



**Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva**

Departamento de Endoscopia da Associação Médica Brasileira

Filiada à Organização Mundial de Endoscopia Digestiva

Filiada à Sociedade Interamericana de Endoscopia Digestiva



Flávio Hayato Ejima – Presidente  
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro  
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário  
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

São Paulo, 16 de abril de 2018

Para: Auditoria Médica da UNIMED SOROCABA

Dr. Francisco Scattolin

**ASSUNTO: COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA**

Prezado Dr. Francisco

Procuraremos esclarecer suas dúvidas, baseados na melhor evidencia científica para o tema em tela e em consonância com a Tabela CBHPM da Associação Médica Brasileira.

Primeiramente, devemos definir o que são pólipos e o que é uma biópsia endoscópica:

**PÓLIPOS** - Os pólipos do intestino grosso são, em sua quase totalidade, neoplasias benignas com potencial de risco de malignidade. Existem evidencias consistentes sinalizando que a remoção dos pólipos do intestino grosso possui forte impacto na redução da incidência e da mortalidade do CCR. É necessário a compreensão de que sob o nome genérico de “Pólipos do Intestino Grosso” estamos lidando doenças distintas em sua forma, histologia e potencial de malignidade. A importância da detecção, seguimento e conduta adequada nos pólipos do intestino grosso fundamenta-se no fato que aproximadamente 95% dos casos de CCR derivam de lesões adenomatosas polipoides ou planas <sup>1,2</sup>.

O potencial de malignidade independe do tamanho da lesão. Frequentemente, lesões planas e diminutas possuem maior potencial de malignização do que lesões polipoides pediculadas e grandes. De acordo com o Estudo Nacional de Pólipos dos Estados Unidos, a colonoscopia com polipectomia reduz a incidência de CCR 76-90%, comparando pacientes submetidos à colonoscopia com 3 estudos de coorte <sup>3</sup>. Os pólipos são definidos como uma projeção intraluminal da parede do trato digestório de modo limitado e circunscrito, podendo se originar da mucosa, submucosa, muscular própria e serosa. Habitualmente são classificados através da sua morfologia, estrutura histopatológica, tamanho e número de lesões <sup>4</sup>. Atualmente, emprega-se para a

Flávio Hayato Ejima – Presidente  
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro  
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário  
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

taxonomia morfológica das neoplasias do esôfago, estômago e cólons a Classificação de Paris, derivada da Classificação Japonesa. As lesões neoplásicas benignas da mucosa são estratificadas em polipoides, planas ou superficiais, escavadas e mistas<sup>5,6</sup>.

As lesões superficiais ou planas são definidas como aquelas nas quais o comprimento lateral é maior que a altura das lesões. As lesões superficiais são classificadas macroscopicamente em elevadas, deprimidas e de crescimento lateral.

Os pólipos são classificados quanto ao tamanho em diminutos (< 5 mm), pequenos (< 1 cm), médios (> 1 cm e < 2 cm) ou grandes (> 2 cm). Os pólipos diminutos requerem maior atenção porque podem passar despercebidos ao exame convencional e possuem um alto grau de displasia associado.

A taxa de detecção de adenomas (ADR) é considerada o marcador mais confiável para a qualidade da colonoscopia. Os colonoscopistas com taxa de detecção de pólipos inferior a 20% possuem o risco 10 vezes maior de incidência de CCR pós-colonoscopia (PCCRC) do que os colonoscopistas com ADR > 20% (Risco Absoluto de 0,011% para ADR > 20% versus 0,115% para ADR < 20%)<sup>7</sup>. O aumento de 1% na ADR representa 3% de risco de PCCRC<sup>8,9</sup>.

Realizar uma POLIPECTOMIA significa que o endoscopista retirou completamente uma neoplasia benigna do cólon, independente do seu tamanho ou acessórios utilizados para sua exérese – pinça fórceps, pinça *hot biopsy*, alça de polipectomia, injeção submucosa com agulha e ressecção endoscópica da mucosa com alça ou outras técnicas mais avançadas de endoterapia.

BIÓPSIAS – significa que o endoscopista retirou um fragmento de mucosa macroscopicamente lesionada ou não, para estudo histopatológico

Portanto, há uma grande diferença entre um procedimentos e outro, e que não guarda relação com o(s) tipo(s) de acessório(s) utilizados.

Por outro lado, o tipo de acessório a ser utilizado depende do tamanho, do tipo e da localização da lesão, podendo ser necessário apenas um único acessório ou múltiplos<sup>10</sup>.

Flávio Hayato Ejima – Presidente  
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro  
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário  
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

Deste modo, considerando-se o acima exposto, respondemos sua pergunta nº 1. **O procedimento a ser pago quando retirado um pólipó apenas com pinça fórceps é o mesmo do que se tivesse sido utilizados múltiplos acessórios: alça de polipectomia, agulha injetora, hot biopsy, etc. É COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA e não, colonoscopia com biópsia.**

Sua 2ª pergunta: Para a realização de polipectomia é necessário utilizar alça de polipectomia? **Não. Pode ser necessário utilizar alça de polipectomia, pinça fórceps, pinça hot biopsy, agulha injetora, cap, endoclipe, endoloop, kit de mucosectomia até acessórios mais complexos que possibilitem a dissecação endoscópica de submucosa.**

Sua 3ª pergunta: Para fins de pagamento como podemos diferenciar quando é biópsia e quando é polipectomia? **A diferença entre biópsia e polipectomia é o descrito no laudo endoscópico endossado pelo laudo histopatológico.**

Portanto não há como transformar um ato médico (biópsia), em outro ato médico (polipectomia), considerando-se os conceitos científicos estabelecidos. O primeiro tem finalidade puramente diagnóstica, enquanto que o segundo é essencialmente terapêutico, com todas as vantagens que propiciou ao paciente e para o financiador, qualquer que seja ele <sup>10</sup>.

Esperamos ter sanado todas as suas dúvidas sobre a diferença entre biópsia endoscópica e polipectomia endoscópica.

**Dra. Ana Maria Zuccaro**  
**Comissão de Ética e Defesa Profissional – Presidente**  
**Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva - SOBED**

Flávio Hayato Ejima – Presidente  
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro  
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário  
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário

#### Referências Bibliográficas:

1. Chen CD, Yen MF, Wang WM et al. A case-cohort study for the disease natural history of adenoma-carcinoma and de novo carcinoma and surveillance of colon and rectum after polypectomy: implication for efficacy of colonoscopy. Br J Cancer. 2003; 88:1866-1873.
2. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. JAMA 2003; 289:1288-96
3. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. JAMA 2003; 289:1288-96
4. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon (November 30 to December 1,2002). Gastrointest Endosc 2003;58 (Suppl 6): S3-43.
5. Fidalgo C, Santos L, Rosa I, Fonseca R et al. Hyperplastic Polyps? Look again...The impact of new classification for serrated polyps. Acta Med Port. 2014; 27:304-8
6. Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. Endoscopy 2005; 37:570-8.
7. Rees CJ, Bevan R, Zimmermann-Fraedrich K, Rutter MD. Expert opinions and scientific evidence for colonoscopy key performance indicators. GUT. 2016, 65:2045-60
8. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. N Engl J Med 2010; 362:1795–803.
9. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Endoscopy 2012; 44:957–68
10. Parecer SOBED sobre polipectomia endoscópica – setembro de 2014



# Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva

Departamento de Endoscopia da Associação Médica Brasileira

Filiada à Organização Mundial de Endoscopia Digestiva

Filiada à Sociedade Interamericana de Endoscopia Digestiva



Flávio Hayato Ejima – Presidente  
Jairo Alves Silva – Vice-Presidente

Thiago Festa Secchi– 1º Tesoureiro  
Eduardo Nobuyuki Usuy Junior– 2º Tesoureiro

Afonso Celso da Silva Paredes– 1º Secretário  
Ricardo Rangel de Paula Pessoa – 2º Secretário