

Análise comparativa dos aspectos endoscópicos e histopatológicos das lesões superficialmente elevadas ressecadas por mucosectomias no cólon distal e proximal

Comparative analysis of endoscopic and histopathological features of superficial elevated lesions resected by endoscopic mucosal resection in the distal and proximal colon

ARTUR ADOLFO PARADA^{1,2}; CARMEN AUSTRALIA PAREDE MARCONDES RIBAS¹, FILADELFIO EUCLYDES VENCO³; JOSÉ CELSO ARDENGH²; MARIANA AMARAL REIS²; MATHEUS DEGIOVANI^{1,2}; MIGUEL REYNALDO VARCA-NETO²; NILDEDE RODRIGUES DIGER^{1,2}; ROBERTO EL IBRAHIM³, KASSIA FERNANDA CORDOVA¹, MARILIA DA CRUZ FAGUNDES¹, HAMILTON MOREIRA¹, LUIZ FERNANDO KUBRUSLY¹

R E S U M O

Objetivo: comparar aspectos endoscópicos e histopatológicos de lesões superficialmente elevadas, com um ou mais centímetros de diâmetro, diagnosticadas por videocolonoscopias e ressecadas por mucosectomias do cólon distal com as do cólon proximal. **Métodos:** estudo foi retrospectivo, transversal, observacional, envolvendo 8075 videocolonoscopias. Avaliou-se 166 mucosectomias em 145 pacientes com lesões superficialmente elevadas com diâmetro igual ou maior do que 1cm. **Resultados:** a prevalência de lesões foi menor no G1 do que no G2 (34,9% x 65%). A média de idade, a distribuição por sexo e o tamanho (1,9cm no G1 e 2cm no G2, $p=0,921$) foram semelhantes. Não houve diferenças das superfícies em relação à localização ($p=0,575$). Considerando neoplasia intraepitelial de baixo grau, neoplasia intraepitelial de alto grau (incluindo carcinomas) e hiperplásicas, não houve diferença ($p=0,527$), assim como quando foram divididas as lesões neoplásicas em serrilhadas e não serrilhadas ($p=0,124$). Excluindo-se 13 lesões hiperplásicas e duas com carcinomas, 124 (82,1%) foram não serrilhadas e 27 (17,9%) serrilhadas. **Conclusão:** não foram observadas diferenças significativas entre os aspectos endoscópicos e os histopatológicos das lesões superficialmente elevadas, com 1cm ou mais de diâmetro, ressecadas por mucosectomia do cólon distal em relação ao proximal. Embora não significativa, há tendência à associação entre a localização da lesão e a presença de características serrilhadas.

Descritores: Neoplasias Colorretais. Endoscopia. Membrana Mucosa. Cólon. Colonoscopia.

INTRODUÇÃO

O carcinoma colorretal é um dos principais problemas médicos em todo o mundo¹⁻³. A proporção de carcinomas proximais tem aumentado em relação aos distais⁴ e a proteção conferida pela colonoscopia no cólon proximal é menor do que no distal⁵. Muitos estudos sugerem que os carcinomas de intervalo, que são diagnosticados poucos anos após colonoscopias, são mais proximais e que não foram diagnosticados, dentre vários fatores, por se desenvolverem a partir de lesões superficiais^{5,6}. Os endoscopistas, paralelamente, passaram a diagnosticar cada vez mais as lesões não polipóides ou superficiais e as lesões ou tumores de espraiamento lateral (LST – Laterally Spreading Tumours)⁷.

Nos últimos anos as lesões serrilhadas, que frequentemente são lesões superficialmente elevadas, estão

sendo muito discutidas, mas ainda existem algumas discordâncias e dificuldades no diagnóstico e caracterização destas lesões por parte dos endoscopistas e dos patologistas. Contudo, passaram a ser consideradas importantes, podendo representar, segundo vários autores, 7,5% a 30% do total dos carcinomas colorretais⁸.

Este trabalho, enfatizando a histogênese do câncer colorretal, teve por objetivo estudar espécimes de mucosectomias de lesões superficialmente elevadas, com 1cm ou mais de diâmetro, comparando seus aspectos endoscópicos e histopatológicos no cólon distal e no proximal.

MÉTODOS

O estudo é retrospectivo, transversal, observacional, no qual foram avaliados os exames de pacientes submetidos à videocolonoscopias em que foram resse-

1 - Programa de Pós-Graduação em Princípios da Cirurgia, Faculdade Evangélica do Paraná/Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/ Instituto de Pesquisas Médicas, Curitiba, PR, Brasil; 2 - Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil; 3 - Laboratório Diagnóstica Patologia Cirúrgica e Citologia, São Paulo, SP, Brasil.

cadadas por mucosectomias endoscópicas lesões superficialmente elevadas, com mais de 1cm de diâmetros, no período de 2011 a 2014 no Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil. Os exames foram realizados com sedação controlada por anestesista e as lesões ressecadas pela técnica da mucosectomia. Consideraram-se as lesões do tipo 0-LST e 0-IIa (da classificação de Paris) conjuntamente como lesões superficialmente elevadas. Suas superfícies foram classificadas em granulares, nodulares e lisas, após cromoscopia com índigo carmin a 0,4%. As lesões com 2-2,5 cm de diâmetro foram ressecadas em monobloco e as com mais de 2,5-3 cm por mucosectomias em fragmentos (piecemeal).

As peças foram esticadas em papel cartão, com agulhas, e fixadas em formalina a 10%, posteriormente cortadas a cada 2mm e examinadas microscopicamente com hematoxilina e eosina. A invasão da submucosa foi subdividida em três níveis: sm1, sm2 e sm3. As lesões foram classificadas histopatologicamente pela classificação de Viena. Subdividiu-se as lesões com atipias celulares e citoarquitecturais em lesões serrilhadas e não serrilhadas, mantendo os pólipos hiperplásicos como um grupo a parte.

Ao final, as avaliações das lesões serrilhadas foram reconsideradas de acordo com a orientação da *World Health Organization* (WHO), incluindo os pólipos hiperplásicos com 1cm ou mais de diâmetro como lesões serrilhadas⁸⁻¹⁰. Estas, com atipias (adenomas sésseis serrilhados/pólipos – ASS/Ps), foram consideradas neoplasias intraepiteliais de baixo grau ou de alto grau, do tipo serrilhadas (NIE-BG-S ou NIE-AG-S). As lesões adenomatosas foram consideradas como neoplasias intraepiteliais de baixo grau ou de alto grau ou como neoplasias intraepiteliais de baixo grau ou de alto grau, não serrilhadas.

A flexura esplênica é considerada proximal por alguns autores¹¹, e distal para outros¹². Neste trabalho considerou-se a flexura esplênica, descendente e sigmoide como cólon distal (G1) e o ceco, cólon ascendente e transversal como proximal (G2).

Os resultados obtidos das variáveis avaliadas no estudo foram descritos por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para a idade dos pacientes foram apresentados os valores de média e desvio-padrão. A comparação das localizações das lesões (distal e proximal), em relação às variáveis qualitativas, foi feita considerando-se o teste exato de Fisher ou de qui-quadrado.

Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.

RESULTADOS

Foram efetuadas 166 mucosectomias (2% do total das colonoscopias) em 145 pacientes. Destes, 52 (35,9%) tiveram 58 lesões no G1. A média de idade foi 64,2 anos (+/- 12,3 anos, 33-89); 25 (48,1%) eram homens e 27 (51,9%) mulheres. No G2, 100 (69%) tiveram 108 lesões, com média de idade de 65,4 anos (+/- 10,2 anos, 38-89); 45 (45%) eram homens e 55 (55%) mulheres.

Na tabela 1 são apresentadas as frequências e percentuais de lesões de acordo com intervalos de tamanhos das lesões, em cada localização.

Ao comparar o tamanho das lesões no cólon distal com o das lesões no proximal, não foi encontrada diferença significativa ($p=0,921$). Também são apresentadas as frequências e percentuais de lesões de acordo com as características das superfícies, em cada localização. Não houve diferença significativa entre as localizações das lesões e as características das superfícies ($p=0,575$).

Para o teste estatístico, considerou-se neoplasia intraepitelial de baixo grau, de alto grau e hiperplásica. Os dois casos de carcinoma foram agrupados com neoplasia intraepitelial de alto grau (Tabela 2).

Ao comparar lesões no G1 com as no G2, não foi encontrada diferença significativa ($p=0,527$). Na tabela 3 comparam-se as neoplasias intraepiteliais não serrilhadas com serrilhadas, excluindo-se os pólipos hiperplásicos ($n=13$) e os carcinomas ($n=2$).

Na tabela 3 dividem-se estas 151 lesões em dois grandes grupos, considerando-as como serrilhadas e não-serrilhadas e também mostra os resultados restritos às lesões com neoplasias intraepiteliais de baixo grau e neoplasias intraepiteliais de alto grau. Em todas as análises não foram encontradas diferenças significativas entre os tipos de lesões e suas localizações, G1 ou G2.

Nas tabelas 4 e 5 são apresentadas frequências e percentuais de acordo com as superfícies e tamanhos, com o exame histopatológico, em cada localização.

Considerando-se as 13 lesões hiperplásicas como lesões serrilhadas (seriam adenomas sésseis serrilhados sem displasia), ter-se-iam 41 lesões serrilhadas (Tabela 6).

Tabela 1. Frequências e percentuais de lesões de acordo com intervalos de tamanhos das lesões, superfícies e histopatologia no cólon distal e proximal.

| Tamanho (cm) | Distal | Proximal | Total |
|-----------------------------|--------------|----------------|-------------|
| 1 | 13 (22,4%) | 28 (25,9%) | 41 (24,7%) |
| 1,1 a 2 | 27 (46,6%) | 45 (41,7%) | 72 (43,4%) |
| 2,1 a 3 | 12 (20,7%) | 22 (20,4%) | 34 (20,5%) |
| > 3 | 6 (10,3%) | 13 (12%) | 19 (11,4%) |
| Total | 58 | 108 | 166 |
| Superfície | Distal | Proximal | Total |
| Granular-G | 45 (77,6%) | 88 (81,5%) | 133 (80,1%) |
| Nodular-N | 10 (17,2%) | 19 (17,6%) | 29 (17,5%) |
| Lisa-L | 3 (5,2%) | 1 (0,9%) | 4 (2,4%) |
| Total | 58 | 108 | 166 |
| Histopatologia | Cólon distal | Cólon proximal | Total |
| Hiperplásica | 3 (5,1%) | 10 (9,2%) | 13 (7,8%) |
| NIE baixo grau | 38 (65,5%) | 56 (51,8%) | 94 (56,6%) |
| NIE baixo grau - serrilhada | 6 (10,3%) | 18 (16,6%) | 24 (14,5%) |
| NIE alto grau | 10 (17,2%) | 20 (18,5%) | 30 (18,1%) |
| NIE alto grau - serrilhada | 0 (0%) | 3 (2,8%) | 3 (1,8%) |
| Carcinoma sm1 | 1 (1,7%) | 1 (0,9%) | 2 (1,2%) |
| TOTAL | 58 (100%) | 108 (100%) | 166 |

NIE=neoplasia intraepitelial

A análise estatística, embora sem significância, indicou haver tendência na associação entre a localização e a presença de lesões serrilhadas.

DISCUSSÃO

Os adenomas sésseis serrilhados/pólipos (ASS/Ps) predominam no cólon direito¹³. Tendem a ser planos, no cólon proximal (75%), sendo 64% com mais de 5mm e 17% com mais de 10mm. Os pólipos hiperplásicos proximais e com mais de 5mm poderiam ser classificados como serrilhados⁸, enquanto que a maioria das lesões não serrilhadas ou adenomatosas estariam no cólon esquerdo¹⁴. Autores afirmam que pólipos hiperplásicos proximais, com mais de 10mm, podem ser considerados adenomas sésseis serrilhados. Com estes critérios ter-se-iam 41 lesões serrilhadas, sendo nove (22%) no G1 e 32 (78%) no G2. No G1, corresponderiam a 15,5% de 58 e no G2, incluindo o carcinoma sm1 serrilhado, a 29,6% de 108. Das 125 lesões não serrilhadas, 49 (39,2%) no G1 e 76 (60,8%) no G2. O teste estatístico (0,061) não é significativo, mas evidencia tendência à associação entre a localização e a presença de lesão serrilhada.

Em estudo americano de 100 lesões serrilhadas, 88 se localizaram no cólon proximal até a flexura

esplênica. A grande maioria era do tipo lesão superficialmente elevada¹⁵. Este trabalho apresenta dados semelhantes, ou seja, das 41 serrilhadas (incluindo os pólipos hiperplásicos), 32 (78%) localizavam-se no G2 e nove (21,9%) no G1.

Estudo multicêntrico japonês analisou 154 pólipos hiperplásicos com 1cm ou mais de diâmetro. A maioria dos adenomas sésseis serrilhados com atípicas (ASS/Ps), 90 de 107 (84,1%), e dos que não eram adenomas sésseis serrilhados (não ASS/Ps, portanto sem atípicas), 33 de 47 (70,2%) estavam no cólon proximal¹⁶, assim como observado neste estudo, 77,7% das lesões serrilhadas com atípicas (21 de 27 lesões com atípicas) e 76,9% das lesões serrilhadas sem atípicas (10 de 13 lesões hiperplásicas que seriam as lesões sem atípicas) se localizaram no cólon proximal (G2).

Em casuística muito grande de grupo coreano, de 28.544 colonoscopias foram diagnosticados 143 adenomas sésseis serrilhados/pólipos (ASS/Ps) (0,5%). Destes, 123 (86%) eram proximais à flexura esplênica e nove (6,3%) tinham mais de 1cm de diâmetro¹⁷. Na literatura, o tamanho médio dos adenomas sésseis serrilhados foi 8,1mm¹⁶. Aqui foram diagnosticados 27 adenomas sésseis serrilhados com 1cm ou mais de diâmetro, sendo seis no G1 (22,2%) e 21 no G2 (77,7%).

Tabela 2. Aspectos histopatológicos da amostra (n=166).

| Resultado anatomopatológico | Distal | Proximal | Total |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| NIE baixo grau | 44 (75,9%) | 74 (68,5%) | 118(71,1%) |
| NIE alto grau e carcinoma* | 11 (19%) | 24 (22,2%) | 35 (21,1%) |
| Pólipo hiperplásico | 3 (5,2%) | 10 (9,3%) | 13 (7,8%) |
| Total | 58 | 108 | 166 |

Dois casos de adenocarcinoma (um no distal não-serrilhado e um no proximal, serrilhado)

Nesta casuística, no total, com estes critérios, quatro de 41 lesões serrilhadas (9,7%) e 31 de 125 não serrilhadas (24,8%) apresentaram NIE de alto grau ou carcinomas sm1. No G1, das 49 lesões não serrilhadas, 11 apresentaram neoplasias de alto grau ou carcinomas sm1 (22,4%) e nenhuma em lesão serrilhada. No G2, 20 de 76 lesões não serrilhadas (26,3%) e quatro em serrilhadas (4/32=16,7%) eram neoplasias intraepiteliais de alto grau ou carcinoma sm1.

Em publicação brasileira, evidenciou-se que lesões com mais de 1cm tendem a ser mais pediculadas, com componente adenomatoso, e pacientes com mais de 50 anos de idade apresentam maiores probabilidades de apresentarem pólipos sésseis e no cólon proximal¹⁸. Em estudo americano de 2400 pacientes, 10% dos pólipos diagnosticados eram serrilhados. As lesões do cólon direito, quando comparadas por tamanho, apresentaram maior chance de serem displásicas¹⁹. Neste estudo foram diagnosticadas 41 lesões serrilhadas em 166 removidas por mucosectomias

(24,7%), sendo 55 lesões com atipias no G1 (94,8%) e 98, no G2 (90,4%), não havendo diferença estatística entre os dois grupos.

Em estudo coreano de 47 lesões serrilhadas proximais, 43 eram lesões superficialmente elevadas e destas, nove eram de alto risco, com duas displasias e sete com mais de 10mm de diâmetro. O tamanho médio foi 6mm²⁰. Nesta casuística, 32 eram lesões superficialmente elevadas no G2, todas com 1cm ou mais de diâmetro, sendo que quatro eram NIE de alto grau ou carcinoma sm1.

Publicação recente de séries de poucos casos (n=12)²¹ evidenciou que mesmo pequenas lesões serrilhadas podem apresentar carcinoma invasivo, com tamanhos entre 8,5 e 11,3 mm, sugerindo malignizações raras, porém rápidas. Este aspecto de progressão rápida não foi confirmado em outro trabalho em que a média de idade dos pacientes com adenomas sésseis serrilhados foi 61 anos, dos adenomas sésseis serrilhados com atipias de alto grau, de 72 anos, e para os com câncer relacionados aos adenomas sésseis serrilhados, de 76 anos²².

Tabela 3. Lesões serrilhadas e não serrilhadas, neoplasia intraepitelial de baixo e alto grau.

| Serrilhadas | Distal | Proximal | Total | |
|--------------------------------|------------|------------|-------------|---------|
| NIE baixo grau, não serrilhada | 38 (70,4%) | 56 (57,7%) | 94 (62,3%) | |
| NIE alto grau, não serrilhada | 10 (18,5%) | 20 (20,6%) | 30 (19,9%) | |
| NIE baixo grau, serrilhada | 6 (11,1%) | 18 (18,6%) | 24 (15,9%) | p=0,278 |
| NIE alto grau, serrilhada | 0 (0%) | 3 (3,1%) | 3 (2%) | |
| Total | 54 | 97 | 151 | |
| Serrilhada | Distal | Proximal | Total | |
| Não | 48 (88,9%) | 76 (78,4%) | 124 (82,1%) | |
| Sim | 6 (11,1%) | 21 (21,6%) | 27 (17,9%) | p=0,124 |
| Total | 54 | 97 | 151 | |
| Serrilhada de baixo grau | Distal | Proximal | Total | |
| Não | 38 (86,4%) | 56 (75,7%) | 94 (79,7%) | |
| Sim | 6 (13,6%) | 18 (24,3%) | 24 (20,3%) | p=0,237 |
| Total | 44 | 74 | 118 | |
| Serrilhada de alto grau | Distal | Proximal | Total | |
| Não | 10 (100%) | 20 (87%) | 30 (90,9%) | |
| Sim | 0 (0%) | 3 (13%) | 3 (9,1%) | p=0,536 |
| Total | 10 | 23 | 33 | |

NIE=neoplasia intraepitelial

Tabela 4. Histopatologia e superfície no cólon distal e no proximal.

| Histopatologia | Superfície (distal, n=58) | | | Superfície (proximal, n=108) | | |
|---------------------------|---------------------------|---------|-----------|------------------------------|----------|----------|
| | Granular | Nodular | Lisa | Granular | Nodular | Lisa |
| Pólipo hiperplásico | 2 (4,4%) | 0 | 1 (33,3%) | 9 (10,2%) | 1 (5,2%) | 0 |
| NIE de baixo grau | 29 (64,4%) | 7 (70%) | 2 (66,7%) | 42 (47,7%) | 13(76%) | 1 (100%) |
| NIE baixo grau serrilhada | 6 (13,3%) | 0 | 0 | 18 (20,5%) | 0 | 0 |
| NIE alto grau | 7 (15,6%) | 3 (30%) | 0 (0%) | 16 (18,2%) | 4(23,5%) | 0 |
| NIE alto grau serrilhada | 0 | 0 | 0 | 2 (2,3%) | 1 (5,2%) | 0 |
| Adenocarcinoma | 1 (2,2%) | - | - | 1 (1,1%) | 0 | 0 |
| Total | 45 | 10 | 3 | 88 | 19 | 1 |

NIE=neoplasia intraepitelial

Em publicação de grupo japonês foram avaliadas 141 lesões serrilhadas, sendo 107 lesões superficialmente elevadas, preferencialmente no cólon direito (81,8%) com tamanho médio de 13mm e com carcinoma intramucoso em 13,6% (3/22 ASS/Ps)²³. Nesta casuística, considerando-se a NIE de alto grau como carcinoma intramucoso, evidenciou-se três lesões de 27 adenomas sésseis serrilhados (11,1%) e mais um carcinoma sm1, o que totalizaria quatro carcinomas em 28 ASS/Ps (14,2%), com tamanho médio de 14mm, todos no G2.

O índice de invasão da submucosa para as lesões de espraiamento lateral com superfícies homogêneas é muito baixo (<2%) mesmo em lesões grandes, enquanto que nas com superfícies mistas, com nódulos maiores, este índice é maior (acima de 7%)²⁴. Os dois casos de carcinomas nesta casuística, ocorreram em lesões com superfícies granulares (1,5% de 133 granulares),

sendo um do tipo serrilhado com 1cm no G2, e outro não serrilhado com 2,5cm de diâmetro no G1.

Os adenomas sésseis serrilhados e o adenoma sésseil tradicional (AST) têm sido considerados lesões neoplásicas pré-cancerosas e o pólipo hiperplásico sem potencial maligno. No entanto, um autor considera o pólipo hiperplásico com mais de 1cm também com potencial maligno²⁴. Os adenomas sésseis serrilhados com displasias evidentes apresentam, segundo alguns autores, tendência estimada de evoluir para câncer maior do que a dos adenomas convencionais (5,3% x 2,2%).

A progressão dos adenomas sésseis serrilhados para câncer seria mais rápida do que a dos adenomas convencionais. Já se evidenciou evolução para carcinoma invasivo em período de oito meses. Os dados sugerem que os adenomas sésseis serrilhados podem estar presentes por muitos anos com poucas alterações;

Tabela 5. Histopatologia e tamanho da lesão no cólon distal e no proximal.

| Histopatologia | Tamanho da lesão (cm) (Distal, n=58) | | | | Tamanho da lesão (cm) (Proximal, n=108) | | | |
|---------------------------|---|---------------|--------------|--------------|--|---------------|---------------|--------------|
| | 1 | 1,1 a 2 | 2,1 a 3 | > 3 | 1 | 1,1 a 2 | 2,1 a 3 | > 3 |
| Pólipo hiperplásico | 2 (15,4%) | 1 (3,7%) | | | 1 (3,6%) | 8 (17,8%) | | 1 (7,7%) |
| NIE de baixo grau | 10 (76,9%) | 19 (70,4%) | 7 (58,3%) | 2 (33,3%) | 15 (53,6%) | 21 (46,7%) | 13 (59,1%) | 7 (53,8%) |
| NIE baixo grau serrilhada | 1 (7,7%) | 2 (7,4%) | 1 (8,3%) | 2 (33,3%) | 7 (25%) | 9 (20%) | 1 (4,5%) | 1 (7,7%) |
| NIE alto grau | | 5 (18,5%) | 3 (25%) | 2 (33,3%) | 2 (7,1%) | 7 (15,6%) | 7 (31,8%) | 4 (30,8%) |
| NIE alto grau serrilhada | | | | | 2 (7,1%) | | 1 (4,5%) | |
| Adenocarcinoma | | | 1 (8,3%) | | | | | |
| | | | | | 1 (3,6%) | | | |
| Total | 13 | 27 | 12 | 6 | 28 | 45 | 22 | 13 |

NIE=neoplasia intraepitelial

Tabela 6. Resultados segundo os critérios da World Health Organization (WHO).

| Serrilhado | Distal | Proximal | Total |
|------------|------------|------------|-------------|
| Não | 49 (84,4%) | 76 (70,3%) | 125 (75,3%) |
| Sim | 9 (15,5 %) | 32 (29,6%) | 41 (24,7%) |
| Total | 58 | 108 | 166 |

$p=0,061$

no entanto, podem evoluir rapidamente para carcinomas invasivos, mesmo sem displasias e com menos que 10mm de diâmetro^{25,26}.

Novas tecnologias podem ajudar a distinguir melhor as lesões hiperplásicas das lesões serrilhadas e não serrilhadas e determinarem a conduta mais adequada a ser seguida em cada caso durante a colonoscopia²⁷.

Nos últimos anos, as lesões serrilhadas foram também incluídas nas recomendações de seguimento por colonoscopia; porém, não está ainda claro que o tama-

nho de 10mm -utilizado para definir adenomas convencionais como avançados- seja também aplicado para os adenomas sésseis serrilhados²⁸.

Em conclusão, não foram observadas diferenças significativas entre os aspectos endoscópicos e os histopatológicos das lesões superficialmente elevadas com 1cm ou mais de diâmetro ressecadas por mucosectomia do cólon distal em relação ao proximal. Embora não significativa, há tendência à associação entre a localização da lesão e a presença de características serrilhadas.

ABSTRACT

Objective: to compare endoscopic and histopathologic features of superficial, elevated lesions with one or more centimeters in diameter, diagnosed by videocolonoscopy on the distal and proximal colon, and subjected to mucosal resection. **Methods:** we conducted a retrospective, cross-sectional, observational study involving 8,075 videocolonoscopies. From this total, we evaluated 166 mucosectomies in 145 patients with superficial, elevated lesions with a diameter equal to or greater than 1cm. **Results:** the lesion prevalence was lower in G1 than in G2 (34.9% vs. 65%). The mean age, gender distribution and size (1.9cm in G1 versus 2.0cm in G2, $p=0.921$) were similar. There was no difference of mucosal surfaces in relation to the location ($p=0.575$). Considering Intraepithelial neoplasias, both the low grade, high grade (including carcinomas) and hyperplastic ones showed no difference ($p=0.527$), nor did the neoplastic lesions when divided into serrated and non-serrated ($p=0.124$). Excluding 13 hyperplastic lesions and two carcinomas, 124 (82.1%) were non-serrated and 27 (17.9%), serrated. **Conclusion:** were found no significant differences between endoscopic and histopathological aspects of superficial, elevated lesions of 1cm or more in diameter in distal colon compared with the proximal, when resected by mucosectomy. Although not significant, there was a tendency of association between the location of the lesion and the presence of serrated features.

Keywords: Colorectal Neoplasms. Endoscopy. Mucous Membrane. Colon. Colonoscopy.

REFERÊNCIAS

1. Snover DC. Update on the serrated pathway to colorectal carcinoma. *Hum Pathol.* 2011;42(1):1-10.
2. Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, Saskin R, Urbach DR, Rabeneck L. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. *Ann Intern Med.* 2009;150(1):1-8.
3. Nahas SC, Nahas CSR, Bustamante-Lopez LA, Pinto RA, Marques CFS, Campos FG, et al. Prognostic factors of surgically-treated patients with cancer of the right colon: a ten years' experience of a single university institution. *ABCD, arq bras cir dig.* 2015;28(1):3-7.
4. Caldarella A, Crocetti E, Messerini L, Paci E. Trends in colorectal incidence by anatomic subsite from 1985 to 2005: a population-based study. *Int J Colorectal Dis.* 2013;28(5):637-41.
5. Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M. Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med.* 2011;154(1):22-30.
6. Laiyemo AO, Doubeni C, Sanderson AK 2nd, Pinky PF, Badurdeen DS, Doria-Rose VP, et al. Likelihood of missed and recurrent adenomas in the proximal versus the distal colon. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(2):253-61.
7. Lambert R, Tanaka S. Laterally spreading tumors in the colon and rectum. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012;24(10):1123-34.
8. Anderson JC. Pathogenesis and management of serrated polyps: current status and future directions. *Gut Liver.* 2014;8(6):582-9.
9. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, Batts KP, Burke CA, Burt RW, et al. Serrated lesions of the colorectum: review

- and recommendations from an expert panel. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(9):1315-29.
10. Snover DC, Ahnen DJ, Burt RW, Odze RD. Serrated polyps of the colon and rectum and serrated polyposis. In: Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, editors. WHO classification of tumours of the digestive system. Lyon, France: IARC; 2010. p.160-5.
 11. Rustagi T, Rangasamy P, Myers M, Sanders M, Vaziri H, Wu GY, et al. Sessile serrated adenomas in the proximal colon are likely to be flat, large and occur in smokers. *World J Gastroenterol.* 2013;19(32):5271-7.
 12. Benedix F, Kube R, Meyer F, Schmidt U, Gastinger I, Lippert H; Colon/Rectum Carcinomas (Primary Tumor) Study Group. Comparison of 17,641 patients with right- and left-sided colon cancer: differences in epidemiology, perioperative course, histology, and survival. *Dis Colon Rectum.* 2010;53(1):57-64.
 13. Abdeljawad K, Vemulapalli KC, Kahi CJ, Cummings OW, Snover DC, Rex DK. Sessile serrated polyp prevalence determined by a colonoscopist with a high lesion detection rate and an experienced pathologist. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(3):517-24.
 14. Noffsinger AE. Serrated polyps and colorectal cancer: new pathway to malignancy. *Annu Rev Pathol.* 2009;4:343-64.
 15. Raju GS, Vadyala V, Slack R, Krishna SG, Ross WA, Lynch PM, et al. Adenoma detection in patients undergoing a comprehensive colonoscopy screening. *Cancer Med.* 2013;2(3):391-402.
 16. Shida Y, Ichikawa K, Fujimori T, Fujimori Y, Tomita S, Fujii T, et al. Differentiation between sessile serrated adenoma/polyp and non-sessile serrated adenoma/polyp in large hyperplastic polyp: a Japanese collaborative study. *Mol Clin Oncol.* 2012;1(1):53-8.
 17. Kim HY, Kim SM, Seo JH, Park EH, Kim N, Lee DH. Age-specific prevalence of serrated lesions and their subtypes by screening colonoscopy: a retrospective study. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:82.
 18. Silva SM, Rosa VF, Santos ACN, Almeida RM, Oliveira PG, Sousa JB. Influência da idade do paciente e do tamanho dos pólipos colorretais nos achados histopatológicos. *ABCD, arq bras cir dig.* 2014;27(2):109-13.
 19. Qumseya BJ, Coe S, Wallace MB. The effect of polyp location and patient gender on the presence of dysplasia in colonic polyps. *Clin Transl Gastroenterol.* 2012;3:e20.
 20. Lee CK, Kim YM, Shim JJ, Jang JY. Prevalence of proximal serrated polyps and conventional adenomas in an asymptomatic average-risk screening population. *Gut Liver.* 2013;7(5):524-31.
 21. Fujita K, Yamamoto H, Matsumoto T, Hirahashi M, Gushima M, Kishimoto J, et al. Sessile serrated adenoma with early neoplastic progression: a clinicopathologic and molecular study. *Am J Surg Pathol.* 2011;35(2):295-304.
 22. Lash RH, Genta RM, Schuler CM. Sessile serrated adenomas: prevalence of dysplasia and carcinoma in 2139 patients. *J Clin Pathol.* 2010;63(8):681-6.
 23. Hasegawa S, Mitsuyama K, Kawano H, Arita K, Maeyama Y, Akagi Y, Watanabe Y, et al. Endoscopic discrimination of sessile serrated adenomas from other serrated lesions. *Oncol Lett.* 2011;2(5):785-9.
 24. Hiraoka S, Kato J, Fujiki S, Kaji E, Morikawa T, Murakami T, et al. The presence of large serrated polyps increases risk for colorectal cancer. *Gastroenterol.* 2010;139(5):1503-10.
 25. Menacho AM, Reimann A, Hirata LM, Ganzerella C, Ivano FH, Sugisawa R. Double-blind prospective randomized study comparing polyethylene glycol to lactulose for bowel preparation in colonoscopy. *ABCD, arq bras cir dig.* 2014;27(1):9-12.
 26. Kagueyama FMN, Nicoli FM, Bonatto MW, Orso IRB. Importance of biopsies and histological evaluation in patients with chronic diarrhea and normal colonoscopies. *ABCD, arq bras cir dig.* 2014;27(3):184-7.
 27. Saul C, Prolla JC, Silva VD, Teixeira CR, Parada AA. Morphometric digital measurement of the luminal opening area of colonic crypts (pits) can differentiate the adenomas from other colonic lesions. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(2):107-10.
 28. Moss A, Bourke MJ, Williams SJ, Hourigan LF, Brown G, Tam W, et al. Endoscopic mucosal resection outcomes and prediction of submucosal cancer from advanced colonic mucosal neoplasia. *Gastroenterology.* 2011;140(7):1909-18.
- Recebido em: 27/02/2016
Aceito para publicação em: 28/04/2016
Conflito de interesse: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.
- Endereço para correspondência:**
Artur Adolfo Parada
E-mail: artur@arturparada.com.br