

DRAUSIO JEFERSON DE MORAIS

*ANÁLISE DE 153 PACIENTES PORTADORES DE PÓLIPOS
GÁSTRICOS, EM 26000 ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
REALIZADAS NO GASTROCENTRO-UNICAMP*

CAMPINAS

2002

DRAUSIO JEFERSON DE MORAIS

***ANÁLISE DE 153 PACIENTES PORTADORES DE PÓLIPOS
GÁSTRICOS, EM 26000 ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
REALIZADAS NO GASTROCENTRO-UNICAMP***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Clínica Médica.*

Orientador: Prof.Dr. Ademar Yamanaka

Co-orientador: Prof.Dr. José Murilo Robilotta Zeitune

CAMPINAS

2002

| |
|--------------------|
| CD |
| BIBLIOTECA UNICAMP |
| M 792a |
| EX |
| BCI 56292 |
| 6-124103 |
| R\$ 11,00 |
| 412403 |

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

191993-6

id 304391

M792a

Morais, Drausio Jéferson de

Análise de 153 pacientes portadores de pólipos gástricos, em 26000 endoscopias digestivas realizadas no Gastrocentro - UNICAMP / .
Drausio Jefereson de Moraes. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

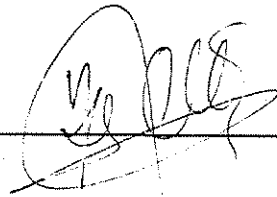
Orientadores : Ademar Yamanaka, José Murilo Robilotta Zeitune
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

I. Tumores. 2. *Pólipos. .I. Ademar Yamanaka. II. José Murilo Robilotta Zeitune. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): DRAUSIO JEFFERSON DE MORAIS

Orientador(a): Prof.Dr. ADEMAR YAMANAKA



Membros:

Professor Doutor Flávio Antonio Quilici



Professor Doutor Nelson Adami Andreollo



Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, área de concentração Clínica Médica, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/07/2002

Dedico este trabalho,

À minha esposa Martha, companheira de estudo durante a vida acadêmica, e que na vida familiar sempre apoiou e incentivou o constante aprimoramento profissional, dispensando o amor e carinho necessários para a harmonia estar sempre presente.

Aos meus filhos Gabriel e Tainá, pela alegria da verdadeira amizade.

À minha avó, meus pais e irmãs, obrigado.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof.Dr. Ademar Yamanaka, pessoa amiga que estimulou esta pesquisa, não medindo esforços na orientação deste trabalho, sem o qual este não teria ocorrido.

Ao Prof.Dr. José Murilo Robilotta Zeitune, que além da amizade surgida com este trabalho, esteve sempre apoiando e tecendo as críticas necessárias para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo, pela amizade e pelo incentivo constante no desenvolvimento desta pesquisa, pelas críticas e sugestões que foram de grande auxílio na conclusão deste estudo.

Aos colegas do Serviço de Endoscopia Digestiva do GASTROCENTRO-UNICAMP, Dr. Antonio Franco de Carvalho Jr., Dr. Ciro Garcia Montes, Dr. Fábio Guerrazzi, Dr. Jazon Romilson de Souza Almeida, Dr. José Olympio Meirelles dos Santos, Prof .Dr. Luiz Roberto Lopes e Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo, cuja presteza e clareza na execução dos exames praticados, em muito facilitaram esta pesquisa, e ao estagiário Dr. Moacir Valente que contribuiu para levantamentos de dados na fase final deste estudo.

Ao Prof. Dr. Nelson Ary Brandalise, chefe do Serviço de Endoscopia Digestiva do GASTROCENTRO-UNICAMP, Dr. Ciro Garcia Montes, Prof. Dr. Michio Tanaka, Prof. Dr. Takashi Sakamoto, Dr. Fábio Guerrazzi e Rosângela Deliza, pelas figuras utilizadas neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Ricardo Francisco Favilla Ebecken, Dr. José Geraldo A. de Menezes e Dr. Diamantino Mendonça Rodrigues pelos primeiros ensinamentos na Endoscopia Digestiva, que foram de grande valor para minha formação como especialista nesta área.

Ao Prof. Dr. Renam Catharina Tinoco, pela valiosa contribuição na minha formação profissional e minha iniciação científica.

Ao Dr. Quintino do Nascimento Cavichini, com quem iniciei meus primeiros trabalhos de pesquisa científica.

Ao Prof. Dr. Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Dra. Célia Gouveia de Freitas e Dr. José Fernando Siqueira pela amizade e estímulo que dedicaram durante a minha formação como médico-residente.

Ao departamento de Endoscopia Digestiva da “Jikei University School of Medicine – Tokyo – Japan”, especialmente ao Chairman & Professor Hiroaki Suzuki, pela atenção dispensada em meu treinamento neste serviço.

Aos colegas do Laboratório de Patologia do GASTROCENTRO-UNICAMP, Dr. José Augusto Gatto Stedille, Prof.Dra. Miriam Aparecida da Silva Trevisan e Dra. Rosângela Deliza, pelo acesso aos arquivos e ajuda sempre que necessário.

Ao Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas - UNICAMP, em especial a funcionária Andrea Ferreira Semolini responsável pela análise estatística dos dados.

Aos docentes, médicos, residentes, estagiários e enfermagem do GASTROCENTRO-UNICAMP, pela liberdade de trabalho e auxílio quando necessário, nas etapas desta pesquisa.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico do GASTROCENTRO-UNICAMP, sem os quais este estudo não seria possível.

| | PÁG. |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>xiii</i> |
| ABSTRACT | <i>xv</i> |
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 19 |
| 2.1. PÓLIPOS GÁSTRICOS..... | 20 |
| 2.2. PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS..... | 22 |
| 2.2.1. Aspecto Endoscópico..... | 22 |
| 2.3. PÓLIPOS ADENOMATOSOS..... | 26 |
| 2.3.1. Aspecto Endoscópico..... | 27 |
| 2.4. PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS..... | 28 |
| 2.4.1. Aspecto Endoscópico..... | 28 |
| 2.5. PÓLIPO INFLAMATÓRIO..... | 29 |
| 2.6. PÓLIPO HAMARTOMATOSO..... | 30 |
| 2.7. POLIPOSE GÁSTRICA..... | 30 |
| 2.8. SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS..... | 31 |
| 2.9. POLIPOSE JUVENIL..... | 31 |
| 2.10. SÍNDROME DE GARDNER..... | 32 |
| 2.11. SÍNDROME DE CRONKHITE-CANADA..... | 32 |
| 3. OBJETIVOS | 33 |
| 4. CASUÍSTICA E MÉTODOS | 35 |
| 4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1.1. Exames de Diagnóstico..... | 36 |
| 4.1.2. Endoscopia Digestiva..... | 36 |
| 4.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 37 |
| 4.3. ASSOCIAÇÕES ENTRE DADOS..... | 37 |
| 4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 37 |
| 5. RESULTADOS..... | 39 |
| 5.1. IDENTIFICAÇÃO..... | 40 |
| 5.2. FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PÓLIPOS GÁSTRICOS QUANTO À HISTOLOGIA..... | 41 |
| 5.3. LOCALIZAÇÃO GÁSTRICA DOS PÓLIPOS..... | 42 |
| 5.4. RESULTADOS DE ESTUDO HISTOPATOLÓGICO..... | 52 |
| 5.5. SINTOMAS CLÍNICOS E A PRESENÇA DE PÓLIPOS..... | 55 |
| 5.6. ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS ASSOCIADAS..... | 56 |
| 6. DISCUSSÃO..... | 58 |
| 6.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS..... | 59 |
| 6.2. ACHADOS ENDOSCÓPICOS..... | 60 |
| 6.3. ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS..... | 61 |
| 6.4. CONDUTA NOS PÓLIPOS..... | 63 |
| 7. CONCLUSÕES..... | 65 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 67 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| Pólipos hiperplásicos | PH |
| Pólipos adenomatosos | PA |
| Pólipos de glândulas fúndicas | PGF |
| Gls. | Glândulas |

LISTA DE TABELAS

| | <i>PÁG.</i> |
|---|-------------|
| Tabela 1: Identificação de pacientes..... | 40 |
| Tabela 2: Frequência do número de pacientes com pólipos de acordo com a idade..... | 40 |
| Tabela 3: Tipos histológicos e o número de pacientes com pólipos..... | 42 |
| Tabela 4: Localização dos pólipos conforme o tipo histológico..... | 42 |
| Tabela 5: Relação entre o aspecto macroscópico do pólipos conforme a classificação de Yamada e o seu tamanho, sem distinção do tipo histológico..... | 50 |
| Tabela 6: Relação entre o aspecto macroscópico do pólipos hiperplásico e o seu tamanho..... | 50 |
| Tabela 7: Relação entre o aspecto macroscópico do pólipos adenomatoso e o seu tamanho..... | 50 |
| Tabela 8: Relação entre o aspecto macroscópico do pólipos de glândulas fúndicas e o seu tamanho..... | 51 |
| Tabela 9: Motivo principal da endoscopia em 153 pacientes com pólipos gástricos..... | 55 |
| Tabela 10: Alterações endoscópicas associadas encontradas nos pacientes com pólipos gástricos..... | 57 |

LISTA DE FIGURAS

| | <i>PÁG.</i> |
|--|-------------|
| Figura 1: Pólipo hiperplásico..... | 43 |
| Figura 2: Pólipo hiperplásico..... | 43 |
| Figura 3: Pólipo hiperplásico..... | 44 |
| Figura 4: Adenoma tubular..... | 45 |
| Figura 5: Polipose gástrica com pólipos hiperplásicos..... | 46 |
| Figura 6: Pólipos de glândulas fúndicas..... | 47 |
| Figura 7: Adenoma com foco de adenocarcinoma..... | 48 |
| Figura 8: Adenoma viloso..... | 49 |
| Figura 9: Pólipo hiperplásico com adenocarcinoma focal..... | 53 |

LISTA DE QUADROS

| | <i>PÁG.</i> |
|---|-------------|
| Quadro 1: Classificação de Yamada..... | 22 |



RESUMO

Os pólipos gástricos não são lesões frequentes, mas têm importância clínica uma vez que determinados tipos estão relacionados com o desenvolvimento de câncer. A moderna endoscopia digestiva favoreceu muito o estudo destas lesões, e assim, vinte e seis mil esofagogastroduodenoscopias realizadas no GASTROCENTRO-UNICAMP, em um período de 5 anos, foram analisadas, sendo que 153 pacientes tiveram pólipos gástricos. Neste estudo, os pólipos hiperplásicos foram os mais frequentes e responderam por 71,3% do total de pólipos; os pólipos de glândulas fúndicas responderam por 16,3%, e os adenomatosos por 12,3%. Os pólipos hiperplásicos e adenomatosos, na sua maioria, eram únicos, enquanto os de glândulas fúndicas eram múltiplos em sua maioria. Em casos de polipose apenas um tipo histológico de pólipos estava presente.

Neste estudo, o carcinoma esteve presente em um único pólipos hiperplásico (0,9%) e em 2 pólipos adenomatosos (10,5%). Displasia epitelial esteve presente em 21% dos pólipos adenomatosos. Os achados endoscópicos, bem como os dados clínicos, não foram capazes de distinguir os tipos de pólipos antes do exame histopatológico.



ABSTRACT

Among twenty-six thousands digestive endoscopies, we diagnosed gastric polyps in 153 patients. The aim of this study is a retrospective review gastric polyps, in this series, derived from gastric mucosal epithelium to analyze their histological classification, location, size, Yamada's classification, histological findings and treatment.

The patients included had one or multiple gastric polyps, as confirmed by a histological examination. The polyps were classified as hiperplastic (HP), adenomatous (AP) and fundic gland polyps (FGP), based on the World Health Organization classification.

Hiperplastic polyps were the most frequent and accounted for 71,3% of the total, whereas FGP accounted for 16,3% of the cases and AP for 12,4%. Hiperplastic polyps and AP were primarily single, whereas FGP tended to be multiple. A carcinoma was detected in one HP (0,9%) and two AP (10,5%). Dysplatic foci were found in four AP (21%).

We conclude that the gastric polyps are not frequent lesions and the most patients are asymptomatic. The development of a carcinoma within a HP is rare while the chances in an AP is great. The HP and AP were primarily single, whereas FGP tended to be multiple. The endoscopic findings and clinical data alone were insufficient to distinguish the type of polyp before histological examination.



1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os pólipos gástricos passaram a ser diagnosticados mais freqüentemente com o advento da moderna endoscopia digestiva, além de seu estudo começar a ser mais facilitado e aprofundado, utilizando-se os fragmentos de biópsias ou o material obtido com a polipectomia.

O diagnóstico era feito por meio de exames radiológicos contrastados, antes do surgimento da endoscopia digestiva, bem como a sua exérese era feita utilizando-se o tratamento cirúrgico. Os tumores gástricos benignos, nos quais os pólipos estão incluídos e são os mais comuns, tinham uma freqüência em torno de 0,6% nos estudos de necropsias (Thompson HL e col., 1960). Anteriormente a esse estudo, Stout AP em 1953, dava como sua freqüência em necrópsias, na ordem de 16,6%.

Na literatura, existe uma grande variação em relação à nomenclatura utilizada para descrever os tumores gástricos benignos, gerando assim uma considerável controvérsia. Entretanto, com a classificação histológica dos tumores gástricos, incluindo os pólipos, feita em 1977 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tornou-se mais fácil a sua compreensão (Oota K & Sobin LH, 1977 – OMS).

Estes podem ser classificados em pólipos de origem epitelial e pólipos de origem não epitelial. Os de origem epitelial incluem os pólipos hiperplásicos, adenomatosos e os 2 pólipos de glândulas fúndicas. Os de origem não-epitelial são o hamartoma, leiomioma, lipoma, angioma, neurilemoma ou schwannoma, neurofibroma, tumor de células granulares, teratoma e tecidos heterotópicos (Silverstein FE & Tytgat GNJ, 1997).



***2. REVISÃO DA
LITERATURA***

2.1. PÓLIPOS GÁSTRICOS

A definição de pólipos inclui qualquer lesão elevada, circunscrita, pedunculada ou não, da mucosa, sem especificação da estrutura. Porém, no consenso da maioria dos autores, este termo deve ser aplicado aos tumores benignos (Carvalho DG,1993; Maratka Z,1995).

Nos dias atuais, com o desenvolvimento e melhoria crescente dos aparelhos de endoscopia (inclusive com a utilização da videoendoscopia eletrônica) o termo pólipos tende a ser restrito aos tumores de origem epitelial, originados ou localizados na mucosa; além disso, que tenham a aparência macroscópica de um pólipos, sendo que durante o exame endoscópico, os pólipos gástricos mais comuns podem ser, presumivelmente, diagnosticados com uma predição do seu resultado histopatológico com alta chance de acerto (M. Stolte e col., 1994).

Alguns autores, como Silverstein e Tytgat, dividem os pólipos em neoplásicos e não-neoplásicos, sendo que estes últimos totalizam 80 a 90% dos pólipos gástricos. Os pólipos neoplásicos seriam o adenoma, o carcinoma e algumas lesões incomuns, como os carcinóides. Os pólipos não-neoplásicos estariam divididos ainda em tipos epitelial e não epitelial. Tanto a etiologia quanto a sua patogenia são desconhecidas. Comportam-se como neofomações autônomas que crescem lentamente, permanecem limitadas ao local de origem, não infiltram ou destroem os tecidos vizinhos e não dão metástases (Carvalho DG,1993). As necrópsias de rotina e as admissões hospitalares referem sua ocorrência entre 0,3 e 0,6% (Thompson HL e col., 1960).

Entretanto, Stout AP afirmou em 1953 que quando a análise das necropsias é feita minuciosamente, sua frequência aumenta para 16,6%. Mas há de se considerar que na ocasião desse estudo, havia muita controvérsia sobre o que realmente se tratava de um pólipos gástrico.

Na maioria das vezes, são pequenas lesões e não apresentam sintomas. Geralmente, representam um achado casual, ocorrendo em torno de 2% dos exames endoscópicos (Ming SC,1977).

O diagnóstico clínico somente é feito nos tumores benignos maiores, que chegam a dar sintomas, calculando-se que estes estejam em torno de 5 % de todos os casos (McNeer G, Pack GT, 1978).

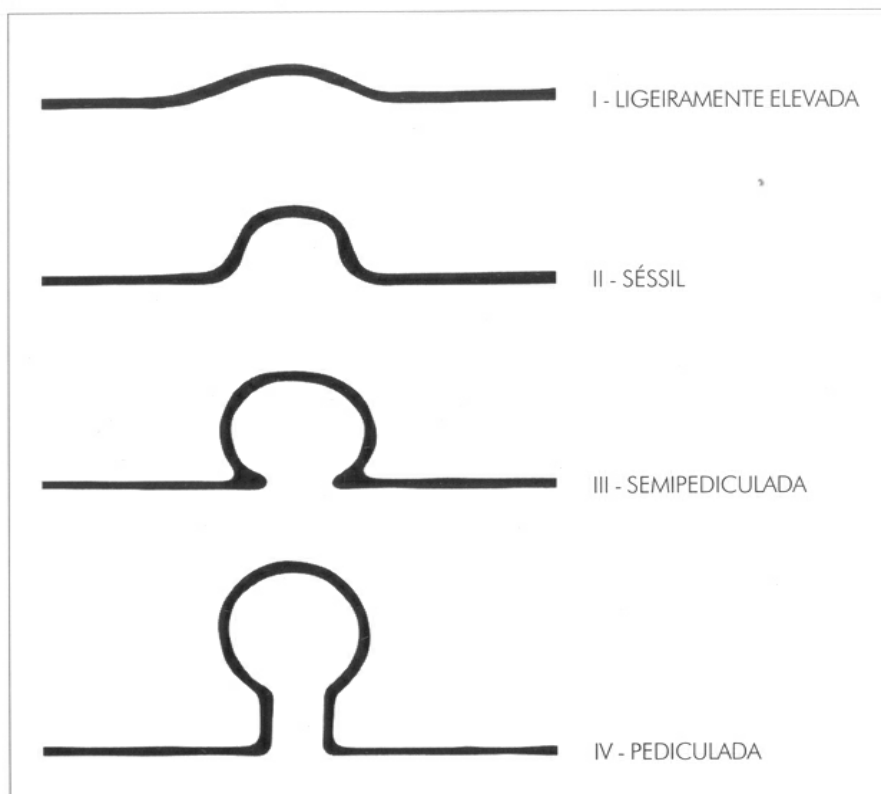
Assim, as manifestações clínicas dos pólipos gástricos são escassas, dependendo do seu tamanho e topografia. Em alguns pacientes, podem determinar queixas epigástricas vagas, como plenitude. A erosão ou ulceração na sua superfície poderá determinar sangue oculto nas fezes e, às vezes, anemia. Dependendo do tamanho da lesão, poderá ocorrer hemorragia franca, e, se um grande pólipó estiver na região próxima ao piloro, a sua invaginação através deste, poderá ocasionar os mesmos sintomas de estenose pilórica.

A esofagogastroduodenoscopia é, sem dúvida, o melhor método para diagnosticar essas lesões, sendo que além de permitir a obtenção de amostras por meio de biópsias, para estudo histopatológico, poderá fazer o seu tratamento definitivo com a polipectomia.

Além da endoscopia e radiologia contrastada, os pólipos podem ser diagnosticados através da ultra-sonografia, da tomografia computadorizada axial e da ressonância magnética. A acurácia destes dois últimos, situa-se em 50 a 60% no diagnóstico da profundidade da lesão. Por outro lado, a ultra-sonografia endoscópica tem uma acurácia de 85 a 90% em relação à profundidade da lesão, e em 70 a 80% para se estudar os linfonodos (Jensen DM, 1999). Assim sendo, este é o melhor método para se estudar a sua profundidade, permitindo o estudo das camadas da parede gástrica, podendo também indicar se ocorreu degeneração maligna e ainda orientar biópsias ou punções aspirativas.

Em 1966, Yamada propôs uma classificação para as lesões elevadas gástricas de acordo com o aspecto lateral da lesão, em 4 tipos: ligeiramente elevada, séssil, semipediculada e pediculada.

QUADRO 1: – Classificação de Yamada



2.2. PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS

Os pólipos hiperplásicos são os mais comuns do estômago, respondendo por 70 a 90% dos pólipos gástricos epiteliais. Em 50% dos casos são únicos, podendo acometer qualquer região do estômago (Ming SC & Goldman H, 1965; Seifer E & Elster K, 1975; Ming SC, 1977).

Na literatura, e também na classificação da OMS referentes a tumores gástricos, a hiperplasia foveolar é considerada como precursora do pólipo hiperplásico (Muto & Oota, 1970; Watanabe e col., 1990). Entretanto, há uma certa inconsistência na literatura para esta afirmação, segundo M. Stolte e col., (1992). Segundo a análise desses autores, não há como afirmar que o desenvolvimento direto do pólipo hiperplásico é a partir da hiperplasia foveolar. Enfatizam que a hiperplasia foveolar seria decorrente de uma regeneração da mucosa como resposta a uma agressão. Esses autores também chamam a atenção ao estudo feito por Muto & Oota em 1970, a partir de material de biópsias obtido de pólipos

hiperplásicos e de hiperplasias foveolares, onde afirmam que estas duas lesões podem ser prontamente distinguidas baseadas nos critérios de arquitetura e citologia. M. Stolte (1995) afirma que os pólipos hiperplásicos e a hiperplasia foveolar focal, podem ser prontamente distinguidas em material de biópsias, uma vez que o epitélio do pólipo hiperplásico é significativamente mais profundo que aquele visto na hiperplasia foveolar.

Assim, existem divergências em trabalhos na literatura, em relação à incidência de hiperplasia foveolar (Koch e col., 1979; Snover DL, 1985), e também a do pólipo hiperplásico, sendo que este último estaria entre 50 e 90% (Bosseckert & Raabe, 1983; Daibo e col., 1988).

Alguns autores classificam hiperplasia foveolar separadamente e outros incluem juntamente com os pólipos hiperplásicos, e há ainda autores que a excluem de uma classificação como pólipo (Stolte e col., 1994). Estes últimos chamam a atenção para uma discussão em relação a este tema, com análise científica criteriosa, com a finalidade de dissipar estas divergências, contribuindo assim para estudos mais consistentes no futuro.

Os achados histopatológicos dos pólipos hiperplásicos correspondem a hiperplasia do epitélio foveolar ou deste epitélio e glândula pilórica, sem atipia celular ou estrutural, exceto quando há carcinoma focal e focos de displasia (Daibo e col., 1987).

A transformação maligna dos pólipos gástricos é objetivo de estudo em muitos centros avançados de pesquisa, e continua sendo matéria de grande discussão. No Japão, Kuru (1952) documentou que 16,8% dos carcinomas gástricos desenvolveram-se em pólipos gástricos, e Murakami e col. (1956), relataram a média de 65% de transformação maligna dos pólipos gástricos.

Até essa época, recomendava-se que os pólipos gástricos fossem ressecados cirurgicamente, por serem considerados como lesões pré-cancerosas (Hay LJ, 1956; Murakami e col., 1970). Mais tarde, baseando-se em estudos de material oriundo de ressecção ou necrópsias, os pólipos gástricos foram divididos em tipos histológicos, e sua transformação maligna passou a ser discutida em relação a cada tipo histológico do pólipo (Nagayo T, 1975; Watanabe e col., 1980; Nakamura & Nakano, 1983); e a diferenciação entre o tipo de pólipo e o câncer gástrico foi enfatizada por Cristallini e col. (1992). Nakamura (1968) e Nagayo e col. (1975) propuseram critérios histopatológicos para

a transformação maligna de pólipos benignos, e esses critérios têm sido adotados no Japão. Nakamura sugere que três aspectos são necessários para se diagnosticar a transformação maligna de um pólipos: 1)- coexistência de partes benigna e maligna em um mesmo pólipos, 2)- existência de evidência suficiente de que a área benigna tenha sido um pólipos benigno, e 3) existência de atipia celular e estrutural em área maligna suficiente para se concluir pelo diagnóstico de câncer.

O desenvolvimento de carcinoma no pólipos hiperplásico é raro, e por isso não é considerado como lesão pré-cancerosa. Na literatura, de uma maneira geral, a incidência de carcinoma no pólipos hiperplásico é menor que 1% (Nakamura & Nakano, 1992), e, ocasionalmente, referida como maior que 1% (Hattori T, 1985).

Em 1987, M. Daibo e col. analisaram 477 pólipos hiperplásicos obtidos por polipectomia, e encontraram carcinoma focal em 10 pólipos, correspondendo a 2,1% do total. A localização do câncer estava na cabeça do pólipos ou na sua superfície, e era intramucoso. Todos ocorreram em pólipos Yamada IV, sendo que 8 deles eram maiores que 2 cm, e apenas 2 eram entre 1 e 2 cm de tamanho. Em relação a focos de displasia, foram encontrados em 19 pólipos, o que corresponde a 4% do total. Sendo que em área restrita da sua camada superficial, existiam componentes celulares de adenoma com atipia, embora a sua maior parte consistisse de componentes hiperplásicos sem atipia. Considerando macroscopicamente o tipo e tamanho, os pólipos hiperplásicos com focos de displasia foram comparativamente pequenos, e alguns deles eram sésseis ou semipediculados. A taxa de ocorrência de câncer focal em pólipos hiperplásicos acima de 2 cm foi significativamente maior do que nos pólipos abaixo de 2 cm de diâmetro ($p < 0.01$). Em outras palavras, a transformação maligna dos pólipos hiperplásicos foi considerada estar relacionada com o tamanho e tipo macroscópico do pólipos. Portanto isso sugere que nos pólipos que crescem mais e se tornam semipediculados ou pediculados, o foco de displasia aparece primeiro, seguido da lesão cancerosa.

Kamiya e col. (1981) relataram casos de seguimento de pólipos hiperplásicos de três anos após a primeira biópsia, em que dois casos apresentavam achados histopatológicos de adenoma, e que 5 e 7 anos respectivamente, após a primeira biópsia, o adenocarcinoma foi encontrado. A análise desse material, sugeriu que o pólipos hiperplásico

pode se malignizar, embora esses casos sejam em pequeno número. Entretanto, é muito difícil explicar o processo de transformação maligna do pólipó hiperplásico, e existe pouca investigação em relação à sua histogênese (Ming SC, 1984).

Em relação à detecção precoce do câncer gástrico associado aos pólipos gástricos, Cristallini e col. (1992) analisaram 74 pacientes com pólipó hiperplásico e outros 24 com pólipó adenomatoso, com acompanhamento endoscópico durante 5 anos. A associação entre câncer gástrico foi de 12,5%, sendo 13,5% daqueles com pólipó hiperplásico, e em 83,3% naqueles com adenoma.

Na literatura, há um consenso em se afirmar que os portadores de pólipos hiperplásicos (particularmente nos casos onde também exista gastrite atrófica) têm um risco um pouco maior que na população geral, de ocorrer o aparecimento de carcinoma em outras regiões gástricas (Davis GR, 1993; Boland & Scheiman, 1995).

2.2.1. Aspecto endoscópico

Os pólipos hiperplásicos podem ocorrer em qualquer região do estômago, ocorrendo como lesão única em metade dos casos, geralmente sésseis, sendo que 90% destes têm menos que 1,5 cm de diâmetro (Brandalise e col., 1996). Na revisão de M. Daibo (1987), de 477 pólipos hiperplásicos, 52 eram Yamada I e II (10,9%) todos menores que 2 cm, sendo a maioria menor que 1 cm; 139 eram Yamada III (29,1%) com apenas nove maiores que 2 cm; 286 eram Yamada IV (59,9%), sendo que em 52 menores que 1cm, em 146 entre 1 e 2 cm, e em 88 maiores que 2 cm.

A mucosa que recobre um pequeno pólipó pode parecer normal, ou seja, superfície lisa com coloração semelhante à da mucosa normal. Com pólipos maiores, a mucosa subjacente costuma ser friável, e pode haver uma pequena erosão ou ulceração na ponta do pólipó. Os 10 a 20% de pólipos acima de 2 cm podem ser confundidos com lesões adenomatosas ou carcinomatosas (Tytgat & Silverstein, 1997).

Os pólipos menores podem assemelhar-se histologicamente à gastrite endoscópica erosiva elevada, devido à hiperplasia foveolar. Na gastrite erosiva elevada, a lesão induz uma erosão, com hiperplasia da mucosa circundante, enquanto que, com um

pólipo hiperplásico há hiperplasia sem erosão na maioria dos casos (Tytgat & Silverstein, 1997).

Na análise feita por M. Stolte e col. (1994), é enfatizado que os pólipos gástricos mais comuns podem ser já diferenciados durante o exame endoscópico, com uma predição de seu resultado histopatológico com alta probabilidade de acerto. Por outro lado, Rattan e col.(1993), não identificaram critérios clínicos ou endoscópicos para se distinguir entre pólipo inflamatório, hiperplásico ou adenomatoso, em 188 pólipos examinados durante um período de 8 anos.

2.3. PÓLIPOS ADENOMATOSOS

Os adenomas são lesões polipóides infreqüentes, respondendo por 5 a 10% dos pólipos gástricos (Robbins SL, 1995; Tytgat & Silverstein, 1997). São considerados como neoplasia autêntica, constituída por ramificações tubulares, envoltas pela lâmina própria, ou por processos papilares em forma de dedo, com raízes, que se originam na lâmina própria. A primeira das duas formas é denominada adenoma tubular e a segunda, adenoma viloso. Quando coexistem na mesma lesão os elementos dos dois tipos, denomina-se adenoma tubulo-viloso (Nelson & Lanza, 1995).

O adenoma contém epitélio proliferativo displásico, e por isto tem potencial de se malignizar (Robbins SL,1995). Os adenomas vilosos e os mistos (tubulovilosos) têm maior chance de malignização, sendo as mitoses mais freqüentes nos vilosos (Nelson & Lanza, 1995).

São pólipos geralmente maiores que os hiperplásicos , quando detectados pela primeira vez, tendo mais de 1 cm de diâmetro em 2/3 dos pacientes, sendo que o seu tamanho, em média, está entre 3 e 4 cm (Tytgat & Silverstein, 1997). Até 40% contêm um foco de carcinoma, especialmente as lesões vilosas acima de 2 cm (Tytgat & Silverstein, 1997). Portanto, podem sofrer malignização com o tempo, e o risco de câncer no tecido gástrico adjacente pode ser de até 30 % .

As chances de um carcinoma se desenvolver em um adenoma dependem do tipo histológico do adenoma, do seu tamanho e da aparência da sua superfície. Os raros adenomas vilosos e tubulovilosos, freqüentemente contêm carcinoma, quando da ocasião do diagnóstico (Stolte M., 1995). A incidência de degeneração maligna relatada na literatura, entretanto, varia consideravelmente indo de 4% até 60% (Koch & Viebahn, 1979; Seifert e col., 1983; Hattori T., 1985; Nakamura & Nakano, 1992). A incidência de carcinoma em 684 pólipos adenomatosos, no material de estudo de M. Stolte (1995), foi de 10%. Sendo que entre os adenomas, 600 eram tubulares, 77 túbulo-vilosos e 7 vilosos. Ainda em relação a este estudo, em 11% dos pacientes que tinham adenoma foi encontrado carcinoma sincrônico ou metacrônico.

A incidência de carcinoma aumenta na proporção do aumento do diâmetro do adenoma. A aparência da sua superfície também pode ser considerada um fator de risco. Um carcinoma pode ser encontrado em torno de 15% dos adenomas que tenham depressão.

A coloração avermelhada e a superfície com erosão também são sinais sugestivos de malignidade (Solte M., 1995). Pólipos maiores que 2 cm de diâmetro têm um índice de degeneração maligna elevado (Monaco et al., 1962).

2.3.1. Aspecto endoscópico

Os pólipos adenomatosos podem ter coloração avermelhada e superfície multilobulada. A sua superfície pode ser lisa ou ter erosões superficiais (Tytgat & Silverstein, 1997). Geralmente são sésseis, mas também podem ter pedículo, sendo mais freqüentes no antro, e são únicos em 60% dos casos (Tytgat & Silverstein, 1997). O adenoma tubular melhor diferenciado tem um aspecto liso e arredondado, enquanto que os túbulos-vilosos e os vilosos, freqüentemente, são lobulados, podendo ter uma superfície irregular com depressões e, às vezes, ulcerações superficiais (Nelson & Lanza, 1995). Existe também o adenoma tubular plano, que pode se apresentar como lesão ligeiramente elevada, tendo aspecto endoscópico semelhante ao câncer gástrico precoce tipo IIa (classificação de câncer precoce estabelecida em reunião da Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica, em 1962 – Tasaka S.).

Quando o material obtido de biópsias de um pólipó revelar adenoma, e se esse material exibir displasia de baixo grau, não poderá ser excluída a presença de alto grau de displasia ou foco de carcinoma em alguma outra parte do pólipó. Assim, quando do diagnóstico de adenoma através de biópsias, é indicação absoluta a realização de uma polipectomia com retirada total da lesão (Solte M., 1995). Além disso, devido ao risco de desenvolvimento de neoplasia maligna sincrônica ou metacrônica, os pacientes com adenoma devem ser seguidos regularmente através da realização de endoscopias digestivas periódicas (Solte M., 1995).

2.4. PÓLIPOS DE GLÂNDULAS FÚNDICAS

Constituem o segundo tipo mais comum entre os pólipos epiteliais do estômago, com incidência de 17 a 20% (Deppisch & Randall, 1992). É um achado comum entre os pacientes com polipose familiar, ocorrendo em 28 a 55% dos casos, não sendo, porém, específico dessa doença. Não são consideradas lesões pré-neoplásicas, não existindo associação com adenocarcinoma ou gastrite atrófica (Randall GM, 1992; Valle e col., 1994).

Estes pólipos foram reconhecidos em 1977 por Elster, e que no material de M. Stolte (1995) foram os mais freqüentes tendo sido encontrados em 2281 pacientes (47%), de um total de 4852 portadores de pólipos. Estes pólipos não desenvolvem úlceras, carcinomas ou linfoma MALT, sendo comum a sua apresentação como múltiplos pólipos.

2.4.1. Aspecto endoscópico

Quase sempre são múltiplos, agrupados e menores que um centímetro, com formas variando de sésseis a semipediculados. São encontrados predominantemente no fundo e corpo gástrico, apresentando a mesma coloração da mucosa que os circunda (M. Stolte, 1995). São saliências com glândulas fúndicas gástricas dilatadas e células foveolares (Tytgat & Silverstein, 1997).

2.5. PÓLIPO INFLAMATÓRIO

Os pólipos inflamatórios podem ser decorrentes de várias inflamações da mucosa gástrica, sendo que a maioria dos autores aceita como sendo um processo reativo, que desencadeia um estímulo inflamatório levando ao seu aparecimento (Solte & Finkenzeller, 1990). Incluem ainda tecido de granulação sem elementos glandulares ou tecido fibroso com infiltrado inflamatório importante, chamado de pólipo inflamatório fibróide (Santos e col., 2000).

O pólipo inflamatório fibróide é um tipo incomum de pólipo, sendo que a maioria dos relatos na literatura ficam por conta de relato de casos. Estudo publicado por Stolte & Finkenzeller, em 1990, onde foram analisados 143 pacientes com pólipo fibróide, mostrou-se que estes são, na maioria, pequenos, com apenas 23 pacientes tendo este tipo de pólipo com diâmetro entre 1 e 2 cm, e apenas 2 pacientes tinham pólipos maiores que 2 cm. Na maioria das vezes, o diagnóstico foi feito com polipectomia (82,3%), e o restante com fragmentos de biópsias (10,5%) e cirurgia. A etiopatogenia deste tipo de pólipo é desconhecida, mas na literatura há um consenso em admitir que sejam originados de processo reativo (alérgico ou reação de corpo estranho), havendo a possibilidade de ser decorrente de um estado reacional a uma parasitose.

O aspecto endoscópico é, em sua maioria, de lesões solitárias, pequenas, sésseis ou ligeiramente elevadas, localizadas preferencialmente no antro, podendo ter erosão superficial em 25% dos casos, e, raramente, ulceração. Embora o diagnóstico possa ser feito com os fragmentos de biópsias, na maioria das vezes a polipectomia é aconselhável, uma vez que as estruturas características para o seu diagnóstico estão localizadas na submucosa e base da mucosa (Elster K, 1976).

A análise histopatológica revela uma mistura de pontos hiperplásicos, com colágeno feixes musculares, e extenso tecido inflamatório com edema e infiltração eosinofílica (Robbins SL, 1995).

2.6. PÓLIPO HAMARTOMATOSO

O termo hamartoma designa um crescimento excessivo e localizado de células maduras e normais, idênticas aos tipos que constituem o órgão onde são encontrados (Robbins SL, 1995), sendo considerados como de origem mesenquimal (Silverstein & Tytgat, 1997).

Raramente ocorrem no estômago, e podem ser encontrados em 25 a 50% dos pacientes portadores da Síndrome de Peutz-Jeghers (Utsunomiya e col., 1975). Dificilmente podem ser distinguidos endoscopicamente de outros tipos de pólipos gástricos, e a mucosa que os recobre pode ser normal ou exibir erosão superficial (Silverstein & Tytgat, 1997). O risco de malignização é considerado baixo (Nelson & Lanza, 1991).

2.7. POLIPOSE GÁSTRICA

O termo polipose é usado quando grande parte da mucosa gástrica é recoberta por pólipos (Salmeda H., 1968). Esta entidade é pouco frequente podendo apresentar variados tipos de pólipos, e estar associada a diversas síndromes raras com polipose do trato gastrointestinal. A taxa de frequência de malignização da polipose difusa do tipo adenomatoso chega a 20% (Nelson & Lanza, 1991), sendo menor na polipose hiperplásica.

É muito mais comum encontrar uma síndrome com pólipos múltiplos, de 3 a 5 pólipos, do que a polipose propriamente dita, onde grande parte do estômago é recoberta por pólipos. A polipose pode ser constituída por um tipo histológico de pólipos, mas, algumas vezes, podem coexistir dois tipos diferentes.

Em um estudo feito por Sawada & Muto em 1995, 35 pacientes assintomáticos portadores de polipose adenomatosa familiar (que é uma polipose herdada com traço dominante autossômico) foram submetidos à endoscopia digestiva para se avaliar a prevalência de pólipos gástricos e duodenais. Em 25 destes (71%), foram encontrados pólipos no trato digestivo alto, sendo que 7 pacientes tinham pólipos de glândulas fúndicas, e 18 tinham adenomas. Nestes 18 pacientes, foram encontrados 9 adenomas gástricos e 14 duodenais.

Considerando-se apenas os pacientes com pólipos gástricos, 25,7% destes tinham adenomas e 28,6 % tinham pólipos de glândulas fúndicas. Considerando-se o número total de pacientes avaliados, 45,7% não tinham pólipos gástricos. Em relação à presença de carcinoma, este não foi encontrado em nenhum pólio gástrico, mas, 5 pacientes tinham carcinoma focal em pólipos duodenais, sugerindo que a seqüência adenoma-carcinoma ocorre no duodeno, como no cólon e reto.

A polipose pode estar associada à síndromes raras do trato gastrointestinal.

2.8. SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

A síndrome de Peutz-Jeghers é uma enfermidade que se caracteriza pela presença de pólipos generalizados no trato gastrointestinal, sendo mais freqüentes no intestino delgado, com lesões variáveis no cólon e estômago (Dodds e col., 1972; Robbins SL , 1995), associados com depósitos característicos de melanina na pele, ao redor dos lábios e nas mucosas da boca.

Como na polipose juvenil, são pólipos hamartomatosos e se compõem, principalmente, de epitélio normal adjacente ao grosso estroma ramificado, constituído basicamente por tecido muscular liso com origem na mucosa muscular (Nelson & Lanza, 1991). Embora o potencial maligno dessas lesões seja baixo (Dodds WJ, 1972), há relatos de malignização tanto no estômago como no duodeno (Bussey HJR, 1970).

2.9. POLIPOSE JUVENIL

Esta síndrome afeta, inicialmente, o intestino grosso, que é a forma mais comum de ocorrência desta afecção. Sem dúvida, encontram-se lesões tanto no intestino delgado como no estômago, coincidindo freqüentemente com pólipos no cólon. Comprovou-se a existência de pólipos juvenis isolados no estômago, apesar de serem raros (Veale e col., 1966; Bussey HJR, 1970).

Os pólipos são pequenos, sésseis, e se compõem essencialmente de epitélio normal, com notável dilatação cística das glândulas e ampla separação dos túbulos, mediante o tecido conjuntivo que nasce da lâmina própria. São hamartomatosos, mais que neoplásicos (Robbins SL, 1995).

O diagnóstico quase sempre necessita de informações da história clínica, de que o paciente tenha muitos pólipos ou lesões similares no cólon (Robbins SL, 1995). A presença de focos de displasia nos pólipos juvenis gástricos, poderia ser um presságio para o desenvolvimento de carcinoma, similar com o que ocorre no cólon.

2.10. SÍNDROME DE GARDNER

Na síndrome de Gardner, também foi observada a associação de pólipos gástricos hamartomatosos (Parks e col.,1970). Refere-se à associação de polipose com neoplasias ocorridas em outro ponto qualquer, mas com associação mais freqüente com neoplasias extra-cólicas que ocorrem na pele, tecido celular subcutâneo e no osso.

Mesmo que na síndrome de Gardner sejam comuns os processos malignos no cólon, comprovando-se também, em alguns casos, a existência de carcinoma ampular, não se constataram processos malignos do estômago em pacientes com essa enfermidade (Bussey HJR, 1970). Observaram-se também, hamartomas únicos e múltiplos, em qualquer área do trato gastrointestinal (Tatsuda e col., 1980). Histologicamente, as lesões são similares às verificadas na síndrome de Peutz-Jeghers.

2.11. SÍNDROME DE CRONKHITE-CANADA

A polipose gastrointestinal difusa caracteriza esta síndrome, além de alopecia, pigmentação e onicotrofia. Os pólipos gástricos encontrados são pequenos e constituídos por pólipos inflamatórios com retenção cística (Cronkite & Canada, 1955).



3. OBJETIVOS

Descrever as características dos pólipos gástricos, sua localização, seu diâmetro, alterações morfológicas e histológicas, bem como analisar a associação entre as variáveis: - sexo, idade, número de pólipos e classificação de Yamada, encontrados em um grupo de pacientes que foram submetidos ao exame de endoscopia digestiva alta.



4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados dados de diagnósticos de pólipos gástricos em 26.000 endoscopias digestivas realizadas no GASTROCENTRO-UNICAMP, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998.

4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos nesse estudo todos os pacientes de ambos os sexos e de idade adulta que tinham diagnóstico endoscópico de pólipos gástricos único ou múltiplos, confirmados pelo estudo histopatológico, levando-se em consideração que o termo pólipos deve ser usado apenas para as lesões gástricas elevadas benignas de origem epitelial.

4.1.1. Exames de diagnóstico

O exame utilizado para o diagnóstico dos pólipos gástricos foi a endoscopia digestiva alta, com conseqüente análise histopatológica do material obtido em cada exame, seja por fragmentos de biópsias ou polipectomia.

4.1.2. Endoscopia digestiva

Foram analisadas as esofagogastroduodenoscopias, considerando-se:

- a)-localização de cada pólipos
- b)-seu diâmetro
- c)-o aspecto da mucosa que o recobria
- d)-a análise de seu aspecto lateral de implantação (classificação de Yamada), se único ou múltiplo
- e)-a presença de lesões gástricas associadas.

4.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi efetuado um estudo retrospectivo de endoscopias digestivas com diagnóstico de pólipos gástricos em 26.000 exames realizados no GASTROCENTRO-UNICAMP. Para tal, foi utilizado o banco de dados dos exames endoscópicos realizados em um período de 5 anos, com diagnóstico de lesão elevada gástrica, lesão polipóide gástrica, polipose gástrica e pólipos gástricos. A partir daí, foi analisada a descrição do exame endoscópico, bem como a descrição da análise histopatológica. Assim, confirmando-se o diagnóstico de pólipos gástricos, através da histopatologia, foi revisado também o prontuário de cada paciente.

4.3. ASSOCIAÇÕES ENTRE DADOS

Foram avaliadas associações entre os seguintes dados:

- a) sexo e a frequência de pólipos
- b) idade e a frequência de pólipos
- c) tipo histopatológico e a localização dos pólipos
- d) tipo histopatológico e o número de pólipos
- e) tipo histopatológico e a presença de carcinoma
- f) frequência e tamanho do pólipo

4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos resultados, foram utilizadas tabelas de frequências e percentuais para as variáveis categóricas (sexo, localização, número de pólipos, tamanho dos pólipos e classificação de Yamada) e estatísticas descritivas para a variação contínua (idade).

Para verificar a associação (diferença) entre as variáveis mencionadas acima, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Quando os valores esperados foram menores que 5, utilizou-se o teste exato de Fisher, sendo considerada significativa a associação (diferença) quando o p-valor < 0.05 .

Esta análise foi realizada pelo Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.



5. RESULTADOS

Entre as 26000 endoscopias realizadas no GASTROCENTRO-UNICAMP, os pólipos gástricos foram diagnosticados em 153 pacientes, correspondendo a 0,6% dos exames realizados. Os resultados obtidos nesta série, estão resumidos nas tabelas a seguir.

5.1. IDENTIFICAÇÃO

Dos 153 pacientes com pólipos gástricos estudados nesta série, 90 (58,4%) eram do sexo masculino, com idade variando de 20 a 88 anos, com média de idade de 54 anos, e 63 (41,6%) do sexo feminino, com idade variando de 22 a 82 anos, e média de 52 anos. Em relação ao grupo racial, 88,3% eram caucasóides e 11,7% negróides (tabela 1).

Tabela 1. Identificação de pacientes com pólipos gástricos

| Sexo | Grupo racial | | |
|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Caucasóide | Negróide | Total |
| Masculino | 79 | 11 | 90 (58,4%) |
| Feminino | 56 | 7 | 63 (41,6%) |
| Total | 135 (88,3%) | 18(11,7%) | 153 (100%) |

A média de idade dos pacientes, incluindo o sexo masculino e feminino, foi de 54 (54 +_ 14.1 anos), variando de 20 a 88 anos.

Tabela 2. Frequência do número de pacientes com pólipos de acordo com a idade

| Tipo de pólipos | Idade (anos) | | | |
|-----------------|--------------|------------|------------|---------------|
| | 20 a 29 | 30 a 49 | 50 a 59 | Superior a 60 |
| Hiperplásicos | 6 (5,5%) | 17 (15,5%) | 26 (23,8%) | 60 (55,2%) |
| Adenomatosos | 2 (10,5%) | 1 (5,2%) | 1 (5,2%) | 15 (79,1%) |
| Gls. fúndicas | | 4 (16%) | 6 (24%) | 15 (60%) |

Teste exato de Fisher: 0.164

Em relação à idade e à frequência de pacientes com pólipos gástricos nesta série estudada, os pólipos hiperplásicos tiveram uma frequência significativamente maior nos pacientes com idade superior a 50 anos. Foram encontrados 86 pacientes (79%) com este tipo de pólipo nesta faixa etária. Pacientes entre 30 e 49 anos responderam por 17 pólipos (15,5%), enquanto 7 pacientes com idade entre 20 e 29 anos tiveram 6 pólipos (5,5%).

Os pólipos adenomatosos também tiveram sua grande frequência nos pacientes acima de 50 anos de idade, com 16 (84,1%) portadores destes pólipos. Apenas 1 paciente (5,2%), entre 30 e 49 anos tinha este tipo de pólipo, e 2 pacientes (10,7%) entre 20 e 29 anos tiveram pólipos adenomatosos.

Os pólipos de glândulas fúndicas estiveram presentes em 21 pacientes (84%) com idade superior a 50 anos. Os demais 4 pacientes (16%), portadores destes pólipos, estavam na faixa etária de 30 a 49 anos.

A degeneração maligna encontrada nos pólipos, de uma maneira geral, ocorreu em pacientes acima dos 50 anos de idade.

5.2. FREQUÊNCIA DE PACIENTES COM PÓLIPOS GÁSTRICOS QUANTO À HISTOPATOLOGIA

Na análise dos exames com diagnósticos de pólipos gástricos, a frequência de pacientes com pólipos hiperplásicos foi de 109 (71,3%), de 25 pacientes com pólipos de glândulas fúndicas (16,3%), de 19 pacientes com pólipos adenomatosos (12,4%).

Tabela 3. Tipos histológicos X número de pacientes com pólipos

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Pólipos hiperplásicos | 109 (71,3%) |
| Pólipos de glândulas fúndicas | 25 (16,3%) |
| Pólipos adenomatosos | 19 (12,4%) |

5.3. LOCALIZAÇÃO GÁSTRICA DOS PÓLIPOS

A localização dos pólipos foi descrita de acordo com os achados endoscópicos, dividindo-se o estômago em três regiões: antro, corpo e fundo, utilizando-se também as descrições de pequena curvatura, grande curvatura e paredes anterior e posterior.

Tabela 4. Localização dos pólipos conforme o tipo histológico X Número de pacientes

| Tipo histológico | Antro | Corpo | Fundo | Boca anastomótica |
|--------------------|------------|------------|------------|-------------------|
| Hiperplásicos | 47 (43,1%) | 39 (35,7%) | 13 (11,9%) | 10 (9,3%) |
| Glândulas fúndicas | | 11 (44,0%) | 14 (56,0%) | |
| Adenomatosos | 10 (52,6%) | 4 (21,0%) | 3 (15,8%) | 2 (10,6%) |

Teste exato de Fisher: 0.0001

Tabela 4.1. Localização dos pólipos conforme o tipo histológico X Número de pacientes

| Localização | Hiperplásicos | Glândulas fúndicas | Adenoma |
|-------------|---------------|--------------------|---------|
| PC | 50 | 6 | 7 |
| GC | 36 | 5 | 6 |
| Anterior | 13 | 8 | 3 |
| Posterior | 10 | 6 | 3 |

PC= pequena curvatura

GC= grande curvatura.

No presente estudo, o pólipo hiperplásico foi encontrado predominantemente no antro gástrico (43,1%), seguido pelo corpo (35,7%), com o fundo respondendo por 11,9% destes, e a boca anastomótica com 9,3% (fig.1,2 e3). Estes pólipos eram, na maioria, solitários, mas em 8,2% dos casos (9/109) estiveram presentes em polipose gástrica (fig.5).

Nesta série, o pólipo adenomatoso foi mais freqüente no antro (52,6%); em 21,0% dos pacientes estava localizado no corpo; em 15,8%, no fundo e em 10,6%, na boca anastomótica. Nos 19 pacientes com esse tipo de pólipo, estes se apresentaram como lesão única (fig. 4), e que foram significativamente mais freqüentes no antro, seguido pelo corpo e, finalmente, com menor percentual, no fundo gástrico.

Nesta análise, os pólipos de glândulas fúndicas foram encontrados em 56% dos casos no fundo, e, em 44% no corpo gástrico. Ao contrário dos anteriormente descritos, na sua grande maioria, se apresentaram como múltiplos (92% - fig. 6). Apenas em 8% dos casos se apresentaram como lesão solitária.



Fig. 1 – Pólipo hiperplásico no fundo gástrico.

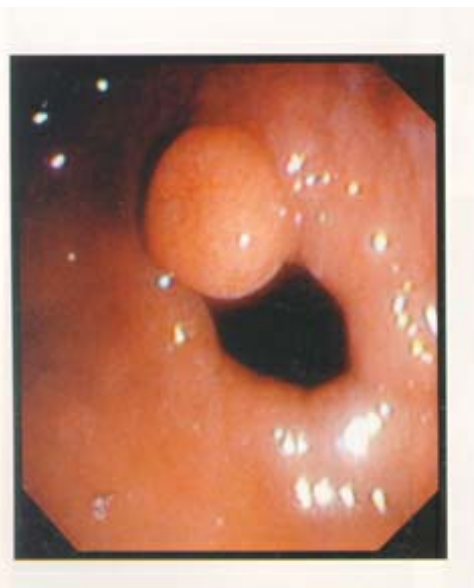


Fig. 2 - Pólipo hiperplásico em região pilórica.

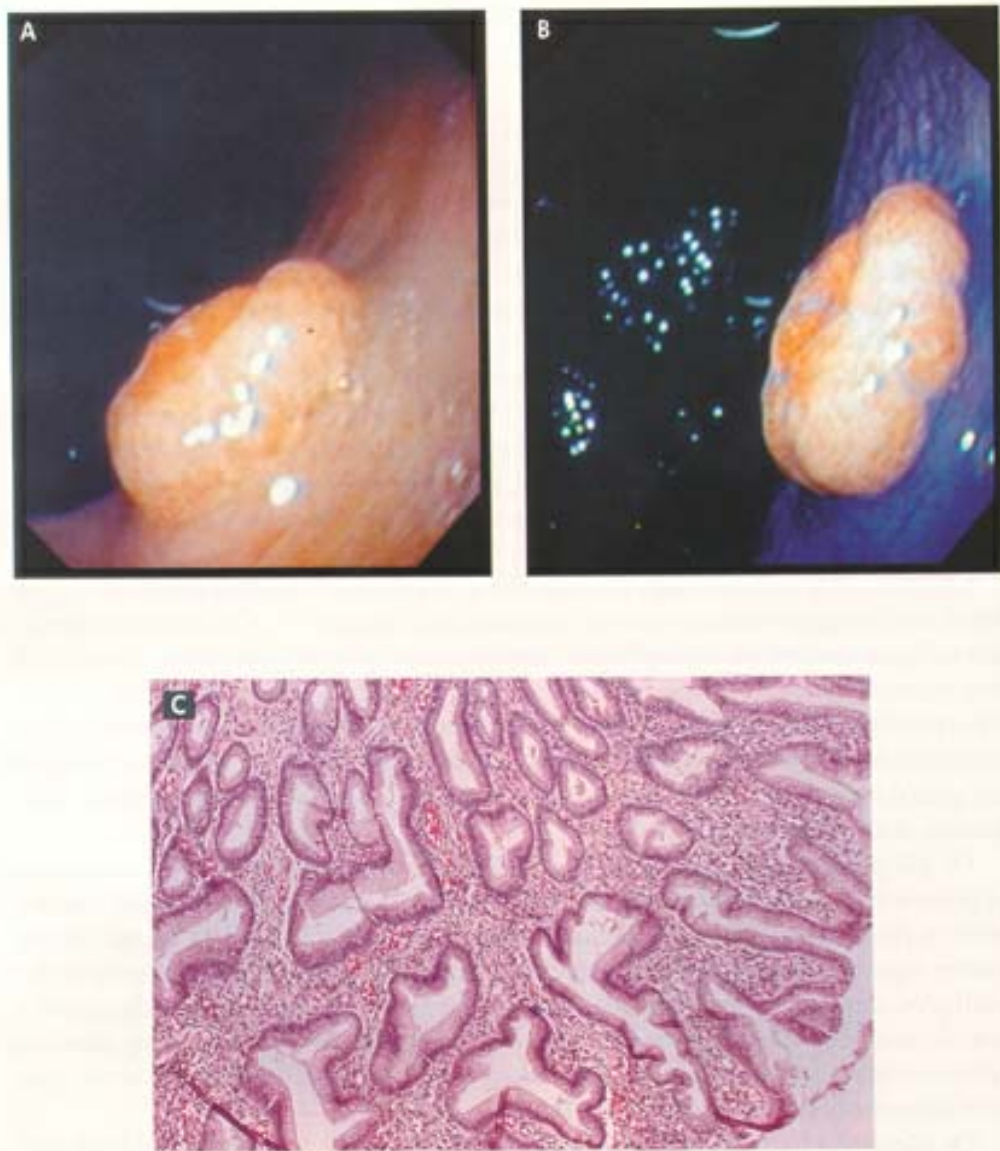


Fig. 3 - Pólipo hiperplásico

- A. Pólipo séssil
- B. Aspecto após o uso de índigo carmin
- C. Exame histopatológico: nota-se discreta hiperplasia foveolar, com glândulas levemente dilatadas e tortuosas, revestidas por epitélio cilíndrico simples, sem atipias – (HE) 100X.

Brandalise – Montes – Tanaka - Sakamoto

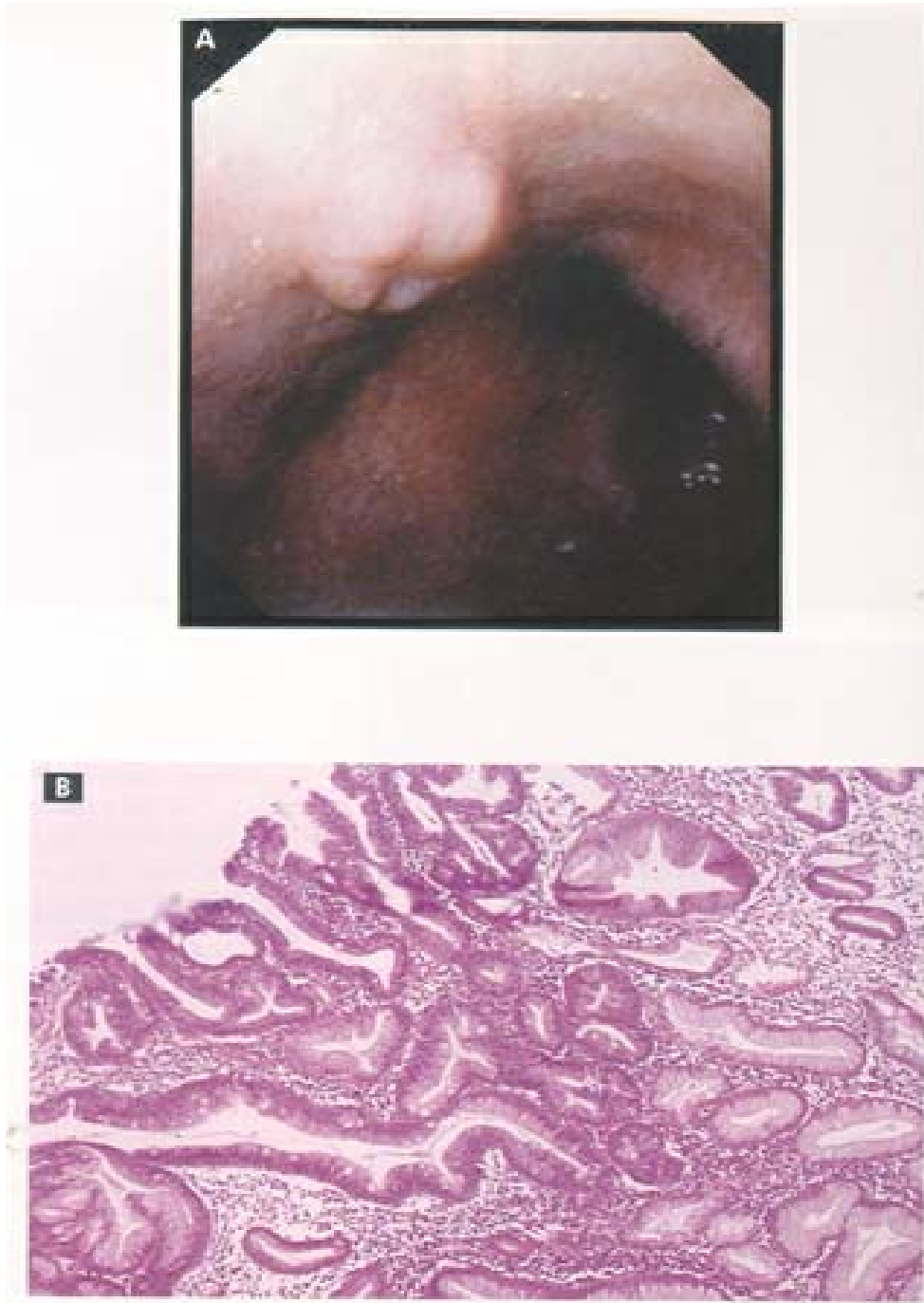


Fig. 4 – Adenoma tubular

A .Pólipo com superfície nodular em parede anterior de corpo gástrico.

B. Exame histopatológico com o diagnóstico de adenoma tubular – (HE)40X.

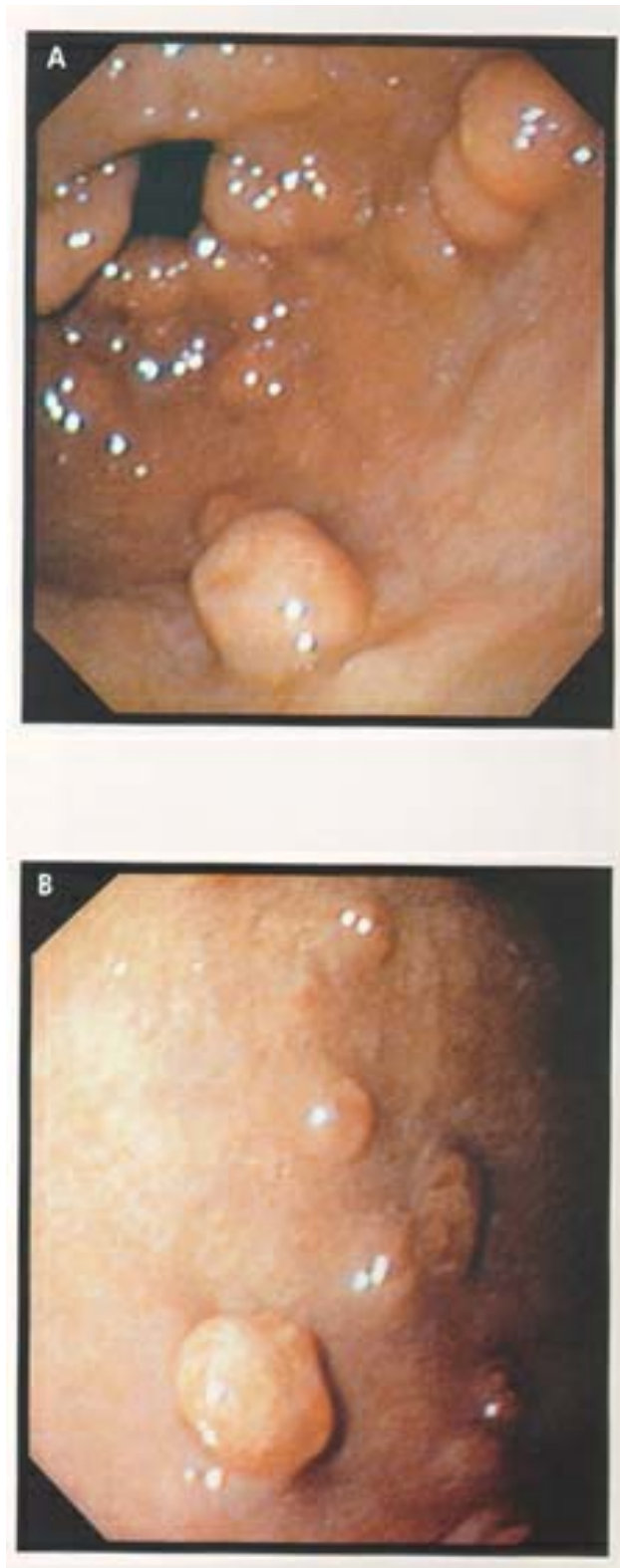


Fig. 5. Polipose gástrica

- A. Pólipos hiperplásicos no antro gástrico, sésseis e semipediculados.
- B. Pólipos hiperplásicos de diferentes tamanhos, no corpo gástrico.

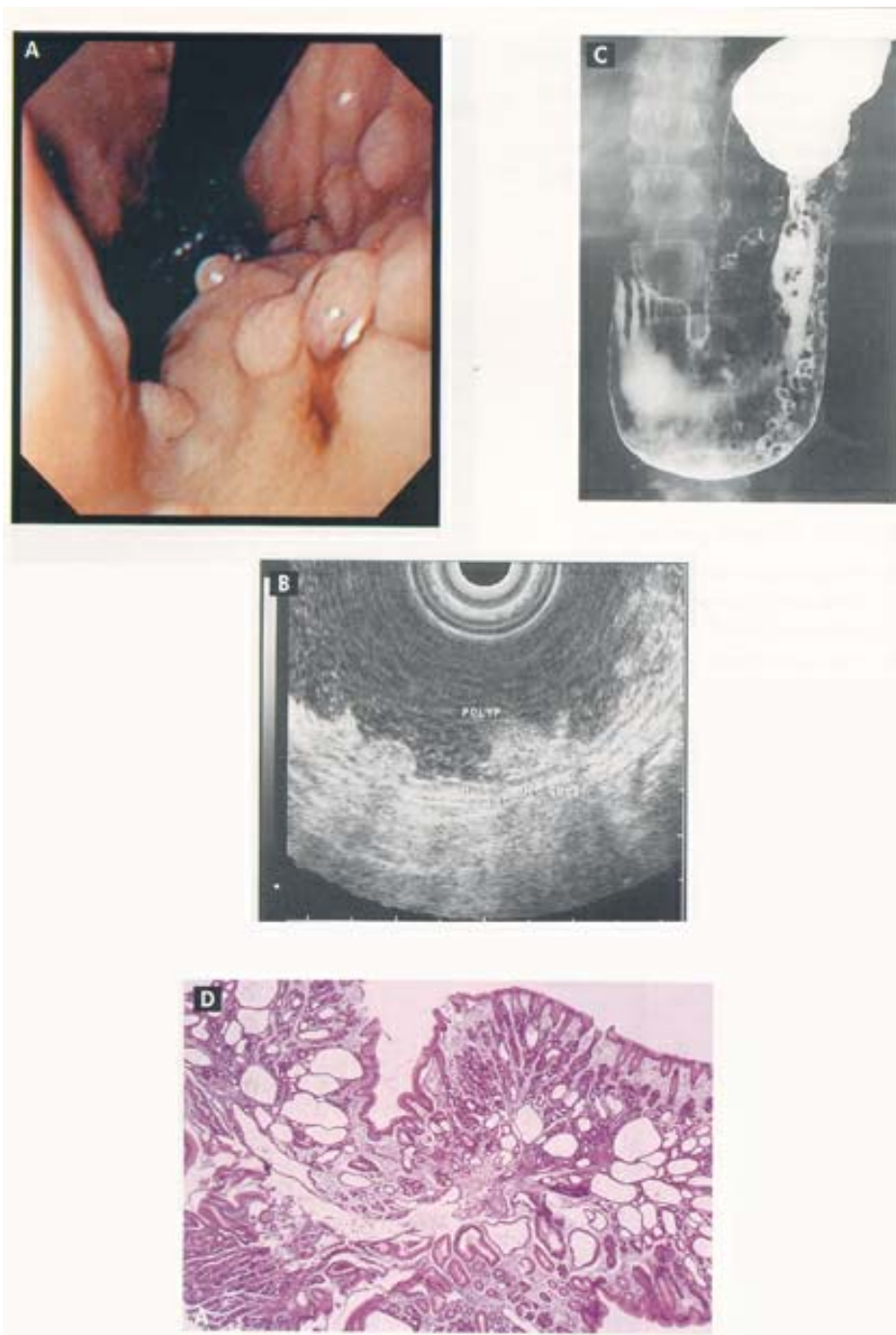


Fig. 6 – Polipose de glândulas fúndicas.

- A** . Pólipos com superfície semelhante à mucosa adjacente em região de corpo gástrico;
- B** . Ultra-sonografia endoscópica mostrando elevações polipóides limitadas à camada mucosa;
- C** . Múltiplas formações polipóides de tamanhos variados em paredes anterior e posterior de corpo e fundo gástrico, poupando o antro;
- D** . Exame histopatológico mostra glândulas fúndicas cisticamente dilatadas, revestidas por epitélio cúbico simples, sem atipias – (HE) 40X.

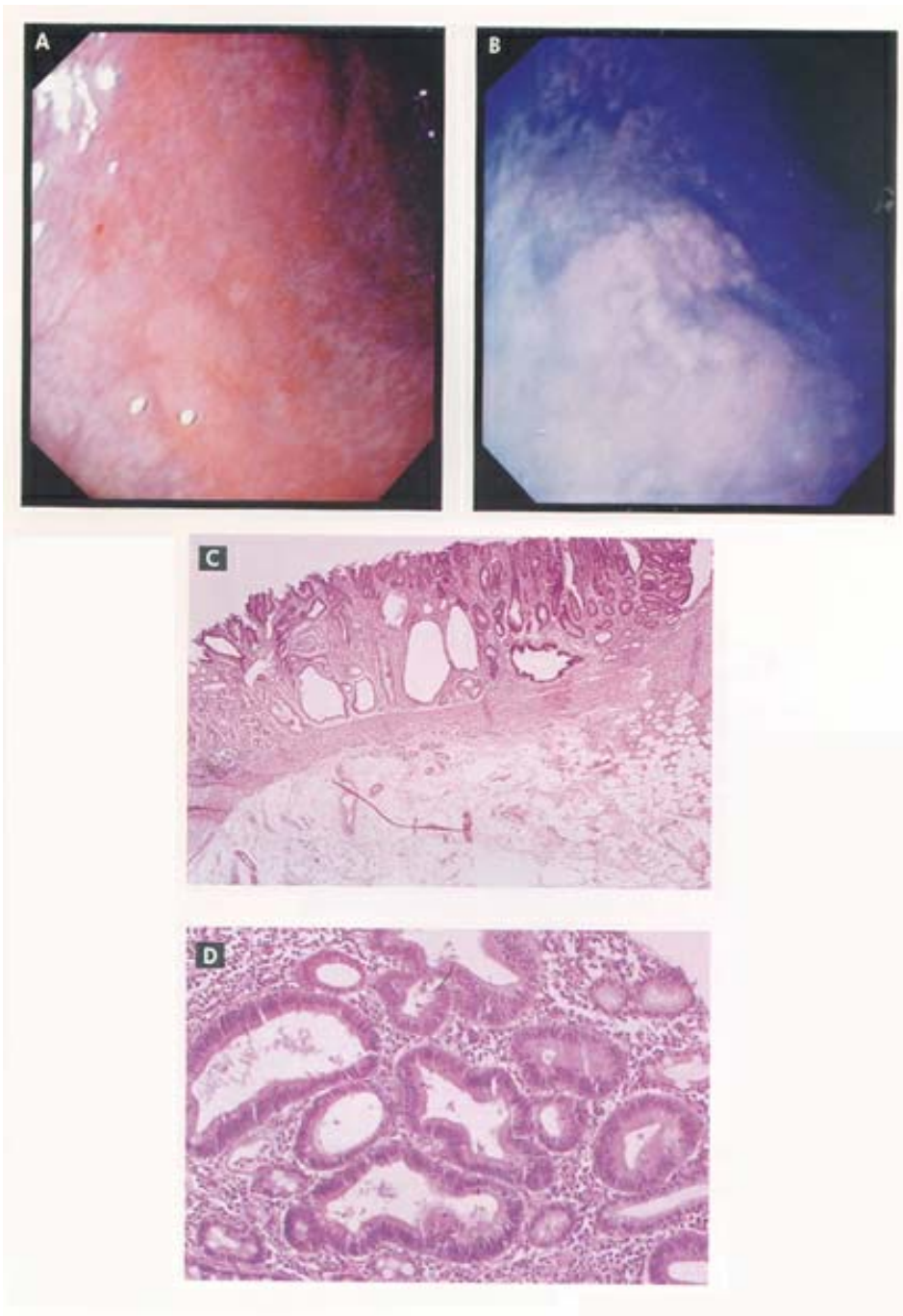


Fig. 7 – Carcinoma em adenoma

- A** . Elevação circunscrita de tonalidade esbranquiçada em grande curvatura de corpo gástrico. Mucosa adjacente com ausência do pregueado mucoso e acentuação do padrão vascular (mucosa atrófica);
- B** . Coloração com índigo carmin demonstrando superfície finamente nodular;
- C e D** . Após ressecção endoscópica mostra adenoma com foco de adenocarcinoma, restrito à mucosa – (HE) 40X,100X.

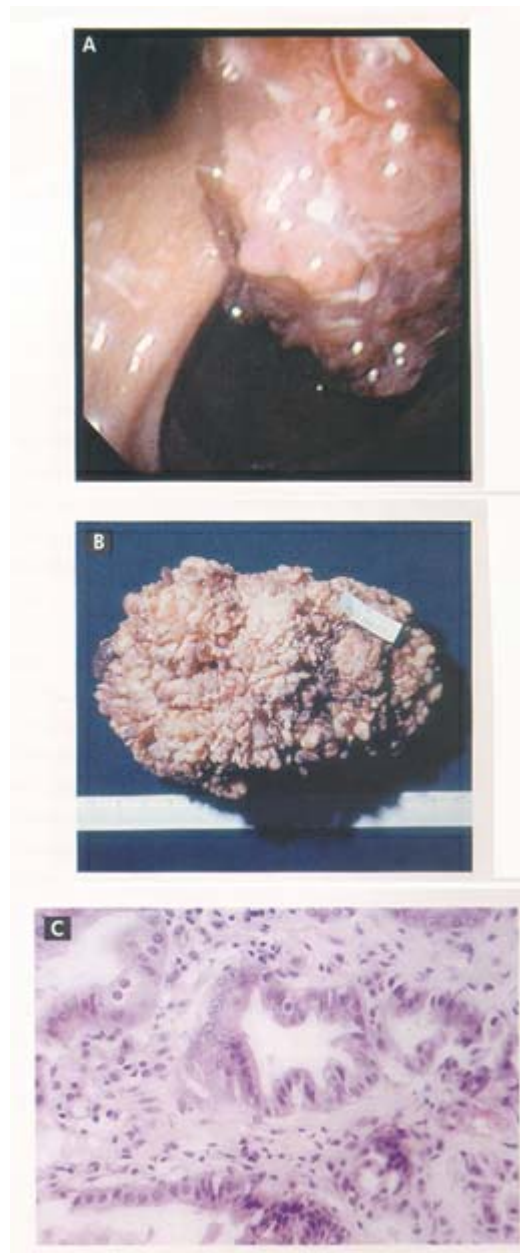


Fig. 8 Adenoma viloso

- A. Visão endoscópica de pólipo pediculado de grandes proporções e multilobulado
- B. A macroscopia mostra grande lesão polipóide acastanhada, de superfície papilífera
- C. Estudo histológico mostra focos de adenocarcinoma – (HE) 200X

Brandalise – Montes – Tanaka - Sakamoto

Tabela 5. Relação entre o aspecto macroscópico do pólipó conforme a classificação de Yamada e seu diâmetro, sem distinção do tipo histológico.

| Diâmetro | X | Classificação de Yamada | | |
|----------|---|-------------------------|-------------|-------------|
| | | I e II | III | IV |
| < 1 cm | | 66 (88%) | 8 (10.66%) | 1 (1.34%) |
| 1 a 2 cm | | 23 (40.35%) | 27 (47.37%) | 7 (12.28%) |
| > 2 cm | | 3 (14.29%) | 7 (33.33%) | 11 (52.38%) |

Qui-quadrado $p < 0.001$

Tabela 6. Relação entre o aspecto macroscópico, conforme a classificação de Yamada, do pólipó hiperplásico e seu tamanho.

| | Tamanho do pólipó | | | |
|---------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | <1 cm | >=1 cm | >=2 cm | >=3 cm |
| Yamada I e II | 52 | | | |
| Yamada III | 14 | 20 | 5 | |
| Yamada IV | | 1 | | 17 |

Tabela 7. Relação entre o aspecto macroscópico, conforme classificação de Yamada, do pólipó adenomatoso e seu tamanho.

| | Tamanho do pólipó | | | |
|---------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | <1 cm | >=1 cm | >=2 cm | >=3 cm |
| Yamada I e II | 9 | | | |
| Yamada III | 5 | 3 | 1 | |
| Yamada IV | | | | 1 |

Tabela 8. Relação entre o aspecto macroscópico, conforme classificação de Yamada, do pólipó de glândulas. fúndicas e seu tamanho.

| | Tamanho do pólipó | | | |
|---------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | <1 cm | >=1 cm | >=2 cm | >=3 cm |
| Yamada I e II | 18 | | | |
| Yamada III | | 6 | | |
| Yamada IV | | 1 | | |

Nesta série estudada, 127 dos 153 pólipós tinham diâmetro variando de 0,3 a 1,5 cm, correspondendo a 83% dos pólipós estudados; e 65,3% do total de pólipós tinham diâmetro entre 0,3 e 1,0 cm.

Em relação à classificação de Yamada, os pólipós hiperplásicos foram classificados como Yamada I e II em 47,7% dos casos (52/109); em 35,7% (39/109) se apresentaram como Yamada III; e, finalmente, foram classificados em Yamada IV em 16,5% (18/109) dos pacientes. Todos os 52 pólipós Yamada I e II, tinham diâmetro menor que 1,0 cm; dos pólipós Yamada III 14 (35,%) eram menores que 1,0 cm, 20 (51,2%) tinham diâmetro entre 1,0 e 2,0 cm, e 5 (12,8%) tinham diâmetro maior que 2,0 cm. Os classificados como Yamada IV, todos tiveram diâmetro maior que 2,0 cm.

Nesta série, 52,6% dos pólipós adenomatosos estavam localizados no antro, em 21,0 % estavam localizados no corpo, em 15,8% no fundo e em 10,6% na boca anastomótica. Nos 19 pacientes estudados, estes se apresentaram como lesão única.

Em relação à classificação de Yamada, os pólipós adenomatosos foram classificados em Yamada I e II em 47,3% dos casos (9/19); em Yamada III também em 47,3%; e, em Yamada IV apenas 5,4% (1/19). Todos os pólipós Yamada I e II tinham diâmetro menor que 1,0 cm; dos pólipós Yamada III, 5 (62,5%) tinham diâmetro menor que 1,0 cm, três (37,5%) tinham diâmetro entre 1,0 e 2,0 cm, e apenas um (12,5%) tinha diâmetro maior que 2,0 cm. Houve apenas 1 pólipó Yamada IV, cujo diâmetro era de 3,0 cm.

Os pólipos de glândulas fúndicas foram encontrados em 56,0% dos casos no fundo gástrico, e em 44% no corpo. Na grande maioria, estes se apresentaram como múltiplos, sendo que em 8 % (2/25) apresentaram-se como lesão solitária. Foram diagnosticados como polipose gástrica em 16% (4/25) dos casos.

Em relação à classificação de Yamada, os pólipos de glândulas fúndicas encontrados nesta série foram classificados em Yamada I e II em 72% (18/25) dos casos; e em Yamada III em 24% (6/25). Apenas um destes pólipos, era do tipo Yamada IV. Todos os pólipos Yamada I e II tinham tamanho abaixo de 1,0 cm; os 6 pólipos Yamada III tinham 1,0 cm de diâmetro e o único Yamada IV também tinha 1,0 cm de diâmetro.

5.4. RESULTADOS DE ESTUDO HISTOPATOLÓGICO

No total de pacientes com pólipos diagnosticados (153), 109 tinham pólipos hiperplásicos (71,3%), 19 tinham adenomatosos (12,4%) e 25 tinham pólipos de glândulas fúndicas (16,3%) – (tabela 2).

A análise histopatológica dos pólipos hiperplásicos revelou que apenas um (0,9 %) teve foco isolado de degeneração maligna. Tratava-se de um pólipo de 4,0 cm de diâmetro, localizado próximo à boca anastomótica, em gastrectomizado à B II (figura 9).

A análise histopatológica dos 19 pólipos adenomatosos mostrou que um apenas era túbulo-viloso (5,2 %) e os demais, tubulares (94,8%). Em relação à presença de displasia, esta estava presente em 3 pólipos tubulares, sendo que 2 tinham displasia epitelial de baixo grau e um deles, displasia de alto grau. O pólipo adenomatoso túbulo-viloso tinha displasia de moderado grau.

O carcinoma esteve presente em 2 (10,5%) dos pólipos adenomatosos, sendo adenocarcinomas tubulares bem diferenciados (figura 7).

A análise histopatológica dos pólipos de glândulas fúndicas revelou não haver nenhum grau de displasia e nem degeneração maligna.

No presente estudo, o diagnóstico de degeneração maligna do pólipo hiperplásico, bem como dos adenomatosos, preencheu os critérios de Nakamura. Esta degeneração ocorreu nos pacientes acima de 50 anos de idade.

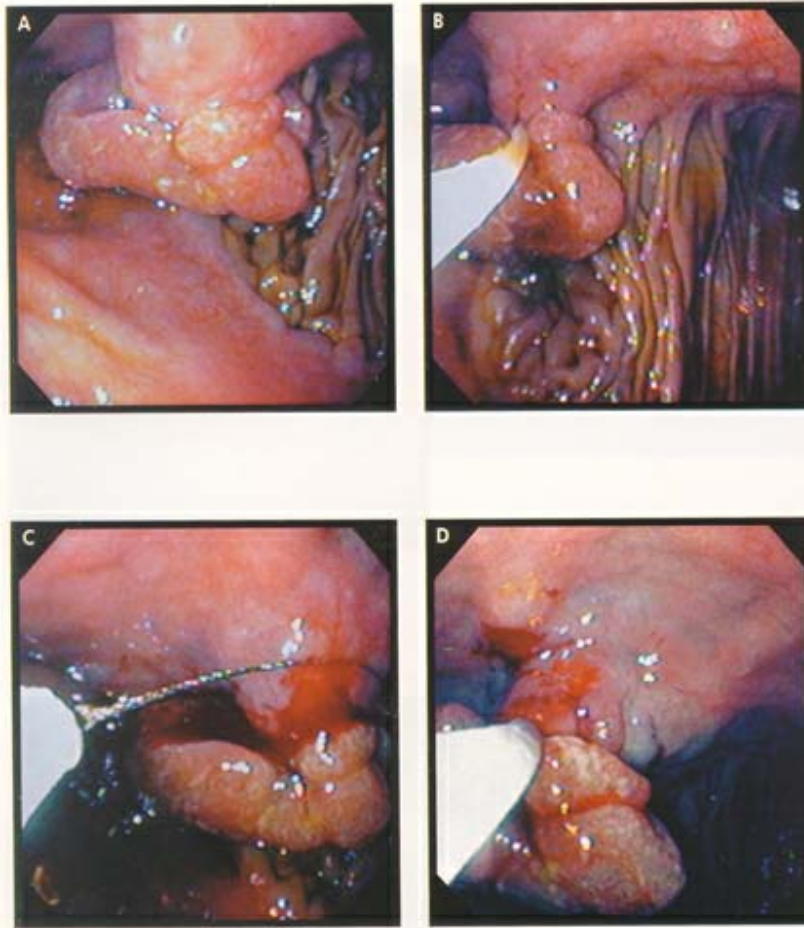


Fig. 9 - Pólipo hiperplásico com adenocarcinoma focal e demonstração de polipectomia

- A. Grande pólipo com pedículo curto junto à boca anastomótica.
- B. Injeção de solução de adrenalina 1:10.000 (função hemostática).
- C e D. Apreensão da base do pólipo com alça de polipectomia.

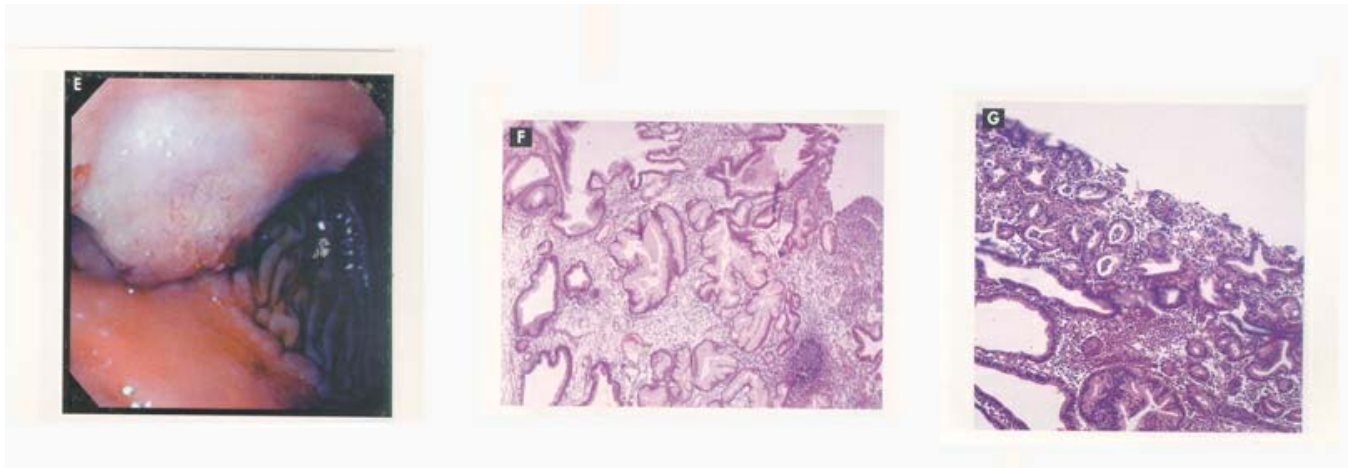


Fig. 9 (Continuação)

E. Aspecto após
polipectomia

F e G. Histopatológico mostra pólipo hiperplásico (F), com
foco de adenocarcinoma (G).

5.5. SINTOMAS CLÍNICOS E A PRESENÇA DE PÓLIPOS

Nas endoscopias digestivas analisadas, com o diagnóstico de pólipos gástricos, o motivo principal que levou o paciente a ser submetido ao exame endoscópico no GASTROCENTRO-UNICAMP, está exposto na tabela 9. Este não é um dos objetivos do presente estudo, mas foi incluído apenas com o intuito de acrescentar mais um dado.

Tabela 9. Motivo principal da endoscopia em 153 pacientes com pólipos gástricos.

| Motivo da endoscopia | n | % |
|----------------------------|------------|-------------|
| Epigastralgia | 48 | 31.3 |
| Pirose | 14 | 9.1 |
| Emagrecimento | 14 | 9.1 |
| Anemia | 11 | 7.1 |
| Vômitos | 11 | 7.1 |
| Disfagia | 2 | 1.3 |
| Hematêmese | 1 | 0.6 |
| Avaliação pós-gastrectomia | 15 | 9.8 |
| Avaliação pós-polipectomia | 8 | 5.2 |
| Cirrose hepática | 12 | 7.8 |
| Polipose gástrica | 7 | 4.5 |
| Polipose intestinal | 3 | 1.9 |
| Avaliação de metástase | 4 | 2.6 |
| Linfoma | 1 | 0.6 |
| Hemangiomas | 2 | 1.3 |
| Total | 153 | 100% |

5.6. ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS ASSOCIADAS

Na tabela 10, observam-se as alterações endoscópicas associadas encontradas nos pacientes com pólipos gástricos.

As gastrites consistiram no diagnóstico endoscópico mais freqüente, associadas aos pólipos gástricos, sendo que a gastrite atrófica foi observada em 44 pacientes (28.1 %); a gastrite enantemática, em 25 pacientes (16.3 %) e gastrite erosiva, em 16 pacientes (10.4 %).

A úlcera péptica duodenal foi observada em 4 pacientes (2.6 %), e a gástrica, em 2 pacientes (1.3 %).

A hérnia hiatal foi encontrada em 4 pacientes (2.6 %), e a esofagite, em 9 pacientes (5.2 %).

As varizes esofágicas foram observadas em 8 pacientes (5.2 %).

A duodenite foi encontrada em 1 paciente (0.6 %).

O câncer gástrico foi observado em 4 pacientes (2.6 %).

Tabela 10. Alterações endoscópicas encontradas nos pacientes com pólipos gástricos

| Diagnóstico endoscópico | n | % |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Gastrite atrófica | 43/153 | 28.1 |
| Gastrite enantemática | 25/153 | 16.3 |
| Gastrite erosiva | 16/153 | 10.4 |
| Úlcera gástrica | 2/153 | 1.3 |
| Úlcera duodenal | 4/153 | 2.6 |
| Esofagite | 8/153 | 5.2 |
| Hérnia hiatal | 4/153 | 2.6 |
| Varizes esofágicas | 8/153 | 5.2 |
| Duodenite | 1/153 | 0.6 |
| Câncer gástrico | 4/153 | 2.6 |
| Total | 153 | 100% |



6. DISCUSSÃO

6.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Na maioria das vezes, os tumores gástricos benignos são pequenas lesões e não apresentam sintomatologia. Geralmente representam um achado casual, ocorrendo em torno de 2% dos exames endoscópicos (Ming, 1977). Nesta nossa série de estudo, estes representaram 0,6%.

As manifestações clínicas dos pólipos gástricos são escassas, dependendo do seu tamanho e topografia. O diagnóstico clínico sómente é feito nos tumores benignos maiores que chegam a dar sintomas, calculando-se que estes estejam em torno de 5 % de todos os casos (McNeer & Pack, 1978). Em alguns pacientes, podem determinar queixas epigástricas vagas, como plenitude. A erosão ou ulceração na sua superfície poderá determinar sangue oculto nas fezes, e, às vezes, anemia. Dependendo do tamanho da lesão, poderá ocorrer hemorragia franca, e, se um grande pólipó estiver na região próxima ao piloro, a sua invaginação através deste, poderá ocasionar sintomas semelhantes aos da estenose pilórica. Assim, são lesões pequenas para causarem alguma sintomatologia, com exceção feita àquelas com erosão extensa ou ulceração, que poderiam causar dor ou algum tipo de sangramento.

Nesta série, dos 11 pacientes com anemia, que por este motivo foram submetidos à endoscopia digestiva, apenas um paciente tinha um pólipó que justificasse esse quadro clínico. Neste caso era um pólipó com diâmetro de 3,0 cm, com extensa erosão e com hematina aderida ao seu fundo. Isto representou 0,6% do total de pólipos estudados.

Em relação a outros sintomas, tais como dor epigástrica, plenitude e náuseas, que foram freqüentemente relatadas pelos pacientes na ocasião do exame de endoscopia, é difícil afirmar que estes sintomas sejam decorrentes de algum pólipó encontrado, pois na grande maioria das vezes, há outras alterações endoscópicas associadas. Além disso, não é infreqüente a presença de outras patologias abdominais. Devem ser também considerados, os distúrbios de motilidade gastrointestinal, que são freqüentes em pacientes de idade mais avançada.

6.2. ACHADOS ENDOSCÓPICOS

No presente estudo, o pólipio hiperplásico foi mais freqüente no antro gástrico, seguido pelo corpo, fundo, e finalmente, a boca anastomótica. Estes pólipos eram, na grande maioria solitários, mas, em 8,2% dos casos (9/109) estiveram presentes em polipose gástrica. Como nos dados da literatura mundial, estes estiveram presentes em todas as regiões do estômago, e ocorreram como lesão única em mais da metade dos casos.

A ocorrência de pólipos hiperplásicos pediculados (Yamada IV) foi menor que os demais. Em contra-partida, estes foram os pólipos de maior diâmetro encontrados. Já os pólipos classificados como Yamada I e II, foram os de menor diâmetro, mas, foram os mais freqüentes (47,7%). Entretanto, houve pouca diferença entre a freqüência entre estes últimos, e os classificados como Yamada III (35%). Estes achados estão dentro do esperado, uma vez que 90% dos pólipos hiperplásicos têm diâmetro menor que 1,5 cm (Brandalise e col., 1996), e os pólipos Yamada IV geralmente têm diâmetro entre 1 e 3 cm. Mas, o que encontramos é bastante diferente do encontrado por M. Daibo (1987), onde em seu estudo de pólipos hiperplásicos, mais da metade foram descritos como pólipos Yamada IV.

Os pólipos adenomatosos estiveram presentes, em sua maioria (pouco mais da metade do total) no antro gástrico, seguido pela presença no corpo, fundo e boca anastomótica.

Os pólipos adenomatosos classificados como Yamada III (47,3%), foram responsáveis por quase a metade do total encontrado. Os pólipos Yamada I e II somados tiveram uma freqüência igual a estes. Já como Yamada IV, apenas um pólipo foi encontrado, sendo que o seu diâmetro era de 3 cm.

Na série de pólipos de glândulas fúndicas, vimos que, na sua grande maioria, são lesões múltiplas e com diâmetro abaixo de 1,0 cm, sendo mais freqüentes no fundo (56%), mas com pequena diferença percentual em relação à sua ocorrência no corpo gástrico (44%). Nenhum destes pólipos foi encontrado no antro, o que era esperado, uma vez que estes não ocorrem nessa região do estômago. Em relação à classificação de Yamada, os classificados em I e II foram responsáveis por quase $\frac{3}{4}$ do total encontrado (72%). Os demais foram classificados como Yamada III (24%), e apenas 1 foi Yamada IV.

6.3. ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS

A avaliação histopatológica dos pólipos hiperplásicos, no presente estudo, revelou que apenas um (0,9%) teve foco isolado de degeneração maligna. Tratava-se de um pólipó de 4,0 cm de diâmetro, pediculado (Yamada IV), localizado junto à boca anastomótica, em um paciente gastrectomizado com reconstituição à BII. Nesta série, este foi o único pólipó hiperplásico com alteração histopatológica, sendo que os demais não apresentaram nem displasia epitelial.

O desenvolvimento de carcinoma no pólipó hiperplásico é raro, e por isso não é considerado como lesão pré-cancerosa. Na literatura, de uma maneira geral, a incidência de carcinoma no pólipó hiperplásico é menor que 1% (Nakamura & Nakano, 1992), e, ocasionalmente, referida como maior que 1% (Hattori, 1985). Em 1987, M. Daibo e col., encontraram carcinoma focal em 2,1% de pólipos hiperplásicos, ou seja, em 10 de 477 pólipos estudados após polipectomia, sendo que a localização do câncer estava na cabeça do pólipó ou na sua superfície, e era intramucoso. Daibo, sugeriu que nos pólipos que crescem mais e se tornam semipediculados ou pediculados, o foco de displasia aparece primeiro, seguido da lesão cancerosa. Ainda na análise de Daibo e colaboradores, em um estudo de seguimento de um caso de pólipó hiperplásico Yamada II, com diâmetro inicial menor que 1 cm, eles acharam atipia após 9 anos, e após 10 anos de seguimento, o câncer focal foi encontrado, com a realização de polipectomia desta lesão. Nesta análise, foi sugerido que o pólipó hiperplásico pode malignizar-se, embora estes casos sejam em pequeno número.

Em um estudo realizado por Kamiya e colaboradores, em 1980, no seguimento de pólipos hiperplásicos gástricos (93 pólipos), após 3 anos da primeira biópsia, 2 casos apresentaram características de adenoma, e 5 e 7 anos após a primeira biópsia, adenocarcinoma foi encontrado.

No estudo realizado por Ming (1984), foi comentado que as mudanças de características do pólipó hiperplásico para características de adenoma, bem como o surgimento de displasia, participam na transformação maligna do pólipó hiperplásico. Entretanto, é muito difícil explicar o processo de transformação maligna do pólipó hiperplásico, e existe pouca investigação em relação à sua histogênese (Ming, 1984). No

presente estudo, a análise histopatológica dos 19 pólipos adenomatosos encontrados mostrou que apenas 1 era túbulo-viloso (5,2%), e os demais, tubulares (94,8%). A displasia epitelial estava presente em 4 (21%) do total de pólipos adenomatosos. O pólipo túbulo-viloso tinha displasia epitelial de moderado grau. Nos três tubulares, dois tinham displasia epitelial de baixo grau e 1 tinha displasia epitelial de alto grau.

A presença de adenocarcinoma nos pólipos adenomatosos, nesta série estudada, revelou que estes estavam presentes em dois (10,5%).

Os adenomas são lesões polipóides infreqüentes, respondendo por 5 a 10% dos pólipos gástricos (Robbins, 1995; Tytgat & Silverstein, 1997). Estes podem ter o tipo histológico tubular ou viloso. Quando estes dois tipos coexistem na mesma lesão, recebem o nome de adenoma túbulo-viloso. Os adenomas vilosos e os túbulo-vilosos têm maior chance de malignização (Nelson & Lanza, 1991). Até 40 % contêm um foco de carcinoma, especialmente as lesões vilosas acima de 2 cm (Tytgat & Silverstein, 1997). Portanto, podem sofrer malignização com o tempo, e o risco de câncer no tecido adjacente pode ser até de 30% (Tytgat & Silverstein, 1997).

Em um estudo de M. Stolte (1992), de 600 adenomas tubulares, 77 túbulo-vilosos e 7 vilosos, a incidência de carcinoma foi de 10%. Em 11% dos pacientes que tinham adenoma, foi encontrado carcinoma sincrônico ou metacrônico.

A incidência de carcinoma aumenta na proporção do aumento do diâmetro do adenoma. A aparência da superfície também pode ser considerada um fator de risco. Um carcinoma pode ser encontrado em torno de 15% dos adenomas que tenham depressão (Stolte, 1992). Pólipos maiores que 2 cm de diâmetro têm um índice de degeneração maligna em torno de 24 % (Hughes, 1992; Randall, 1992).

Em nossa série estudada, um dos pólipos adenomatosos com degeneração maligna tinha 2 cm de diâmetro, era semipediculado e tinha pequena depressão central. Já o outro não apresentava nenhum dado que sugerisse ser portador de degeneração maligna.

No presente estudo, a análise histopatológica dos pólipos de glândulas fúndicas encontrados revelou não haver nenhum grau de displasia e nem degeneração maligna. Nesta série, este foi o segundo tipo mais comum de pólipo, coincidindo com dados da literatura, que fazem esta afirmação e dão como uma freqüência em torno de 17 a 20 % dos

pólipos (Deppisch & Randall, 1992). Mas, no estudo da série de M. Stolte em 1995, estes foram os mais freqüentes e responderam por 47% do número total de pólipos encontrados em sua série.

6.4. CONDUTA NOS PÓLIPOS

A conduta a ser adotada frente ao diagnóstico de pólipo gástrico é acompanhada de certa controvérsia, baseada no potencial de malignização destas lesões. A remoção endoscópica do pólipo depende de seu tipo histológico, tamanho e aspecto lateral da lesão (classificação de Yamada). A aparência endoscópica do pólipo não é suficiente para se fazer uma previsão de seu tipo histológico. Alguns autores afirmam que o material obtido através da pinça de biópsias pode não ser adequado, podendo não caracterizar corretamente o tipo histológico, ou ser falho para identificar focos de displasia (Seifer e col., 1983; ReMime e col., 1981; Fabry e col., 1982). A tendência atual é a de se realizar, sempre que for possível, a polipectomia endoscópica através de alça apropriada, obtendo-se assim o material por inteiro para análise, além de ser um procedimento curativo na maioria das vezes (Ginsberg e col., 1995).

Em nosso material de estudo, sendo o pólipo o hiperplásico, a sua remoção dependeu do seu diâmetro e de seu aspecto lateral. Nos casos em que o diâmetro era maior ou igual a 2 cm, estes foram retirados, pois poderia ocorrer erosão em sua superfície, ou ulceração e isto poderia levar a algum tipo de sangramento. Também caso fosse Yamada III ou IV, a sua retirada endoscópica também foi feita, mesmo com diâmetro menor que 2 cm, utilizando-se sempre alça de polipectomia. Os demais pólipos hiperplásicos, Yamada I e II menores que 2 cm foram acompanhados endoscopicamente, com exames periódicos e com material obtido através de biópsias enviado para estudo histopatológico.

Caso se tratasse de um pólipo adenomatoso, este sempre foi retirado endoscopicamente através de alça de polipectomia.

Em casos de exceção, a remoção cirúrgica poderá ser necessária com pólipos grandes e sésseis (Tytgat & Silverstein, 1997). Os pacientes submetidos à polipectomia devem ser revistos periodicamente, pois podem desenvolver pólipos adicionais e terem maior risco de desenvolverem câncer no estômago.

Os pólipos de glândulas fúndicas submetidos à polipectomia foram apenas os pediculados e semipediculados. Os demais foram acompanhados através de exames endoscópicos, sabendo-se que este acompanhamento poderá ser feito por períodos mais longos, pois estes, na grande maioria, são de pequeno diâmetro e não desenvolvem carcinoma.

Em relação à conduta adotada frente aos pólipos neste presente trabalho, é oportuno enfatizar que merece sofrer mudanças, levando-se em consideração as adotadas atualmente em outros serviços de endoscopia digestiva com grandes casuísticas publicadas na literatura. Estes preconizam a ressecção endoscópica dos pólipos com diâmetro a partir de 0,5 cm, através de alça de polipectomia, independente de seu aspecto lateral - classificação de Yamada (Ginsberg e col.,1995; Stolte, 1995; Deppisch & Rona, 1989; Daibo e col. 1987). Nos dias atuais, o material disponível para esta ressecção endoscópica é de boa qualidade, e mesmo nos pólipos sésseis ou pouco elevados, a infiltração de solução salina em suas bases, torna a ressecção mais fácil e bastante segura com chances mínimas de complicações. Os equipamentos de endoscopia e seus acessórios ganharam expressivo aperfeiçoamento tecnológico, incluindo a videoendoscopia, o que propiciou um grande avanço na endoscopia terapêutica. Juntamente com essa tecnologia, os médicos endoscopistas, atualmente, são muito bem treinados para este tipo de abordagem.

Um outro fator que também pode ser acrescentado é que este tipo de conduta é, na maioria das vezes, curativo, sendo desnecessário futuras convocações para exames de seguimento, o que acaba sobrecarregando mais o serviço de endoscopia público, que tem uma grande demanda. E há também o aspecto de se perder o contato direto com o paciente, devido às mudanças freqüentes de endereço ou mesmo por este não querer retornar para novo exame.

O objetivo desta conduta de ressecção endoscópica tem a finalidade de fornecer todo o pólipo para a análise histopatológica, uma vez que fragmentos minúsculos obtidos através de pinça de biópsias poderá ser insuficiente para uma boa análise (ReMime e col.,1981; Fabry e col.,1982; Seifer e col.,1983). Também vale ressaltar que a mais importante consideração na conduta de um pólipo é a segurança de se ter material suficiente para um diagnóstico histopatológico de certeza (Ginsberg e col., 1995). Além disso, se a ressecção for completa, com “margens livres”, o procedimento também é curativo.



7. CONCLUSÕES

Do presente estudo, podemos concluir que:

1. Nesta série de 153 pacientes com pólipos gástricos, os resultados obtidos mostram que houve predominância do sexo masculino. A média de idade foi de 52 anos.
2. Os pólipos mais freqüentes foram os hiperplásicos, seguidos pelos pólipos de glândulas fúndicas, e pelos adenomatosos.
3. Os pólipos hiperplásicos foram pouco freqüentes no fundo gástrico. Estes foram mais freqüentes no antro. Apresentaram-se em sua maioria como pólipos Yamada I e II. Apresentaram-se como lesões únicas na maioria das vezes. Participaram de polipose gástrica em poucos casos. A degeneração maligna foi de ocorrência rara.
4. Os pólipos adenomatosos foram mais freqüentes no antro gástrico. Os classificados como Yamada I e II, estiveram presentes em percentual idêntico aos Yamada III, sendo pouco freqüentes os Yamada IV. Os tubulares foram os mais encontrados. A displasia epitelial esteve presente em 21% do total de casos, enquanto a degeneração maligna encontrada foi de 10,5%.
5. Os pólipos de glândulas fúndicas foram mais encontrados no fundo gástrico. Na sua grande maioria, eram múltiplos e pequenos, e também participaram em polipose. Nenhum apresentou displasia e nem degeneração maligna.
6. Os pólipos encontrados com diâmetro menor que 1 cm eram na sua maioria Yamada I e II, enquanto que, os com diâmetro maior que 2 cm eram na sua maioria Yamada IV sendo estes dados significativos estatisticamente ($p < 0.001$).
7. A freqüência dos pólipos foi maior nos pacientes com idade superior a 60 anos, mas sem ser estatisticamente significativos (Fisher: 0.164).



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLLO, N.A. ; BRANDALISE, N.A. ; LOPES, L.R.; SUZUKI, S. -Câncer gástrico. In: Magalhães A .F.N. **Terapêutica em gastroenterologia**, 2^a ed. São Paulo:Roca, 1993, p.91-7.

BOLAND, C.R.; SCHEIMAN, J. M. - Tumors of the stomach. In: Yamada T. **Textbook of gastroenterology**, Philadelphia: JB Lippincott Company, 1995, p. 1494-519.

BOSSECKERT, H.; RAABE, G. - Multiple polyps in the stomach – how many polyps should be ectomized? **Endoscopy**, **15**:150-1, 1983.

BRANDALISE, N. A; MONTES, C. G.; TANAKA, M.; SAKAMOTO, T. In: **Tumores gástricos**, Ed. UNIÉME, 1996, p. 61-73.

BUSSEY, H.J.R. - Gastrointestinal poliposis. **GUT**, **11**:970-8, 1970.

CARVALHO, D.G - Tumores gástricos. In: DANI, R. & CASTRO, L.P. **Gastroenterologia clínica**, 3^a ed. Guanabara Koogan, 1993, p. 254-74.

CORNET, A. ; RENAULT, P.; CARNOT, F. - Polypes gastriques. Polypose et gastrite chronique. **Arch Fr Mal App Dig**, **60**:507-23, 1971.

CRISTALLINI, E.G.; ASCANI, S.;BOLIS, G.B. - Association between histologic type of polyp and carcinoma in the stomach. **Gastrointestinal endoscopy**, **38**:481-484, 1992.

CRONKHITE, L.W.; CANADA, W.J. - Generalized gastrointestinal polyposis. An usual syndrome of polyposis, pigmentation, alopecia and onychoatrophia. **N Engl J Med**, **252**:1011-4, 1955.

DAIBO, M.; ITABASHI, M.; HIROTA, T. - Maligne entatung von hyperplastischen magenpolypen. **Extracta gastroenterologica**, **17**:54-58, 1988.

DAVIS, G.R.- Neoplasms of the stomach. In: Sleisenger MH, Fordtran JS. **Gastrointestinal disease**, Philadelphia: WB Saunders, 1993, p. 763-89.

DEPPISCH, L.M.; RONA, V.T. - Gastric epithelial polyps. **J Clin Gastroenterol**, **11**:110-5, 1989.

DODDS, W.J.; SCHULTZE, W.J.; HENSLEY, G.T.; HOGAN, W.J. - Peutz-Jeghers syndrome and gastrointestinal malignancy. **AJR**, **115**:374-7, 1972.

EKLOF, O.- Benign tumors of stomach and duodenum. **Acta Chir Scand**, **291**:14-57, 1962.

ELSBORG, L.; ANDERSEN, D.; MYHRE, J.; BASTRUP-MADSEN, P. - Gastric mucosal polyps in pernicious anaemia. **Scand J Gastroenterol**, **12**:49-52, 1977.

ELSTER, K. - Histologic classification of gastric polyps. **Curr. Top. Pathol.** **65**:77-93, 1976.

FABRY, T.L.; FRANKEL, A.; WAY, D.J. - Gastric polyps. **J Clin gastroenterol**, **4**:23-7, 1982.

GINSBERG, G.C.; AL-KAWAS, F.H.; FLEISCHER, D.E.; REILLY, H.F.; BENJAMIN, S.B. - Gastric polyps: Relationship of size and histology to cancer risk. **The American Journal of Gastroenterology**, **91**:714-17, 1995.

GUERRAZZI, F.; MONTES, C.G.; ALMEIDA, J.R. – Lesões elevadas gástricas. In: Magalhães A . F. N. **Terapêutica em gastroenterologia**. São Paulo:Roca, 1993, p. 387-91.

HAY, L.J.- Surgical management of gastric polyps and adenomas. **Surgery**, **39**:114-9, 1956.

HATTORI, T. - Morphological range of hyperplastic polyps and carcinomas arising in hyperplastic polyps of the stomach. **J. Clin. Pathol.**, **38**:622-30, 1985.

HERANI, M.L.G – **Normas para a apresentação de Dissertações e Teses**. BIREME, 1990.

HUGHES, R.W. - Diagnosis and treatment of gastric polyps. **Gastrointest Endosc Clin North Am**, **2**:457-67, 1992.

JENSEN, D.M.- Benign and malignant tumors of the stomach. In: Sivak MV **Gastroenterologic Endoscopy**. Philadelphia: WB Saunders, 1999, p. 475-507

- KAMIYA, T.; MORISHITA, T.; ASAKURA, H. - Histoclinical long-standing follow-up study of hyperplastic polyps of the stomach. **Am. J Gastroenterol**, **75**:275-81, 1981.
- KOCH, H.; LESCH, R.; CREMER, M.; OELERT, W. - Polyps and polypoid foveolar hyperplasia im gastric biopsy specimens and their pre-cancerous prevalence. **Front. Gastrointestinal research**, **4**:183-91, 1979.
- KOCH, H.; VIEBAHN, B. - The significance of polypectomy in the stomach. **Endoscopy**, **15**:144-47, 1983.
- KURU, M. - Premalignant condition. **Nippon geka gakkai zasshi**, **83**:537-553, 1952.
- MARATKA, Z. - **Terminologia, definições e critérios de diagnóstico em endoscopia digestiva**. 3ª edição. Rio de janeiro: Revinter, 1995, p. 1-128.
- MCNEER, G.; PACK, G.T. - **In: Neoplasms of the stomach**. Philadelphia: JB Lippincott, 1978, p. 518.
- MING, S.C. - The classification and significance of gastric polyps. In: Yardley J.H., Morson B.M. **The gastrointestinal tract**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1977, p. 149-75.
- MING, S.C.; GOLDMAN, H. - Gastric polyps. A histogenetic classification and its relation to cancer. **In: Cancer**, **18**:721-6, 1965.
- MING, S.C.- Malignant potential of epithelial polyps of the stomach. In: Ming S.C. **Precursors of gastric cancer**, New York, Philadelphia, Eastbourne, Toronto, Hong kong, Sydney: Praeger Publishers, 1984, p. 219-31.
- MÓDENA, L.P.M.; EJIMA, F.H.- Tumores do estômago, In: **Endoscopia Digestiva – SOBED**, MEDSI Editora médica científica, 1994, p. 139-53.
- MONACO, A .; ROTH, S.; CASTLEMAN, B.; WELCH, C. - Adenomatous polyps of the Stomach. **Cancer**, **15**:456:66, 1962.
- MURAKAMI, T.; HOUJOU, Y.; OOTSUKA, K. - The study of the polyp and the polyp cancer of the stomach. **Gann no rinsho**, **2**:544-9, 1956.
- MURAKAMI, T.; KAWAMATA, K.; NAGAHAMA, A .- Tumor of the stomach and duodenum other than carcinoma. A . gastric polyp. **In: Gendai gekagaku taikai 35B**. I Junisicho II, Tokyo: Nakayama Shoten, 253-63, 1970.

- MUTO, T.; OOTA, K. - Polypogenesis of gastric mucosa. **GAAN**, **61**:435-42, 1970.
- NAGAYO, T. - Histological criteria of malignant transformation of gastric polyp and its results. **Stomach intestine**, **10**:301-8, 1975.
- NAKAMURA, T.; NOKANO, G. - Pathology of gastric polyp. **In: Kidokoro T**, ed. Igan no Rinshou, Tokyo: Herusu Shuppan, 1983 p.56-70.
- NAKAMURA, T. - Malignant change of gastric polyp, with special reference to histopathological classification. **Stomach intestine**, **3**:737-47, 1968.
- NAKAMURA, T.; NAKANO, G. - Histopathological classification and malignant change in gastric polyps. **Am. J. Clin. Path.**, **58**:434-444, 1992.
- NELSON, R.S.; LANZA, F.L. - Tumores benignos e malignos do estômago. In: Berk J.F. **Bockus Gastroenterologia**, 4^a ed. Livraria Santos, 1991, p. 707-35.
- OOTA, K.; SOBIN, L.H. - Histologic typing of gastric and esophageal tumors. In: **International classification of tumors**, Geneva: WHO Monograph No. 18, 37-46, 1977
- PARKS, T.G.; BUSSEY, H.J.R.; LOCKHART-MUMMERY, H.E. - Familial polyposis coli associated with extra-colonic abnormalities. **GUT**, **11**:323-9, 1970.
- RANDALL, G.M.- Endoscopic diagnosis of gastric neoplasms. **Gastrointest Endoscopic Clin North Am**, **2**:469-93, 1992.
- RATTAN, J.; ARBER, N.; TIOMNY E. ET AL. - Gastric polyp lesions – an eight-year study. **Hepatogastroenterology**, **105**:837-844, 1993.
- REMIME, S.G.; HUGHES, R.W.; WEILAND, L.H. - Endoscopic gastric polypectomies. **Mayo Clinic proc**, **56**:371-5, 1981.
- ROBERT, S.; LANZA, N.; LANZA, F. L. - Tumores benignos e malignos do estômago. **In: Bockus 4^a ed.**, Livraria Santos Editora, 1995, p. 707-20.
- ROBBINS, S. L. - The gastrointestinal tract. **In: Pathologic basis of disease**, W B Saunders Company, 1995, p. 778-9.
- SALMEDA, H. - Smooth muscle tumors of the stomach. A clinical study of 112 cases. **Acta chir. Scand.**, **134**:384-91, 1968.

SANTOS, J.O.M.; CARVALHO, JR. A.F.C.; ZEITUNE, J.M.R.- Tumores gástricos benignos. **In: Endoscopia Digestiva – SOBED**; MEDSI Editora médica científica, 2000, p. 441-7.

SAWADA, T.; MUTO, T. - Familial adenomatous polyposis: Should patients undergo surveillance of the upper gastrointestinal tract? **Endoscopy**, **27**:6-11, 1995.

SEIFER, E.; ELSTER, K. - Gastric polypectomy. **Am J gastroenterol**, **63**:451-6, 1975.

SEIFERT, E.; GALIL, K.; WEISMUELLER, J. - Gastric polypectomy – Longterm results. **Endoscopy**, **15**:8-11, 1983.

SNOVER, D.L. - Benign epithelial polyps of the stomach. **Path. Ann**, **20**:302-29, 1970.

STOLTE, M.; STICHT, T.; EIDT, S.; EBERT, D.; FINKENZELLER, G. – Frequency, location, and age and sex distribution of various types of gastric polyps. **Endoscopy**, **26**: 659-665, 1994.

STOLTE, M. - Clinical Consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps. **Endoscopy**, **27**:32-7, 1995.

STOUT, A. P.- Tumors of the stomach. In: **Atlas of tumor pathology, Sect 6**,

Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1953

STOLTE, M.; STICHT, T.; EIDT, S.; EBERT, D; FINKENZELLER, G. -Frequency, location, and age and Sex distribution of various types of gastric polyp. **Endoscopy**, **26**: 659-665, 1994.

STOLTE, M.; FINKENZELLER, G. - Inflammatory fibroid polyp of the stomach. **Endoscopy**, **22**:203-7, 1990.

TATSUTA, M.; OKUDA, S.; TAMURA, H.; TANIGUCHI, H. – Gastric hamartomatous polyps in the absence of familial polyposis coli. **Cancer**, **45**:818-23, 1980.

THOMPSON, H.L.; OYSTER, J.M.; GRAFE, W.; THORBJARNARSAN, B.; PEARCE, J.; BEAL, J.M. - Benign neoplasms of the stomach. **Am J Surg**, **100**:561-71, 1960.

TOMASULO, J. - Gastric polyps. Histologic types and their relationship to gastric carcinoma. **Cancer**, **27**: 1346-55, 1971.

TYTGAT, G.N.; SILVERSTEIN, F.E. - Pólipos gástricos. In: **Endoscopia Gastrointestinal**, 3^a ed. W.B. Saunders Company, 1997, p. 172-80.

UTSUNOMIYA, J.; GOCHO, H.; MIYANAGA, T. - Peutz-Jeghers syndrome: Its natural course and management. **Johns Hopkins Med J**, **136**:71-82,1975.

VALLE, D.O.T.; MONTES, C.G.; GUERRAZZI, F.; BRANDALISE, N.A. ; SANTOS, J.O .M.; DELIZA, R.; ALMEIDA, J.R.; CARVALHO, JR.A.F. - Polipose de glândulas fúndicas em pacientes sem polipose familiar: relato de 4 casos com revisão da literatura. **GED**, **13**:76-8; 1994.

VEALE, A.M.O.; MCCALL, L.; BUSSEY, H.J.R.; MORSON, B.C. - Juvenile polyposis coli. **J Med Genet**, **3**:5-16, 1996.

WATANABE, H.; JASS, J.R.; SOBIN, L.H. - Histological typing of esophageal and gastric. **Springer**, Berlin, Heidelberg, New York. 1990

WATANABE, N.; SASAKI, H.; YABUKI, S. - Endoscopy polypectomy of the stomach. **Saishin Igatu**, **36**:63-8, 1981.

WATANABE, H.; SAKAGUCHI, Y.; KUROROKI, S.C- Historical changes of benign gastric polyps. **Stomach Intestine**, **15**:49-58, 1980.