273, 1992.
33. WELCH, J.P.; WELCH, C.E. Villous adenomas of the colorectum. The American Journal of Surgery, 131: 185-191, 1976.
34. WILLIAMS, B.; SAUNDERS, B.P. The rationale for current practice in the management of malignant colonic polyps. Endoscopy, 25 (7): 469-474, 1993.

## ABSTRACT

The purpose of this work was to evaluate the efficacy of endoscopic polypectomy in the treatment of colorectal polyps.

The charts of 524 patients (581 colonoscopies) were studied. Data from 172 polypectomies were obtained and analyzed. The procedures were done at Universitário and Caridade hospitals in Florianópolis, from April 1985 to March 1995.

Polyps appeared in 22,9% of the colonoscopies, been more frequent in males at the mean age of 58.3 years. Rectal bleeding was the chief indication for the endoscopic procedure. The tubular adenoma (48.7%) was the most common histologic type and degenerative tissue alterations occurred in 6.83% of the cases. All invasive-type carcinomas showed a diameter superior to 15 mm. The villous adenoma showed the highest index of malignant alterations. No deaths or serious complications occurred in the study-group.

Considering our results endoscopic polypectomy is an efficacious, safe and low morbidity method to be used in the treatment of colorectal polyps.

**TCC  
UFSC  
CC  
0220**

**N.Cham. TCC UFSC CC 0220**

**Autor: Silva, Cláudia Alv**

**Título: Tratamento endoscópico de pólipo**



972806893

Ac. 255042

**Ex.1**

**Ex.1 UFSC BSCCSM**