

POLIPOS COLORRETAIS — ANÁLISE DE CASUÍSTICA

Luis Alberto Trazzi Fonseca¹
Francisco Carlos Lustiago²
Arnaldo Pantaleão Filho²
Irineu Pereira Teixeira²

RESUMO

No período entre janeiro de 1979 até dezembro de 1984, 24 pacientes portadores de polipos colorretais foram tratados em nossa Instituição. O maior número de pacientes apresentaram-se na infância com a presença de polipos juvenis e um caso de lipoma do reto. Os demais polipos encontrados na casuística foram do tipo adenomatoso (três pacientes) e de mucosa (cinco pacientes). A ressecção cirúrgica foi curativa em todos os casos, sendo basicamente realizada por via endoscópica.

UNITERMOS: polipos colorretais; polipos benignos; polipos na infância

Os polipos do intestino grosso constituem-se em importante causa de manifestações clínicas, sobretudo na infância, onde a hemorragia retal com grande frequência é atribuída a verminoses, fissuras e hemorróidas, omitindo-se a hipótese de polipo.

Na nossa experiência, em clínica particular e atividades ambulatoriais no Hospital-Escola "Padre Albino" da Faculdade de Medicina de Catanduva, temos tido oportunidade freqüente de nos deparar com queixas proctológicas na infância, sobretudo a enterorragia, o que nos motivou a realizar o presente estudo, visando basicamente detectar, em período determinado (últimos cinco

anos), a incidência, o padrão histológico e a importância dos polipos colorretais na infância, quando comparados com a incidência dos polipos na população adulta. Para tal, levantamos os arquivos de pacientes diagnosticados como portadores de polipos colorretais no período de janeiro de 1979 até dezembro de 1984, o que constitui a presente casuística.

PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1979 até dezembro de 1984, tratamos 24 pacientes portadores de polipos do intestino grosso no Serviço de Cirurgia do H.E.P.A. e Clínica Particular.

Esse material foi dividido em 4 grupos para facilitar a avaliação didática.

Grupo I — Três pacientes portadores de polipos adenomatosos (12%).

Grupo II — Cinco pacientes portadores de polipos de mucosa (20%).

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Catanduva (Prof. Dr. Pier Luigi Castelfranchi).

- 1 Professor Assistente da Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Catanduva — T.C.B.C. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
- 2 Residente 2º ano do Serviço de Cirurgia do Hospital-Escola Padre Albino da Faculdade de Medicina de Catanduva

Grupo III – Quinze pacientes portadores de polipos juvenis (62%).

Grupo IV – Um paciente portador de lipoma do reto (4%).

Tabela 1 – Polipos colorretais – Incidência

Tipo	N.º casos
Adenomatoso	3 (12%)
Juvenil	15 (62%)
Mucoso	5 (20%)
Lipoma	1 (4%)
	24 casos

Grupo I – Polipos adenomatosos

Constituído de três pacientes, com média etária de 53 anos (29 a – 86 a), todos do sexo masculino.

O quadro clínico predominante foi enterorragia em dois casos e diarreia com sangue no outro caso.

O processo diagnóstico principal foi a retossigmoidoscopia, seguida de terapêutica por ressecção endoscópica em todos os casos, que se encontravam na sua totalidade na região retal. Não houve complicações no grupo e nenhum caso de recidiva ou degeneração maligna.

Tabela 2 – Polipos colorretais – Relações sexo/idade

Tipo	Sexo		Idade média
	Masc.	Fem.	
Adenomatoso	3	–	35 a.
Juvenil	9	–	6 a.
Mucosa	3	–	48 a.
Lipoma	–	1	5 a.

Tabela 3 – Polipos colorretais – Métodos de diagnóstico

Tipo	Toque retal	RSC	Enema	Outros
Adenomatoso	–	3	3	–
Juvenil	1	15	2	1*
Mucosa	–	5	–	–
Lipoma	–	1	–	–

* Caso de polipo parido espontâneo.

Tabela 4 – Polipos colorretais – Tratamentos

	Ressecção endoscópica	Ressecção via abdominal	Ressecção com pinça biópsia	Espontâneo (parido)
Adenomatoso	3	–	–	–
Juvenil	13	1	–	1
Mucosa	–	–	3	–
Lipoma	1	–	–	–

Grupo II – Polipos de mucosa

Total de cinco casos, com média etária de 48 anos (28 a – 73 a), com proporção 3:2 do sexo masculino em relação ao feminino.

Constituíram-se em achado aos exames endoscópicos, destituídos, portanto, de importância clínica e tratados pela simples exérese da lesão com pinça de biópsia.

Grupo III – Polipos juvenis

Neste grupo encontramos o maior contingente do nosso material com 15 pacientes de média etária de seis anos (2 a – 11 a) sendo seis do sexo feminino e nove do sexo masculino. A manifestação clínica básica de apresentação foi a evacuação sanguinolenta com ou sem muco, presente em todos os casos, por períodos variáveis de cinco dias até quatro meses. Um único paciente apresentou-se com um polipo parido, tendo sido apenas acompanhado clinicamente, pela possibilidade de sangramento, o que não ocorreu.

Os outros 14 pacientes foram diagnosticados respectivamente:

- Toque retal + retossigmoidoscopia – um caso (o toque demonstrou nitidamente o polipo) – (7%).
- Retossigmoidoscopia diagnóstica isoladamente – 11 casos (79%).
- Retossigmoidoscopia + Enema opaco – dois casos (destes, o enema foi fundamental para o diagnóstico em um caso) (14%)

O tratamento, excetuando-se o caso de polipo parido espontâneo (7%), foi feito pela ressecção endoscópica com ligadura do pedículo em 13 casos (86%) e por laparotomia com colostomia longitudinal e ressecção do polipo em um caso (7%) com lesão situada a mais de 20 cm da borda anal.

A evolução até o momento não mostrou recidiva das manifestações clínicas ou diagnóstico de novos polipos em nenhum caso.

Grupo IV — Lipoma de reto

Consta de um único caso de paciente do sexo feminino de cinco anos de idade, com manifestação clínica de sangramento retal com muco. A terapêutica realizada foi a ressecção endoscópica após retossigmoidoscopia e o resultado pós-operatório excelente.

COMENTÁRIOS

Os polipos colorretais constituem uma entidade clínico-patológica de importância na proctologia.

Assim é, que patologias como o polipo adenomatoso e o adenoma viloso, de incidência exclusiva dos adultos, revestem-se de importância por seu potencial de degeneração maligna que se situa, respectivamente, em valores ao redor de 3% e 30%.

Essa característica se torna ainda mais ilustrativa se considerarmos a polipose familiar dos cólons e suas variantes, com potencial pré-maligno amplamente estabelecido e fornecendo índices de degeneração que podem mesmo chegar a 100% no momento em que o diagnóstico é estabelecido.

No outro extremo, encontramos as afecções polipóides da infância, que, se de um lado não se revestem do estigma da degeneração maligna, são causas freqüentes de manifestações proctológicas, sobretudo do tipo enterorragia isolada ou diarreias com exoneração concomitante de muco e sangue. Nessa época da vida, o mais comum é encontrarmos as lesões polipóides do tipo hamartoma, a saber: o polipo juvenil e a polipose familiar de Peutz Jeghers.

No presente estudo, de um total de 25 pacientes analisados num período de cinco anos, 16 (64%) eram crianças acometidas basicamente de enterorragia. Nestes casos, o exame físico só nos forneceu o diagnóstico preciso em duas oportunidades (uma por polipo parido e outra por polipo detectável ao toque retal). Dessa maneira, o complemento diagnóstico foi feito pela retossigmoidoscopia nos demais casos e em apenas um destes, o enema opaco foi fundamental ao diagnóstico, por se tratar de lesão situada acima de 20 cm da borda anal.

Acreditamos, porém, que a realização do exame contrastado deva ser feito sempre que se suspeite de uma 2ª lesão na infância, pois podemos encontrar outro polipo (do tipo juvenil) em até 30% dos casos.

Já nos casos de polipo adenomatoso, detectados à retossigmoidoscopia, realizamos rotineiramente um enema opaco complementar.

Os polipos de mucosa, que no nosso material

foram exclusivos da população adulta, são diagnosticados pelo exame endoscópico e não se constituem em causa importante de manifestações clínicas, sendo em geral achado ocasional do exame.

A terapêutica dessas lesões deve ser dividida quanto ao tipo de polipo.

Assim é que na infância a ressecção endoscópica por ligadura da base do polipo foi realizada por nós em 14 casos. Utilizamos para tal, anestesia geral com ou sem intubação orotraqueal, dependendo da idade da criança. Um dos nossos casos requereu ressecção via abdominal com colostomia na ténia contramesentérica e ressecção de polipo após transfixação do seu pedículo com fio absorvível, em virtude de sua localização inacessível à ressecção endoscópica com aparelho rígido e por não dispormos em nosso serviço de colonoscopia ou sigmoidoscópio flexível.

Não tivemos casos de sangramento pós-operatório, a não ser na 1ª evacuação (sangue coletado).

Os polipos adenomatosos da nossa experiência também puderam ser tratados pela ressecção endoscópica e transfixação do pedículo. Apesar do pequeno número de casos, todos tiveram evolução favorável e nenhum apresentou degeneração maligna à histologia. Recentemente, entretanto, realizamos uma amputação abdômino-perineal do reto por adenoma viloso degenerado, situado a 5 cm da borda anal em um paciente de 66 a. de idade que apresentava longa história de diarreia mucossangüinolenta (10 anos) e que até então não havia sido submetido a um simples toque retal, o que certamente teria feito o diagnóstico numa fase muito mais precoce e talvez ainda livre de degeneração.

Os polipos de mucosa não requerem especial ênfase terapêutica, visto que a simples biópsia diagnóstica já cumpre este papel.

Um comentário adicional deve ser feito a uma das nossas lesões polipóides em criança por se tratar de um lipoma do reto, patologia de origem conjuntiva mais freqüente no sexo feminino e no colo direito e ceco, onde com certa freqüência são de localização subserosa. Concluímos que uma adequada história proctológica, seguida de toque retal e da retossigmoidoscopia constituem o arsenal suficiente para a definição diagnóstica da grande maioria dos polipos colorretais e que devem estar ao acesso de todos os cirurgiões que assistem tais pacientes. Lembramos, ainda, que cabe ao clínico e sobretudo ao pediatra, elementos que muitas vezes dão o 1º atendimento a tais casos, a correta interpretação dos sintomas e o

conseqüente encaminhamento ao especialista para pronta conduta.

SUMMARY

Between January 1979 and December 1984, 24 patients with colonic polyps were treated in our institution. The disease was more common in childhood with predominancy of juvenile polyps and a single case of rectal lipoma. The other polypoid lesions found on our revision were of the adenomatous and mucosal types. The surgical

resection by endoscopy resolved basically all the cases.

UNITERMS: colonic polyps; benign polyps; polyps in childhood

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOLIGHER JC – Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Third Edition. London, Baillière Tindall, p. 420.
2. HEALY FR, ALVES JEC & VELÁSQUEZ GB – Retorragias em pediatria, do ponto de vista do cirurgião colorretal. Revista Brasileira de Colo-Proctologia, vol. 1, nº 1, 39-50.
3. SHACKELFORD RT & ZUIDEMA GD – Surgery of the alimentary tract, vol. 3, second edition. W. B. Saunders Company, p. 146.