
Artigo Original / Original Article

CROMOENDOSCOPIA DE AMPLIAÇÃO DE LESÕES POLIPÓIDES GÁSTRICAS

C. BRANDÃO, N. FERNANDES, N. MESQUITA, M. DINIS RIBEIRO, R. SILVA, H. L. VIANA, L. MOREIRA DIAS

Resumo

Objectivos: Determinar os padrões endoscópicos dos pólipos gástricos (PG) encontrados com a cromoendoscopia de ampliação e relacioná-los com os achados histológicos.

Material e Métodos: Dezanove doentes (H: 8; M:11) com PG (n=27) foram avaliados com o endoscópio de ampliação Q240Z® (Olympus Corporation) e cromoscopia com indigo carmin a 0,4%, após a remoção de muco com N-acetilcisteína. Após a observação dos padrões endoscópicos das lesões em ampliação (105x), os PG foram removidos e caracterizados histopatologicamente.

Resultados: Os achados histológicos foram: Gastrite Crónica (GC)-5; Metaplasia Intestinal(MI)-2; PG Inflamatório (INF)-12; PG Hiperplásico(H)-7; PG Adenomatoso(AD)-1. Os padrões endoscópicos dos PG foram classificados após a determinação da histologia. Identificados 4 padrões endoscópicos: Tipo I-redondo ou tubular; Tipo II-digitiforme ou "em feijão"; Tipo III-cerebriformes; Tipo IV-não estruturado. Em 19% dos pólipos (n=5) não foi possível identificar um padrão, por friabilidade intensa ou excesso de muco. Procedeu-se à relação dos padrões predominantes com a histologia: Tipo I: GC/MI; Tipo II: INF; Tipo III: H; Tipo IV:AD.

Conclusão: Estudos de validação e aplicabilidade clínica destes padrões poderão vir a definir a utilidade desta classificação na selecção de pólipos gástricos para polipectomia.

Summary

Aims: To define the endoscopic pit patterns of gastric polyps (GP) by magnification chromoendoscopy and correlate them with histopathologic findings.

Methods: A total of 19 patients (M: 8; F:11) with 27 GP were evaluated. The endoscopic procedure was performed with a magnification endoscope Q240Z® (Olympus Corporation) and consisted of applying a mucolytic agent followed by the spray by a 0,4% indigo carmine contrast dye spray. The pit patterns of the GP mucosa are then observed by using the maximum magnification (105x). All the polyps were then removed and sent for histopathological evaluation.

Results: The histological findings were: chronic gastritis (CG)-5; intestinal metaplasia (IM)-2; inflammatory GP (INF)-12; hyperplastic GP (H)-7; adenomatous GP (AD)-1. The GP endoscopic pit patterns were classified after histological characterisation. We identified four endoscopic patterns: Type I: round or tubular; Type II: finger-shaped or bean-like; Type III: brain-like; Type IV: unstructured.

Friability and mucous excess did not permit identification of an endoscopic pattern in 18,5% (n= 5) of the polyps. A correlation was established between the predominant pit patterns and the histological findings: Type I:CG/IM; Type II:INF; Type III:H; Type IV:AD.

Conclusion: GP endoscopic pit patterns can, in the future, aid in selecting patients for to polypectomy.

GE - J Port Gastroenterol 2006, 13: 126-130

O presente trabalho foi previamente apresentado como comunicação oral e comunicação vídeo no XXIV Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva em 2004 na Figueira da Foz, e como apresentação em Poster, na 12ª EUGW, em Praga em 2004.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da cromoendoscopia de ampliação tem tido um papel primordial na possibilidade de alcançar um objectivo há muito procurado - o estabelecimento de um diagnóstico histológico por endoscopia (1).

A cromoendoscopia de ampliação tem sido amplamente

avaliada no contexto de lesões polipoides cólicas numa tentativa de estabelecer um diagnóstico diferencial entre lesões não neoplásicas e neoplásicas (2,3,4). A definição e classificação de padrões endoscópicos das lesões cólicas têm tido importantes implicações clínicas, uma vez que tenta definir quais as lesões a biopsar e /ou remover, reduzindo os riscos, optimizando o tempo dispendido, os recursos e, conseqüentemente, os seus custos.

Apesar de já terem sido descritos na mucosa gástrica padrões das criptas que possam corresponder a um diagnóstico histológico (5), os padrões endoscópicos baseados na cromoendoscopia de ampliação de pólipos gástricos ainda não estão perfeitamente estabelecidos existindo apenas, na literatura, um estudo que pretende caracterizar aqueles padrões (6).

OBJECTIVOS

Este estudo tem por objectivo definir os padrões detectados na cromosocopia de ampliação de acordo com os achados histológicos dos pólipos gástricos.

MATERIAL E MÉTODOS

Dezanove doentes (8 mulheres, 11 homens) com uma média etária de 54 anos (27-65) foram avaliados de forma transversal após diagnóstico prévio por endoscopia digestiva alta convencional de 27 lesões polipoides gástricas (PG). A dimensão dos PG foi inferior a 5 mm em 15% dos casos (n=4), entre 5 e 10 mm em 56% (n=15), entre 10 e 20 mm em 11% (n=3) e superiores a 20 mm em 18% (n=5) dos casos. De todos os doentes foi obtido consentimento informado.

Previamente ao procedimento endoscópico os doentes realizaram hemograma com contagem de plaquetas, estudo da coagulação e electrocardiograma.

Neste estudo foi utilizado o endoscópio de ampliação (Q240Z, Olympus Optical Co., Ltd., Tóquio, Japão) que possui um sistema de lentes acoplado que permite uma ampliação da mucosa até 105 vezes. Na extremidade distal do endoscópio foi colocada um pequeno cilindro plástico "cap" que permitia não só manter a distância ideal entre o endoscópio e a mucosa observada mas também uma maior estabilidade e definição da imagem endoscópica ampliada.

Todos os doentes foram submetidos a sedação consciente com administração endovenosa de diazepam, sendo também utilizada a N-butilescopolamina como antiespasmódico. Todas as endoscopias efectuadas foram registadas em vídeo.

Após a introdução do endoscópio e identificadas as lesões polipóides, procedia-se à remoção do muco com N-acetilcisteína a 10% e à pulverização com indigo carmin a 0,4% através de um cateter de spray (Olympus® PW-5L-1) introduzido pelo canal do endoscópio. O corante de contraste indigo carmin, não sendo absorvido pela mucosa, penetra nas criptas glandulares e realça a sua morfologia, permitindo a definição de padrões endoscópicos, após ampliação das lesões polipoides.

Após a execução de cromosocopia procedia-se à ampliação das lesões e ao registo dos padrões endoscópicos, seguindo-se a polipectomia endoscópica com ansa diatérmica ou pinça de *hot-biopsy*.

Num pólipo verificou-se hemorragia em toalha em pequena quantidade após polipectomia que foi resolvida com injeção local com adrenalina.

Todos os pólipos retirados foram enviados para avalia-

ção histopatológica no Serviço de Anatomia Patológica da nossa instituição.

Foi efectuada avaliação descritiva dos achados numa folha de cálculo do programa Excel®.

RESULTADOS

Exame Histopatológico

O exame anátomo-patológico das lesões polipóides em estudo revelou gastrite crónica (GC) em 5 casos, metaplasia intestinal incompleta (MI) em 2 casos; pólipo inflamatório (INF) em 12 casos, pólipo hiperplásico (H) em 7 casos e pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau (AD) num caso.

Caracterização em Cromosocopia de Ampliação e Correlação com a Histologia

Nos pólipos com gastrite crónica, o padrão endoscópico das criptas assumia um aspecto redondo ou tubular (tipo I), similar àquele detectado nos pólipos com metaplasia intestinal incompleta (Figura I). Nos pólipos inflamatórios, o padrão era digitiforme ou curvilíneo denominado como "em feijão" (Tipo II) (Figura 2) e nos pólipos hiperplásicos o padrão assumia um aspecto circunvalado e tortuoso classificado como cerebriforme (Tipo III) (Figura 3).

No pólipo adenomatoso com displasia de baixo grau, não foi possível definir um padrão endoscópico da mucosa, pelo que foi classificado como não estruturado (Tipo IV) (Figura 4).

Em 19% dos casos (n=5) não foi possível identificar um padrão por friabilidade da mucosa ou excesso de muco aderente. Estes correspondiam a lesões não displásicas (Quadro I).

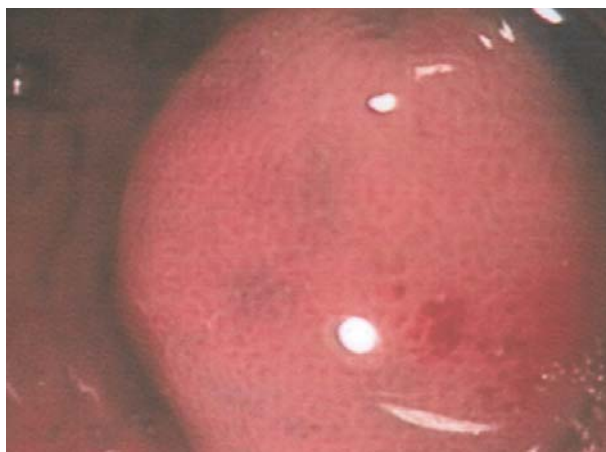


Figura 1 - Os pólipos cuja histologia revelou gastrite crónica e/ou metaplasia intestinal apresentavam um padrão redondo ou tubular.

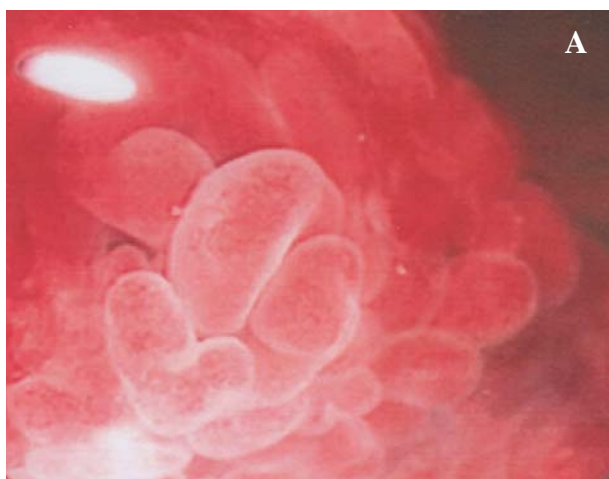


Figura 2a e 2b - Os pólipos inflamatórios apresentavam dois padrões predominantes: digitiforme (2a) e curvilíneo denominado como "em feijão" (2b).

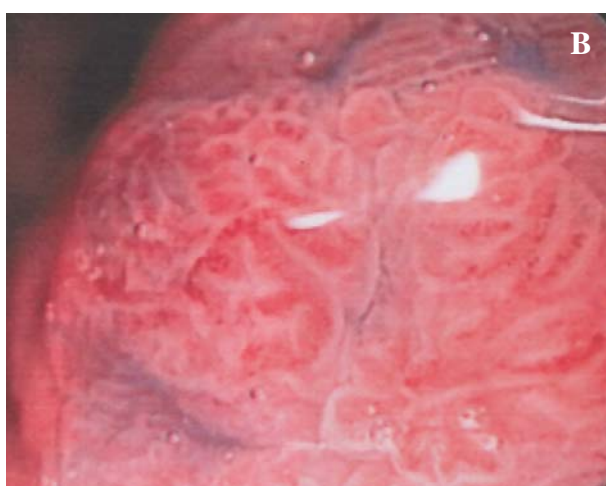
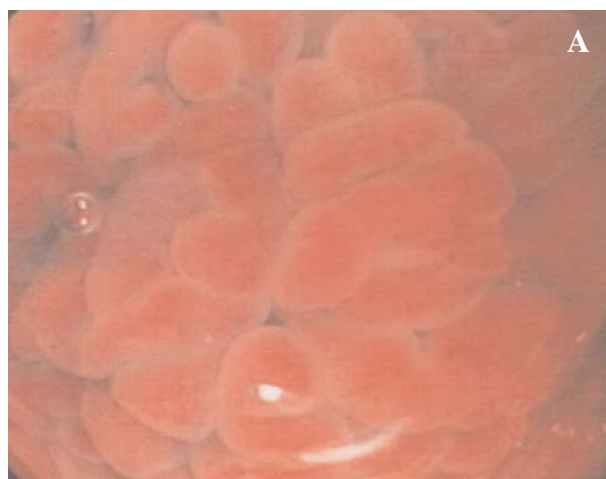


Figura 3a e 3b - O aspecto tortuoso e circunvalado justificou a denominação de padrão cerebriforme para os pólipos hiperplásicos.

DISCUSSÃO

A cromoscopia de ampliação tem desempenhado um importante papel na identificação das lesões, nomeadamente em estádios precoces, em diferentes segmentos do tubo digestivo (7,8).

No cólon, a definição de padrões endoscópicos das criptas após cromoscopia com índigo carmim tem permitido identificar e diferenciar lesões neoplásicas de não neoplásicas (9).

No estômago, a cromoscopia de ampliação tem assumido especial destaque na detecção endoscópica do cancro gástrico precoce e de lesões associadas ao cancro gástrico (metaplasia intestinal e displasia), especialmente em regiões com elevada incidência, promovendo a possibilidade de abordagens terapêuticas (ressecção endoscópica de mucosa) com menor morbidade e mortalidade (5,10).

Segundo o conhecimento dos autores, até ao momento,

foi apenas efectuado um estudo que pretendia estabelecer os padrões endoscópicos através da cromoscopia de ampliação dos pólipos gástricos. Nesse estudo verificou-se a existência de diferenças entre os padrões endoscópicos dos pólipos hiperplásicos (criptas regulares) e os pólipos neoplásicos (criptas irregulares e distorcidas) (6).

Os pólipos gástricos são lesões epiteliais elevadas, cuja frequência é variável (0,4-2%) (11,12) Na nossa experiência, os pólipos são identificados em 2,4% das endoscopias digestivas altas, sendo maioritariamente inflamatórios (64%) e hiperplásicos (31%). Os adenomas e adenocarcinomas foram identificados em 4% e 1,5% dos casos respectivamente (13).

No tratamento dos pólipos gástricos, a polipectomia endoscópica é consensual, sobretudo naqueles com dimensões superiores a 10mm, nos quais existe uma maior prevalência de lesões neoplásicas (13). Nas lesões polipoides com dimensões inferiores a 10 mm a abor-

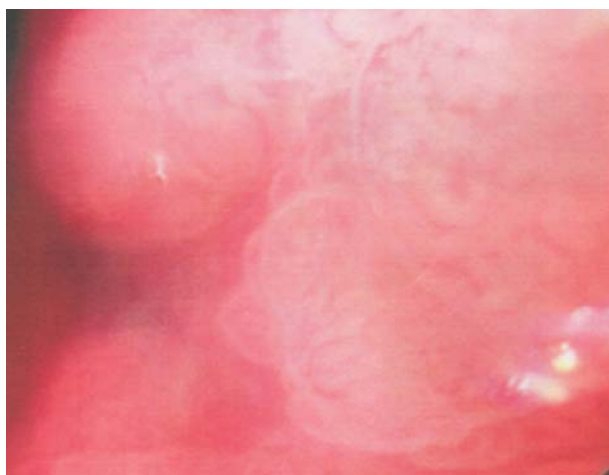


Figura 4 - No pólipo adenomatoso não foi possível definir um padrão pelo que foi denominado padrão não estruturado plano.

dagem não está ainda definida, embora a opção da realização de biopsias ou de polipectomia nestas lesões possa ter importantes implicações. Se por um lado a simples realização de biopsias diminui os custos e o risco de complicações, a polipectomia permite estabelecer a histologia definitiva das lesões e o seu potencial tratamento.

Assim, a determinação de padrões endoscópicos, nos pólipos gástricos, relacionáveis com a histologia, permitiria otimizar a abordagem clínica.

No presente estudo, foram efectuadas cromoscopia com índigo carmim a 0,4% e endoscopia de ampliação em lesões polipóides gástricas relacionando-se, posteriormente, os achados histológicos com os padrões endoscópicos encontrados.

Os 27 pólipos em estudo foram agrupados segundo o tipo histológico (gastrite crónica, metaplasia intestinal incompleta, pólipos inflamatórios, hiperplásicos e ade-

nomatosos) sendo posteriormente seleccionadas as imagens obtidas endoscópicamente de cada pólipo. Foi então possível classificar quatro grupos diferentes: Tipo I - redondo ou tubular, compatível com gastrite crónica ou metaplasia intestinal; Tipo II - digitiforme ou "em feijão", sugestivo de pólipo inflamatório; Tipo III - cerebri-forme compatível com pólipo hiperplásico e Tipo IV - não estruturado sugestivo de adenoma.

De facto, esta caracterização é coincidente com aquela previamente descrita (6) o que poderá significar uma alta consistência do método.

As implicações clínicas destes achados podem ser diversas e passíveis de inúmeras considerações.

Nos pólipos que revelaram apenas a presença de metaplasia intestinal ou gastrite crónica os padrões encontrados, redondo ou tubular, estão de acordo com os padrões associados a estes achados histopatológicos na mucosa plana (10).

Nos pólipos inflamatórios, que representam uma importante percentagem dos pólipos gástricos, a determinação do padrão endoscópico evitaria o recurso desnecessário a manobras invasivas e de elevado custo.

A constatação em diversos trabalhos da existência de focos de adenoma em pólipos hiperplásicos (14,15) e a inerente classificação como uma lesão pré-neoplásica, poderá implicar a necessidade de exérese completa e posterior vigilância clínica.

A identificação endoscópica de um padrão compatível com adenoma, especialmente em lesões de pequenas dimensões que poderiam ser apenas seleccionadas para biopsia simples, seria indicativa da necessidade de polipectomia endoscópica e, conseqüentemente, de uma resolução clínica mais definitiva.

Como limitações, é ainda de referir a necessidade de optimização da técnica endoscópica, nomeadamente com o recurso a mucolíticos mais eficazes, de forma a

Quadro 1 - Caracterização histológica e em cromoendoscopia de ampliação com índigo carmim de lesões polipóides gástricas (n=27)

Histologia	n	Dimensões*	Padrão Endoscópico		
			Descrição	Tipo	N
Gastrite Crónica	5	5.2 (2-11)	Redondo ou tubular	5	I
Metaplasia Intestinal	2	7 (4-10)	Redondo ou tubular	2	
Pólipo Inflamatório	12	10 (7-25)	Digitiforme	2	II
			"Em feijão"	7	
			(Não definido)	3)	
Pólipo Hiperplásico	7	13.6 (4-25)	Cerebri-forme	5	III
			(Não definido)	2)	
Adenoma**	1	11	Não estruturado	1	IV

*milímetros, média (mínimo - máximo); ** adenoma com displasia de baixo grau

diminuir o número de pólipos nos quais não é possível determinar o padrão endoscópico.

Assim, a determinação dos padrões endoscópicos nos pólipos gástricos poderá permitir, no futuro, seleccionar quais as lesões a remover ou, pelo menos, seleccionar quais aquelas que não necessitam de qualquer abordagem terapêutica ou seguimento clínico.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu estabelecer padrões endoscópicos de lesões polipóides gástricas relacionáveis com os achados histopatológicos frequentemente associados a estas lesões (gastrite crónica, metaplasia intestinal e pólipos inflamatórios, hiperplásicos e adenomatoso). Estudos de validação e aplicabilidade clínica destes padrões poderão vir a definir a utilidade desta classificação na selecção de pólipos gástricos para polipectomia.

Correspondência:

Catarina Brandão
Serviço de Gastrenterologia
Instituto Português de Oncologia do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Telefone: 916 190 884
e-mail: catarinalopesbrandao@clix.pt

REFERÊNCIAS

1. Kida M., Kobayashi K, Saigenji K. Routine chromoendoscopy for gastrointestinal diseases: indication revised. *Endoscopy* 2003; 35 (7): 590-6.
2. Kudo S, Hirota S, Nakajima T, Hosobe S, Kusaka H, Kobayashi T, et al. Colorectal tumours and pit patterns. *J Clin Pathol* 1994; 47: 880-5.
3. Kudo S, Tamura S, Nakajima T, Yamano H, Kusaka H, Watanabe H. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1996; 44: 8-14.
4. Huang Q, Fukami N, Kashida H, Takeuchi T, Kogure E, Kurahashi T et al. Interobserver and intra-observer consistency in the endoscopic assessment of colonic pit patterns. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(4): 520-6.
5. Honda T. Study on the mucosal microstructure of gastric elevated lesions with the magnifying electronic endoscopic, dissecting microscopic and histological findings (in Japanese with English abstract). *Gastrointest Endosc* 1993; 35: 614-23.
6. Yang HJ, Wang JT, Wang TH, Lin JT, Sun CT. Diagnosis of gastric polypoid lesions by magnifying endoscopy and dye endoscopy. *J Formos Med Assoc* 1991; 90(4): 371-4.
7. Tajiri H, Doi T, Endo H, Nishina T, Terao T, Hyodo I et al. Routine Endoscopy using a magnifying Endoscope for Gastric Cancer Diagnosis. *Endoscopy* 2002; 34(10): 772-77.
8. Togashi K, Konishi F, Ishizuka T, Sato T, Senba S, Kanazawa K. Efficacy of magnifying endoscopy in the differential diagnosis of neoplastic and non-neoplastic polyps of the large bowel. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1602-8.
9. Fu KT, Sano Y, Kato S, Fujii T, Nagashima F, Yoshino T, Okuno T et al. Chromoendoscopy using indigo carmine dye spraying with magnifying observation is the most reliable method for differential diagnosis between non-neoplastic and neoplastic colorectal lesions: a prospective study. *Endoscopy* 2004; 36(12): 1089-93.
10. Dinis-Ribeiro M, da Costa-Pereira A, Lopes C, Lara-Santos L, Guilherme M, Moreira-Dias L et al. Magnification chromoendoscopy for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia and dysplasia. *Gastrointest Endosc* 2003; 57(4): 498-504.
11. Bentivenga, Panagopoulou. Adenomatous gastric polyps. *Am J Gastroenterol* 1965; 44: 135.
12. Blackstone M. Gastric Polyps. In Blackstone, M.O. (ed). *Endoscopic Interpretation - Normal and Pathologic Appearances of the Gastrointestinal Tract*. New York, Raven Press, 1984, 158-169.
13. Brandão C, Fernandes N, Mesquita N, Dinis Ribeiro M, Silva R, Lomba Viana H, Moreira Dias L. Gastric polyps - a review of 321 cases. *Gut* 2003 (Abstract); 52 (Suppl VI), A147.
14. Yao t., Kajiwaru M., Kuroiwa S., Iwashita A., Oya M., Kabashima A., Tsuneyoshi M. Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps: alteration of phenotypes, proliferative activity and p53 expression. *Hum Pathol* 2002; 33(10): 1016-22.
15. Borch K, Skarsgard J, Franzen L, Mardh S, Rehfeld JF. Benign gastric polyps: morphological and functional origin. *Dig Dis Sci* 2003; 48(7): 1292-7.