
PÓLIPOS E POLIPOSE JUVENIL: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO DE 45 CASOS

CARLOS MARIGO
MARCELO LERARIO DE MEDEIROS
FERNANDO COTAIT MALUF

MARIGO C, MEDEIROS ML & MALUF FC - Pólipos e polipose juvenil: estudo epidemiológico e histopatológico de 45 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(2): 92-95

RESUMO: Com o intuito de investigar o potencial neoplásico dos pólipos juvenis foram analisados pólipos de 45 pacientes, quatro deles portadores de polipose juvenil (três do sexo feminino e um do masculino), sendo o restante dos pacientes portadores de pólipos únicos (20 do sexo masculino e 21 do sexo feminino). A idade variou desde meses até 32 anos. O exame microscópico de rotina revelou processos proliferativos epiteliais, incluindo fenômenos regenerativos (51,5%), hiperplasia adenomatóide (6,7%) e adenomas (5%), além de alterações displásicas (5%), não ocorrendo neoplasia maligna. Estes achados indicam que em nosso meio houve presença de potencial neoplásico em 2,3% dos pólipos únicos e em 13,6% dos múltiplos, o que sugere maior chance de degeneração carcinomatosa a partir destes últimos, tanto pelo maior comprometimento da mucosa cólica quanto pelo comportamento biológico mais agressivo.

UNITERMOS: pólipo juvenil; polipose juvenil; hamartoma; adenoma; adenocarcinoma de cólon

Os pólipos juvenis únicos foram descritos primeiramente por Horrilleno (1) como lesões hamartomatosas de localização predominantemente colônica. Apresentam-se geralmente em número de um a três em cada paciente (2) e afetam aproximadamente 1% das crianças menores de 10 anos (3). A manifestação clínica principal é o sangramento retal (2, 4). A auto-amputação é o curso final da maioria desses pólipos, (2) aos quais não se conferia potencial de malignidade (5-7).

A polipose juvenil, por sua vez, é afecção mais rara (8), descrita pela primeira vez por Mccoll e cols. (9) em 1964. Os pólipos habitam freqüentemente o intestino grosso (10, 11) e, em menor número de casos, também o estômago e o intestino delgado (12, 13). O número de pólipos varia de cinco a mais de mil, o que leva a uma sintomatologia clínica variada - sangramento retal, ane-

mia (14), intussuscepção, prolapso, enteropatia perdedora de proteínas e desnutrição (13). Alguns trabalhos nestas duas últimas décadas têm conferido maior potencial neoplásico à polipose juvenil quando comparada às populações-controle (15-19). A divergência entre os autores quanto à possibilidade do comportamento maligno tem como consequência a diversidade de tratamentos. Este trabalho tem como objetivo verificar, em amostragem de pacientes de nosso meio, o comportamento biológico de pólipos juvenis únicos e múltiplos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram revistos pólipos juvenis únicos de 41 pacientes e os pólipos múltiplos de quatro pacientes, do período de 1987 a 1992 - todos do intestino grosso, operados nos Departamentos de Cirurgia e de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Este estudo foi realizado no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HCSCMSP). Foi adotada a definição de polipose juvenil dada por Jass e cols. (20), que segue os seguintes critérios: mais de cinco pólipos em cólon e/ou reto, e/ou qualquer número de pólipos juvenis com história familiar presente (20). Foram utilizados preparados histológicos corados pela hematoxilina-eosina (HE) e os prontuários desses pacientes para o estudo epidemiológico descritivo. Foram analisadas as seguintes variantes: sexo, idade, raça, história familiar, localização anatômica e seguimento dos indivíduos portadores de polipose juvenil. Optamos por classificar os pólipos juvenis isolados e múltiplos em quatro grupos, de acordo com os seguintes parâmetros histopatológicos:

Grupo I (G I) - Pólipos sem fenômenos proliferativos

Grupo II (G II) - Pólipos com fenômenos regenerativos

Grupo III (G III) - Pólipos com displasia

Grupo IV (G IV) - Pólipos com hiperplasia adenomatóide e/ou adenoma e/ou carcinoma

A idade média dos pacientes que apresentavam pólipos juvenis únicos foi de sete anos, com idade mínima de seis meses e máxima de 32 anos, respectivamente. Houve um equilíbrio em relação ao sexo. Nos quatro casos de polipose

juvenil as idades foram de sete, oito, 14 e 25 anos, respectivamente. Destes pacientes, somente um pertencia ao sexo masculino e os outros três pertenciam ao sexo feminino. A média de tamanho dos pólipos juvenis únicos e da polipose juvenil, foi respectivamente de 15,5 mm e 7,25 mm. Quanto à localização dos 44 pólipos juvenis únicos, 81,8% localizavam-se no reto e o restante ao longo do cólon. Nos casos de polipose juvenil, o reto foi o local mais comprometido (40%). Nota-se, no entanto, distribuição mais abrangente ao longo do cólon em relação aos pólipos juvenis únicos.

A polipectomia foi o procedimento adotado para retirada do(s) pólipo(s) em todos os pacientes que apresentavam pólipos juvenis únicos. Dos quatro pacientes que apresentavam polipose juvenil, somente em um foi realizada a polipectomia como procedimento exclusivo; nos outros três casos, além de polipectomias, foi feita, posteriormente, a ressecção do cólon. Dois destes tiveram seguimento mais longo e foram estudados quanto ao número de pólipos e sua relação com os grupos histopatológicos.

História familiar nos casos de polipose juvenil foi evidenciada em dois pacientes, sendo que na família de um deles a mãe e a irmã eram também portadoras da mesma doença.

Os resultados foram submetidos à análise estatística utilizando-se o teste de Fischer ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Quanto ao enquadramento dos pólipos nos quatro grupos histopatológicos, classificamos os 42 pólipos únicos (dois não puderam ser classificados devido a componentes necrótico e hemorrágico acentuados) e os 154 da polipose juvenil (cerca de 20% do total de cada espécime cirúrgico). Os resultados mostram que a diferença expressa pelo maior número de pólipos múltiplos do grupo IV (13,6%) em relação aos únicos (2,3%) é estatisticamente significativa segundo o teste de Fischer (Gráfico 1).

Em relação aos pólipos únicos e múltiplos do Grupo IV, observamos que dos 21 pólipos da polipose juvenil, 57% apresentavam hiperplasia adenomatóide, 5% adenoma viloso, 33% adenoma túbulo viloso e 5% hiperplasia adenomatóide associada a adenoma viloso. Em relação ao pólipo único do Grupo IV, tratava-se de adenoma tubular em pólipo juvenil.

O seguimento de dois pacientes portadores de polipose juvenil mostra um aumento do número de pólipos dos Grupos III e IV, ao contrário do número de pólipos com lesões inflamatórias puras, os quais diminuíram (Grupo I).

A distribuição do número de pólipos em relação aos grupos histopatológicos nos dois pacientes portadores de polipose juvenil sugere que graus mais avançados da classificação histopatológica ocorriam durante a evolução cronológica, observados no seguimento (Gráficos 2 e 3).

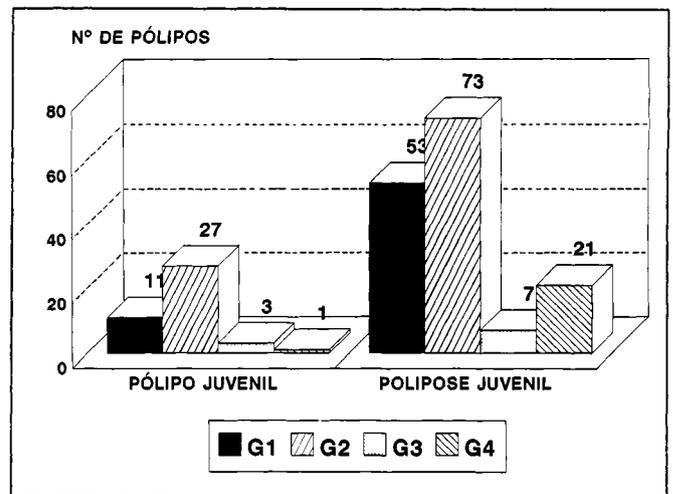


Gráfico 1 - Distribuição do número de pólipos únicos e múltiplos de acordo com o grupo histopatológico - HCSCMSP, 1993. Fonte: Registros do Serviço de Anatomia Patológica - HCSCMSP.

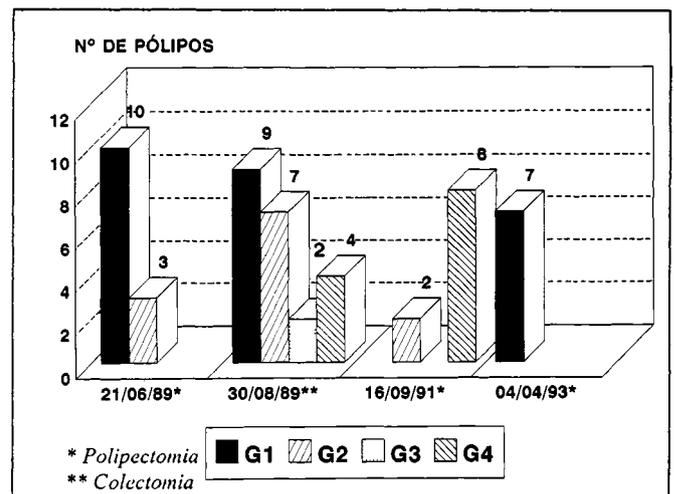


Gráfico 2 - Distribuição de 52 pólipos de acordo com o grupo histopatológico nas datas específicas do seguimento (paciente LDO) - HCSCMSP, 1993. Fonte: Registros do Serviço de Anatomia Patológica - HCSCMSP

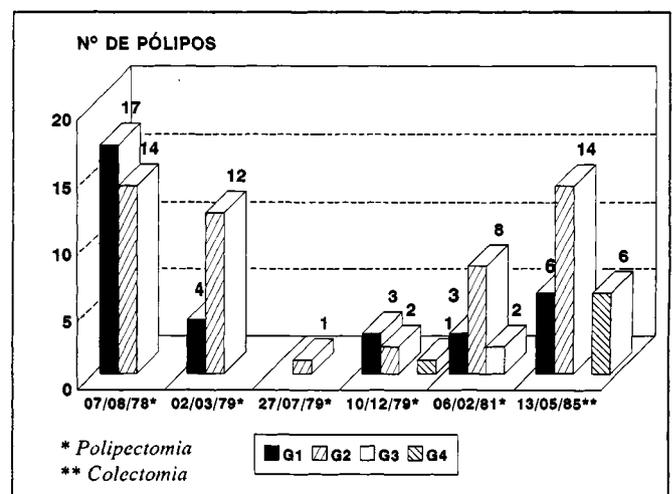


Gráfico 3 - Distribuição de 93 pólipos de acordo com o grupo histopatológico nas datas específicas do seguimento (paciente FMKL) - HCSCMSP, 1993. Fonte: Registros do Serviço de Anatomia Patológica - HCSCMSP

DISCUSSÃO

Epidemiologia

Vários trabalhos da literatura (2, 3, 20) demonstram que os pólipos juvenis afetam predominantemente indivíduos de faixa etária precoce, o que também ocorreu em nossos casos, nos quais a média de idade dos pacientes com pólipos juvenis isolados ou polipose juvenil foi de sete e 13,5 anos, respectivamente. Não houve diferenças significantes quanto ao sexo nos pacientes que exibiam pólipos juvenis isolados, corroborando a literatura (2, 21). Nos quatro casos de polipose juvenil ocorreu predomínio do sexo feminino, mas a pequena casuística, comum a outros trabalhos, não permite conclusões. Segundo a localização, há um consenso na literatura de que o reto é o local mais comumente habitado por pólipos juvenis (5, 20), não sendo diferente em nossos casos. No entanto, ainda não está definida a razão deste achado.

Comportamento biológico

Pólipos juvenis únicos e múltiplos eram considerados lesões benignas (5-7, 9), sendo então classificados e interpretados como lesões hamartomatosas, não-neoplásicas (9). No entanto, a partir da década de 80 foram descritas características adenomatosas atípicas em pólipos juvenis (20, 22), assim como a coexistência no mesmo pólipo dos padrões juvenil e adenomatoso (15, 20, 24), e associação de pólipos juvenis únicos típicos com pólipos adenomatosos (6, 15, 25, 26). Em nosso estudo, 9% dos pólipos juvenis múltiplos apresentavam hiperplasia adenomatóide e 6% eram adenomas puros, ao passo que somente um pólipo único apresentava componente adenomatoso.

Na literatura, a transformação carcinomatosa a partir de pólipo juvenil único foi relatada em quatro pacientes (23, 27-29), sendo também descrita em 26 portadores de polipose juvenil, que em sua maioria apresentavam história familiar (16, 18, 20, 26, 30-32).

A incidência de carcinoma na polipose juvenil não está bem estabelecida, sendo esperado que ocorra em 3 a 5% dos casos e restrita aos pólipos que exibem componente juvenil e adenomatoso (32). Verificamos que em três dos quatro pacientes portadores de polipose juvenil havia pólipos com características pré-neoplásicas, e somente em um dos 41 portadores de pólipos únicos foi observada lesão pré-neoplásica. Tal característica ocorre na polipose juvenil devido ao maior número de pólipos, portanto associada ao comprometimento mais extenso da mucosa colônica (23). Em nosso estudo, além disso, verificamos também que na polipose juvenil os pólipos apresentavam, comparativamente, maior potencial neoplásico que os pólipos únicos, fato não relatado na literatura. Nosso estudo indica que em pacientes de nossa área geográfica houve presença de potencial neoplásico em 2,3% dos pólipos únicos e em 13,6% dos múltiplos, o que sugere, portanto, maior chance de degeneração carcinomatosa a partir destes últimos, tanto pelo maior comprometimento da mucosa

cólica quanto pelo comportamento biológico mais agressivo.

Agradecimentos - À Dra. Carmen Ruth Manzione e ao Dr. Sidney Roberto Nadal (proctologistas da Seção de Cirurgia do Complexo Hospitalar do Mandaqui-SP e Pós-Graduandos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo) pela inestimável colaboração e apoio.

MARIGO C, MEDEIROS ML & MALUF FC - Juvenile polyps and juvenile polyposis: epidemiological and histopathological study of 45 patients.

SUMMARY: Juvenile polyps and juvenile polyposis are recently thought to have precancerous and cancerous potential. We have analysed 45 patients, four of them had juvenile polyposis and 41 had juvenile polyps. Histological data revealed cell proliferation including: regenerative process (51.5%), atypical hyperplasia (6.7%), adenomatous change (5%) and displasia (5%). These results indicate, in our geographic area, a pre-neoplastic pattern present in juvenile polyps and juvenile polyposis. This study indicates in our geographic area a neoplastic potential in juvenile polyps (2.3%) and in polyps of the juvenile polyposis (13.6%) which suggests that multiple polyps present increased probability of carcinomatous degeneration which could be explained by the larger portion of colonic mucosa affected and even by the aggressive characteristics of these polyps.

KEY WORDS: juvenile polyp; juvenile polyposis; hamartoma; adenoma; colonic adenocarcinoma

REFERÊNCIAS

1. Horrileo FG, Eckert C, Ackerman LV. Polyps of the rectum and colon in children. *Cancer* 1957; 10: 1210-1220.
2. Longo WE, Touloukian RJ, West AB, Ballantyne GH. Malignant potential of juvenile polyposis coli: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 980-984.
3. Gelb AM, Minkowitz S, Tresser M. Rectal and colonic polyps occurring in young people. *NY State J Med* 1965; 2: 65-67.
4. Knox WG, Miller RE, Begg CF et al. Juvenile polyps of the colon. *Surgery* 1960; 48: 201-210.
5. Roth SI, Helwing EB. Juvenile polyps of the colon and rectum. *Cancer* 1963; 16: 468-479.
6. Smilow PC, Prior CA, Swinton NW. Juvenile polyposis coli. *Dis Colon Rectum* 1966; 9: 248-254.
7. Enterline HT. Polyps and cancer of the large bowel. In *Current Topics in Pathology. Path Git* 1976; 63: 105-110.
8. O Riordain DS, O Dwyer PJ, Cullen AF, Dermott EWMC, Murphy JJ. Familial juvenile polyposis coli and colorectal cancer. *Cancer* 1991; 68: 889-892.
9. McColl I, Bussey HJR, Veale AMO, Morson BC. Juvenile polyposis coli. *Proc Royal Soc Med* 1964; 57: 896-897.
10. Stemper TJ, Kent TH, Summers RW. Juvenile polyposis and gastrointestinal carcinoma. A study of a kindred. *Ann Intern Med* 1975; 83: 639-646.
11. Veale AMO, McColl I, Bussey HJR, Morson BC. Juvenile polyposis coli. *J Med Gen* 1966; 3: 5-16.
12. Sachatello CR, Pickren JW, Grace JT. Generalized juvenile gastrointestinal polyposis. A hereditary syndrome. *Gastroenterology* 1970; 58: 699-708.
13. Sachatello CR, Hahn IC, Carrington CB. Juvenile gastrointestinal polyposis in a female infant: report of a case and review of the literature of a recently recognized syndrome. *Surgery* 1974; 75: 107-114.

14. Grotsky HW, Rickert RR, Smith WD, Newsome JF. Familial juvenile polyposis coli. *Gastroenterology* 1982; 82: 494-501.
15. Kaschula ROC. Mixed juvenile, adenomatous and intermediate polyposis coli. *Dis Colon Rectum* 1971; 368-374.
16. Restrepo C, Moreno J, Duque E et al. Juvenile polyposis in Columbia. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 600-612.
17. Beacham CH, Shields HM, Raffensperger EC et al. Juvenile and adenomatous gastrointestinal polyposis. *Dig Dis Sci* 1978; 23: 1137-1143.
18. Goodman ZD, Yardley JH, Milligan FD. Pathogenesis of colonic polyps in multiple juvenile polyposis. *Cancer* 1979; 43: 1906-1913.
19. Rabin ER, Patel T, Chen FH et al. Juvenile colonic polyposis with villous adenoma and retroperitoneal fibrosis. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 63-67.
20. Jass JR, Williams CB, Bussey HJR, Morson BC. Juvenile polyposis - A precancerous condition. *Histopathology* 1988; 13: 616-630.
21. Dajani YF, Kamal MF. Colorectal juvenile polyps: an epidemiological and histopathological study of 144 cases in Jordanians. *Histopathology* 1984; 8: 765-779.
22. Friedman CJ, Fechner RE. A solitary juvenile polyp with hyperplastic and adenomatous glands. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 946-948.
23. Jones MA, Hebert MC, Trainer TD. Juvenile polyp with intramucosal carcinoma. *Arch Path Lab Med* 1987; 111: 200-201.
24. Bussey HJR. Gastrointestinal polyps. *Gut* 1970; 11: 970-978.
25. Mazier WP, MacKeigan JM, Billingham RP et al. Juvenile polyps of the colon and rectum. *Surg Gynecol* 1982; 154: 829-832.
26. Stemper TJ, Kent TH, Summers RW. Juvenile polyposis and gastrointestinal carcinoma. *Ann Intern Med* 1975; 83: 639-646.
27. Schilla FW. Carcinoma in a rectal polyp. *Am J Surg* 1954; 4: 434-43.
28. Williams AO, Prince DL. Intestinal polyps in the Nigerian African. *J Clin Pathol* 1975; 28: 367-371.
29. Liu TH, Chen MC, Tseng HC et al. Malignant change of juvenile polyp of colon. *Chin Med J* 1978; 4: 434-439.
30. Haggitt RC, Pitcock JA. Familial juvenile polyposis of the colon. *Cancer* 1970; 26: 1232-1238.
31. Grigioni WF, Alampi G, Martinelli G, Piccaluga A. Atypical juvenile polyposis. *Histopathology* 1981; 5: 361-376.
32. Jarvinen H, Franssila KO. Familial juvenile polyposis coli: increased risk of colorectal cancer. *Gut* 1984; 25: 792-800.

Endereço para correspondência:

Fernando Cotait Maluf
Rua Antonio Carlos, 604 - ap. 12 - Cerqueira Cesar
01319-100 - São Paulo - SP