

A importância das colonoscopias nos pólipos colônicos – aspectos atuais

The importance of colonoscopies in colonic polyps - current aspects

Aline Pereira Barbalho*, Luiza Barbosa Brandão, Alana Rocha de Oliveira, Márcio Alexandre Terra Passos, Aline Trovão Queiroz, Nilson Chaves Junior

Como citar esse artigo. Barbalho, A.P.; Brandão, L.B.; de Oliveira, A.R.; Passos, M.A.T.; Queiroz, A.T.; Junior, N.C. A importância das colonoscopias nos pólipos colônicos – aspectos atuais. Revista de Saúde. 2019 Jan./Jun.;10 (1) Suplementos: 13-16.

Resumo

A colonoscopia é, atualmente, o exame padrão ouro para a detecção e remoção dos pólipos colônicos, pois permite a visualização e a excisão simultânea dessas estruturas, sendo assim, um método tanto diagnóstico quanto terapêutico. Nesse contexto, esse estudo visa ressaltar a importância desse exame nos pólipos colônicos, evidenciando sua associação com o câncer colorretal, o qual é o terceiro câncer mais frequente no mundo, em ambos os gêneros. Constitui-se de uma revisão sistemática de literatura com base em quinze artigos, utilizando-se o banco de dados do *Trip Database*. Os descritores escolhidos foram “colonoscopia” e “pólipos colônicos”. A detecção e remoção dos pólipos através da investigação colonoscópica possibilita a interrupção da sequência adenoma-câncer e, dessa forma, atua na redução comprovada da incidência do câncer colorretal. Esse exame é indicado para pacientes que apresentam sintomas sugestivos de câncer colorretal, para investigação adicional de um exame positivo de sangue oculto nas fezes ou para vigilância após remoção de pólipos adenomatosos. A frequência de adenomas varia muito entre as populações, mas tende a ser maior naquelas com alto risco de câncer colorretal. Na tentativa de potencializar a sensibilidade da colonoscopia, foram desenvolvidas novas técnicas para melhorar a detecção de adenoma e pólipos durante o exame, porém, para que esses procedimentos sejam seriamente considerados, é necessário educação e treinamento dos profissionais. A detecção e remoção de lesões pré-cancerosas ou pólipos adenomatosos por colonoscopia, estão relacionadas à redução do desenvolvimento de neoplasia e da mortalidade do câncer colorretal.

Palavras-chave: Colonoscopia; Pólipos colônicos; Diagnóstico

Abstract

Colonoscopy is currently the gold standard examination for the detection and removal of colonic polyps, since it allows visualization and simultaneous excision of these structures, therefore being a diagnostic and therapeutic method. In this context, this study aims to highlight the importance of this exam in colonic polyps, evidencing its association with colorectal cancer, which is the third most frequent cancer in the world, in both genders. It is a systematic review of literature based on fifteen articles, using the database of the *Trip Database*. The chosen descriptors were “colonoscopy” and “colonic polyps”. The detection and removal of polyps through colonoscopic investigation makes it possible to interrupt the adenoma-cancer sequence and, therefore, acts to reduce the incidence of colorectal cancer. This test is indicated for patients who exhibit symptoms suggestive of colorectal cancer for further investigation of a positive stool blood test or for surveillance after removal of adenomatous polyps. The frequency of adenomas varies greatly among populations, but tends to be higher in those at high risk of colorectal cancer. In the attempt to enhance the sensitivity of colonoscopy, new techniques were developed to improve the detection of adenoma and polyps during the examination, but for these procedures to be seriously considered, education and training of professionals is necessary. The detection and removal of precancerous lesions or adenomatous polyps by colonoscopy are related to the reduction of the development of neoplasia and the mortality of colorectal cancer

Keywords: Colonoscopy; Colonic polyps; Diagnosis

Introdução

Os pólipos colorretais são lesões da mucosa colônica que se projetam no lúmen do intestino¹, localizados principalmente no reto (50%)². Em sua prevalência, são assintomáticos^{3,4}, entretanto, alguns pólipos maiores podem causar dor abdominal, sangramento retal, diarreia ou constipação⁴.

As lesões polipóides colorretais são divididas em dois grandes grupos, de acordo com o exame histopatológico⁴: os neoplásicos, caracterizados pelos adenomas e carcinomas, e os não-neoplásicos². Além dessa classificação, os pólipos adenomatosos também podem ser organizados morfológicamente em três tipos, de acordo com os achados histológicos: tubulares, tubulovilosos e vilosos, sendo os adenomas vilosos os

Afiliação dos autores: Universidade de Vassouras / Vassouras / Rio de Janeiro / Brasil.

* Email de correspondência: aline.p.barbalho@hotmail.com

Recebido em: 13/02/19. Aceito em: 13/02/19.

mais propensos a se tornarem malignos³.

Diante do exposto, a colonoscopia é, atualmente, o exame padrão ouro para a detecção e remoção de pólipos colônico^{5,6,7,8}, pois permite a visualização e a excisão simultânea de pólipos, tendo assim a vantagem de ser tanto diagnóstica quanto terapêutica^{5,6}. No presente, destaca-se também, como um dos métodos mais completos de investigação das doenças colorretais, com benefícios sobre outros procedimentos de investigação, por proporcionar a observação em tempo único e de forma direta da mucosa colônica e, muitas vezes, do íleo terminal⁹.

A detecção e remoção de adenomas durante a colonoscopia tem mostrado diminuir o desenvolvimento posterior de cânceres colorretais^{4,5,6,10,11,12}. Portanto, esse estudo visa ressaltar a importância da colonoscopia nos pólipos colônicos, evidenciando sua associação com o câncer colorretal que é a segunda neoplasia maligna mais prevalente nos países desenvolvidos e o terceiro mais frequente câncer no mundo em ambos os gêneros⁷.

Materiais e métodos

Este estudo constituiu-se de uma revisão sistemática de literatura realizada entre Março de 2018 a Junho de 2018, utilizando-se o banco de dados do *Trip Database*. As categorias TRIP são: sinopses baseada em evidências; questões clínicas; revisões sistemáticas; orientações (América do Norte, Europa, outros); pesquisa básica core; *eTextbooks*; ensaios clínicos; e revistas médicas gerais núcleo recuperado do Medline (PubMed). Os descritores escolhidos foram “colonoscopia” e “pólipos colônicos”.

Para a seleção dos artigos, utilizou-se como critério de inclusão os estudos que possuíam força de evidência e maior relevância científica, os quais abordavam colonoscopia no manejo dos pólipos colônicos e a associação dessas estruturas com o câncer colorretal, em qualquer idioma. Foram excluídos artigos publicados anteriormente ao ano de 2002.

Resultados

A colonoscopia é a principal modalidade de investigação da mucosa do cólon, pois proporciona sua visualização instantânea e direta⁹. Nesse contexto, como os métodos endoscópicos permitem tanto o diagnóstico quanto a excisão de pólipos, os quais ainda não apresentam potencial de malignidade, esse exame possibilita a interrupção da sequência adenoma-câncer e, dessa forma, atua na redução comprovada da incidência do câncer colorretal².

Conforme Lyra Júnior *et al.* (2005)², foi realizado um estudo incluindo 74 pacientes, o qual foi detectado uma prevalência de pólipos neoplásicos nos indivíduos

de faixa etária acima dos 40 anos, acreditando-se então, que a idade é um fator importante no surgimento dos pólipos com características malignas. Ademais, o artigo também abordou que indivíduos com pólipos retais neoplásicos, apresentam riscos de 21% a 25% de desenvolver algum tipo de neoplasia proximal e de 4% a 5% de acarretar em neoplasia avançada, justificando a colonoscopia.

Segundo Lami *et al.* (2018)¹³, a retirada de pólipos adenomatosos durante procedimentos endoscópicos, acarretou em uma redução de 53% da mortalidade de câncer colorretal, quando comparada com a população em geral.

Indicações da colonoscopia

A colonoscopia deve ser indicada por diversas razões clínicas, incluindo: a investigação adicional de sintomas sugestivos de câncer colorretal, como: anemia, sangramento e mudança no hábito intestinal; a investigação adicional de um exame positivo de sangue oculto nas fezes ou por vigilância após a remoção de pólipos adenomatosos^{3,4}.

Em estudo retrospectivo de Nahas *et al.* (2005)⁹ foram analisados 2567 pacientes, em que a principal indicação para o exame da colonoscopia foi o sangramento retal/ anemia, ocorrendo em 571 dos indivíduos (22,24%), seguido pela alteração do hábito intestinal em 379 casos (14,76%).

Vigilância colonoscópica

A relevância da vigilância colonoscópica está em detectar e retirar adenomas de alto risco, antes dos mesmos se tornarem malignos³. Entretanto, seu principal objetivo é a prevenção do câncer colorretal subsequente, uma vez que, a maioria desses pólipos adenomatosos não segue a sequência adenoma-carcinoma⁶.

A vigilância colonoscópica deve ser recomendada para pacientes que já removeram adenomas e ainda apresentam risco baixo, intermediário ou alto de desenvolver câncer colorretal e para portadores de doença inflamatória intestinal, cujo sintomas começaram há 10 anos⁴.

Wang *et al.* (2009)¹⁴ relataram a publicação recente de um estudo randomizado controlado, o qual abordava a vigilância colonoscópica em pacientes após ressecção do câncer colorretal. Neste ensaio, 326 pacientes, os quais foram submetidos à cirurgia para câncer colorretal, foram selecionados para realizar vigilância intensiva colonoscópica (colonoscopia em intervalos de 3 meses durante 1 ano, aos 6 meses nos próximos 2 anos, e uma vez por ano, nos anos subsequentes) ou vigilância colonoscópica de rotina (colonoscopia a 6, 30 e 60 meses de pós-operatório).

O estudo não relatou diferenças significativas nas taxas de sobrevida global em 5 anos (77% nas taxas grupo de vigilância colonoscópica intensiva e 72% na vigilância colonoscópica de rotina; $P = 0,25$), embora os autores tenham afirmado que a vigilância coloscópica intensiva melhorou o prognóstico dos pacientes pós-operados de câncer colorretal sintomático.

A frequência da vigilância colonoscópica

deve ser recomendada, conforme o risco do paciente, determinado pelo número e pelo tamanho do adenoma⁴. (Quadro 1)

Atkin(2002)⁶ cita a interrupção da vigilância colonoscópica aos 75 anos, uma vez que, a partir dessa faixa etária, os riscos potenciais dos procedimentos endoscópicos superam as vantagens da vigilância.

Quadro 1. Definição simplificada da frequência da vigilância colonoscópica⁴

Risco	Número e tamanho do adenoma	Frequência da vigilância colonoscópica
Baixo	1 ou 2 adenomas pequenos (<10mm)	Não necessitam de vigilância ou podem fazer a cada 5 anos até que tenham um exame negativo
Intermediário	3 ou 4 adenomas pequenos (<10mm) ou pelo menos 1 adenoma ≥ 10 mm	Triagem a cada 3 anos até que tenham 2 exames negativos
Alto	5 ou mais adenomas <10mm ou 3 ou mais adenomas, sendo pelo menos um ≥ 10 mm	Deve realizar um exame extra em 12 meses antes de regressar à vigilância em 3 anos

Associação da colonoscopia com outras tecnologias de videoendoscopia

Em 20% a 30% das colonoscopias realizadas, são detectados pólipos. Dessa forma, tornou-se necessário o desenvolvimento de outras tecnologias que auxiliassem na distinção de lesões com potenciais malignos e daquelas que não apresentam tal risco¹⁵.

Nesse contexto, o estabelecimento desses novos métodos auxilia na redução do uso de recursos de exames histopatológicos, na diminuição das ressecções de pólipos de baixo risco e na obtenção de resultados mais rápidos⁴. Assim, beneficiaria um maior número de pacientes e reforçaria a segurança na realização do método endoscópico, tanto diagnóstico quanto terapêutico⁹.

A cromoendoscopia é um método alternativo desenvolvido para auxiliar na distinção de pólipos hiperplásicos e adenomas colorretais, instantaneamente durante a colonoscopia⁴. Segundo Averbach *et al.* (2003)¹⁵, essa tecnologia têm detectado que 40% a 60% dos pólipos menores que 5 mm são neoplásicos e que as lesões não protusas, principalmente as deprimidas, habitualmente menores que 1 cm, já podem ser uma representação de neoplasias avançadas com metástases para linfonodos.

Já o progresso da colonoscopia com magnificação de imagem, tem mostrado altos índices de acurácia na diferenciação entre as lesões com potenciais malignos e os pólipos hiperplásicos, alcançando índices de 93,9%

e 84,5%, respectivamente, conforme Averbach *et al.* (2003)¹⁵. Ademais, com a ampliação da mucosa colônica, foi possível detectar padrões de marcas na superfície do cólon que poderiam auxiliar na classificação dessas estruturas. Nesse contexto, as lesões do tipo I e II foram designadas para aquelas que apresentavam fossos redondos ou em formas de estrelas regulares, sendo classificadas como benignas. Já as lesões tipo III, IV e V são aquelas com tamanhos distintos, com poços irregulares e com padrão mais tubular e, dessa forma, foram associadas a um maior potencial maligno³.

Impasses à colonoscopia

Apesar de sua alta sensibilidade, a colonoscopia pode apresentar resultados falsos-negativos em decorrência da má visualização da mucosa intestinal por trás de dobras e da curva interna das flexuras, da forma plana dos pólipos, do preparo intestinal inadequado ou pelo treinamento inapropriado do profissional que está realizando o exame^{9,12}. Esse contexto auxilia na justificativa do por que ainda há um risco de 60-70% de desenvolvimento de câncer colorretal na população geral, apesar dos achados negativos ao procedimento⁵.

Segundo Atkin (2002)⁶, o risco residual de câncer colorretal após a excisão dos adenomas por métodos endoscópicos, ainda não é conhecido.

Além disso, como a colonoscopia é um procedimento invasivo e rotineiramente utilizado na prática médica, torna-se necessário o conhecimento

das complicações associadas ao seu uso⁹. Nahas *et al.* (2005)⁹, citam como as principais complicações, o sangramento, a perfuração intestinal e as alterações cardiopulmonares associadas à sedação.

A detecção endoscópica das lesões com características potencialmente malignas, quando imediatamente tratadas, podem reduzir a mortalidade relacionada ao câncer colorretal¹⁵. Contudo, a decisão de realizar o exame da colonoscopia, não deve depender somente da presença, do número e do tipo de adenoma, mas também deve levar em consideração o desejo do indivíduo, sua idade e a presença de comorbidades⁶.

Discussão

A colonoscopia de triagem e a polipectomia mostraram ser diagnóstica e terapêuticamente eficaz na redução das taxas esperadas de câncer colorretal, de forma que, em 20% a 30% das vezes na qual esse exame foi realizado, foram detectados pólipos^{5,15}.

Nesse contexto, deve-se considerar que a frequência de adenomas varia muito entre as populações, mas tende a ser maior naquelas com alto risco de câncer colorretal².

Novas técnicas foram desenvolvidas para serem utilizadas associadas à colonoscopia, como a cromoendoscopia e a colonoscopia com magnificação de imagem, na tentativa de potencializar a sensibilidade do exame¹⁵. Porém, para que esses procedimentos sejam seriamente considerados para melhorar a detecção de adenoma e pólipos, é necessário educação e treinamento dos profissionais para essas novas tecnologias¹².

Por ser um exame habitualmente utilizado, é fundamental o conhecimento das complicações associadas ao seu uso. A ocorrência e a gravidade das complicações também podem ser modificadas pela qualidade do preparo⁹. Por esse motivo colonoscopia de vigilância deve ser direcionada para aqueles que serão mais beneficiados e onde possível deve ser realizada por endoscopistas totalmente treinados⁶.

Conclusão

Portadores de pólipos retais possuem taxas de neoplasias proximais detectadas à colonoscopia de 30% a 50%, por isso, evidencia-se a necessidade desse exame ao ser diagnosticado pólipo retal neoplásico².

Diante do exposto, a colonoscopia é considerada o padrão ouro para o detecção e remoção de pólipos^{5,6,7,8}. Dessa forma, a identificação e excisão de lesões pré-cancerosas ou pólipos adenomatosos por colonoscopia, estão relacionadas à redução do desenvolvimento de neoplasia e da mortalidade do câncer colorretal^{5,10}.

Referências

1. Endoscopic full thickness removal of non-lifting colonic polyps | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Nice.org.uk. 2017 [citado em 21 de Junho de 2018]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/igp580>
2. Lyra Júnior HF, Bonardi MA, Schiochet VJC, Baldin Júnior A, Carmes ER, Sartor MC, Pisani JC, Brenner S, Bonardi RA. Importância da Colonoscopia no Rastreamento de Pólipos e Câncer Colorretal em Pacientes Portadores de Pólipos Retais. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(3):226-234.
3. Colonic polyps - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice [Internet]. Bestpractice.bmj.com. 2018 [citado em 20 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/802>
4. Virtual chromoendoscopy to assess colorectal polyps during colonoscopy | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Nice.org.uk. 2017 [citado em 21 de Junho de 2018]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg28>
5. Jrebi N, Hefty M, Jalouta T, Ogilvie J, Davis A, Asgeirsson T *et al.* High-definition colonoscopy increases adenoma detection rate. *Surgical Endoscopy*. 2016;31(1):78-84.
6. Atkin W, Saunders B. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. *Gut*. 2002;51(Supplement 5):v6-v9.
7. Pfeifer G, Corleta O, Gus P. Avaliação do desempenho da colonografia tomográfica computadorizada (colonoscopia virtual) no diagnóstico de pólipos colorretais. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2008;45(4):301-307.
8. Ikematsu H, Saito Y, Tanaka S, Uraoka T, Sano Y, Horimatsu T *et al.* The impact of narrow band imaging for colon polyp detection: a multicenter randomized controlled trial by tandem colonoscopy. *Journal of Gastroenterology*. 2012;47(10):1099-1107.
9. Nahas, S., Marques, C., Araújo, S., Aisaka, A., Nahas, C., Pinto, R. and Kiss, D. (2005). Colonoscopia como método diagnóstico e terapêutico das moléstias do intestino grosso: análise de 2.567 exames. *Arq Gastroenterol*, 42.
10. Murchie B, Tandon K, Zackria S, Wexner S, O'Rourke C, Castro F. Can polyp detection rate be used prospectively as a marker of adenoma detection rate?. *Surgical Endoscopy*. 2017;32(3):1141-1148.
11. Atia M, Patel N, Ratuapli S, Boroff E, Crowell M, Gurudu S *et al.* Nonneoplastic polypectomy during screening colonoscopy: the impact on polyp detection rate, adenoma detection rate, and overall cost. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2015;82(2):370-375.e1.
12. Moriyama T, Uraoka T, Esaki M, Matsumoto T. Advanced technology for the improvement of adenoma and polyp detection during colonoscopy. *Digestive Endoscopy*. 2015;27:40-44.
13. Lami, M., Singh, H., Dilley, J., Ashraf, H., Edmondson, M., Orihuela-Espina, F., Hoare, J., Darzi, A. and Sodergren, M. (2018). Gaze patterns hold key to unlocking successful search strategies and increasing polyp detection rate in colonoscopy. *Endoscopy*, 50(07), pp.701-707.
14. Wang T, Cui Y, Huang WS *et al.* The role of postoperative colonoscopic surveillance after radical surgery for colorectal cancer: a prospective, randomized clinical study. *Gastrointest Endosc* 2009 ; 69 : 609 – 15.
15. Averbach M, Zaroni E, Corrêa P, Rossini G, Paccos J, Alencar M *et al.* Colonoscopia de alta resolução com cromoscopia no diagnóstico diferencial dos pólipos neoplásicos e não-neoplásicos. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2003;40(2):99-103.