

# TUMOR VILOSO DE CÓLON E RETO

Orton Willian de Oliveira Granado<sup>1</sup>

## RESUMO

*O autor desenvolveu estudo comparativo bibliográfico mundial sobre tumores vilosos, comparados com 12 espécimes achados em oito pacientes, observados e submetidos a diversos tipos de terapêuticas cirúrgicas, concluindo a respeito dos seus comportamentos e tratamentos.*

Entre todos os tumores do cólon e reto, os adenomas, apesar dos resultados referidos na literatura não serem comparáveis, atingem a incidência aproximada de 5 a 10% da população adulta.

Os adenomas do tipo simples, admite-se de maneira geral a sua incidência em 88,4% e os vilosos são mais raros, atingindo 11,6% de todos eles (*Goligher*<sup>1,2</sup>). Nos últimos anos houve um aumento considerável dessa patologia.

Não muitos são os trabalhos publicados sobre o assunto, que deixam falhas quanto aos aspectos clínico e terapêutico dessas neoplasias que, embora benignas, têm um comportamento maligno, levando-se em consideração o alto índice de recidivas locais, trocas malignas e complicações. Muitos autores têm referido grandes volumes de alguns tumores e, outros, relacionaram tamanhos maiores a perdas hidroeletrólíticas severas ou a trocas malignas.

Tentaram alguns inserir como sinal patognômico do papiloma viloso, mucorréia intensa, porém os relatos são conflitantes; em trabalhos atuais sobre essa patologia alguns autores referem

como tendo dois comportamentos diferentes quanto ao tipo de tumor, isto é, os "não secretantes" e os "hipersecretantes", que alteram intensamente a sintomatologia básica, ocasionando alterações gerais, devido à grande espoliação que acarretam.

Importantes foram as diversas técnicas adotadas para o tratamento dessas lesões. Vários procedimentos cirúrgicos foram propostos visto que os tratamentos clínicos, através da quimioterapia ou radioterapia, não surtiram bons efeitos. Entretanto em todos os métodos usados nota-se a necessidade da excisão total da tumoração, para evitar o problema mais comum que é a recidiva local.

Numa tentativa de melhor padronização dos meios semióticos e terapêuticos, foi desenvolvido esse estudo comparativo, baseado em revisão apurada de trabalhos atuais sobre o assunto, associado aos nossos casos.

## Conceito

Adenomas são neoplasias fibroepiteliais, nas quais os tecidos conjuntivo e epitelial se dispõem

Resumo da Tese Conclusiva de Mestrado em Cirurgia Gastroenterológica apresentada na Universidade Federal Fluminense – U.F.F. em 1983.

1 Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela UFF. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC). Título de Especialista em Cirurgia Geral pelo CBC. Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED). Membro Filiado da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia (SBPCP)

de forma a reproduzir o tipo estrutural fundamental glandular de onde são derivados.

Histologicamente há três tipos de adenomas (Fig. 1):

1. Pólipo adenomatoso simples ou adenoma simples;
2. Pólipo adenomatoso papilífero ou adenoma papilífero, quando ocorrem de maneira mista, tendo também recebido de *Morson* e *Busey* o nome de adenoma papilar;
3. Pólipo, tumor ou adenoma viloso.

A distinção entre eles baseia-se em seus aspectos macro e microscópico.

O adenoma viloso pode ser encontrado ao longo de todo trato intestinal, existindo predileção pelas suas porções baixas.

Estudando esses tumores, *Kutin* refere 82 casos no estômago, 41 no duodeno, oito no jejuno e três no íleo; *Bremer*, um caso no jejuno e *Hopkins* o observou no apêndice cecal. Sua distribuição é mais precisa que todos os cânceres do intestino grosso, sendo encontrado com maior freqüência, por ordem de acometimento, no reto, sigmóide e cólon direito.

Mais raramente, são encontrados em porcentuais decrescentes nos ângulos hepático e esplênico, cólon transverso e descendente.

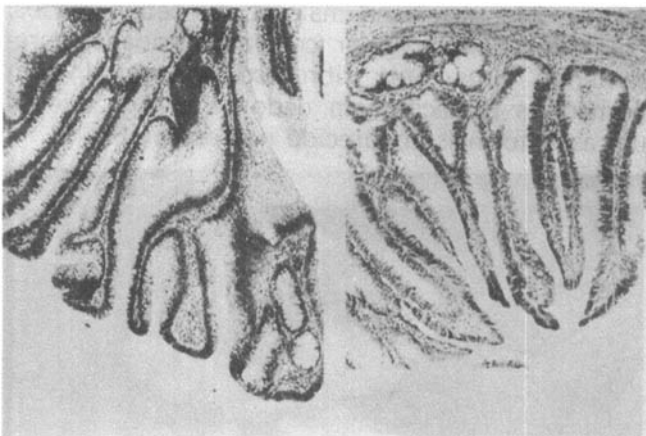


Fig. 1

### Histórico

*Tonnesen*, em 1937, relatou pela primeira vez a ocorrência de adenomas mistos. A separação de adenomas vilosos dos simples adenomas de cólon e reto foi feita pela primeira vez em 1948 por *Sunderland* e *Binkley*.

Nas últimas três décadas houve uma gradual troca na nomenclatura e, atualmente, o termo adenoma viloso designa lesão específica localizada. O termo vilo-glandular tem sido usado para descrever lesões polipóides que contêm ambos os elementos: adenomatoso e viloso.

Essa lesão combinada é a que foi descrita como adenoma papilar por *Morson* e *Busey* em 1970. Anteriormente a *Morson* outros autores relataram a ocorrência deste tipo de adenoma, isto é, na forma mista, como *Armiski* e *Mc Lean* em 1965 e *Ferraro* e *Ross* também em 1965.

A alta incidência desse tipo de tumor do reto e sigmóide foi verificado em 1958 por *Grinell* e *Lane* e também por *Wheat* e *Ackerman* que o encontraram em 78,8% dos casos. Posteriormente, em 1969, *Olson* e *Davis* acharam a incidência de 63% nessas localizações. Também em 1969, esses mesmos autores fizeram a correlação clínica desses tumores, assim como *Hanley* e *Hines* em 1962.

*Sunderland* e *Binkley* em 1948, *Bacon* et al. em 1954, *Wheat* e *Ackerman* em 1958, *Olson* e *Davis* em 1969, constataram as degradações malignas nesses adenomas, achando respectivamente: 39,5%, 32%, 76% e 35,9%.

Em 1963 *Boling* e *Finch* relataram a dificuldade para obter-se o diagnóstico correto pela biópsia. *Freund* em 1955 alertou que as biópsias superficiais, ao acaso, são freqüentemente tidas como benignas.

*Evans* e *Imahori* e *Liu* em 1972 encontraram 40% de erros no primeiro diagnóstico, feito através de biópsias, em casos de carcinoma localizado no adenoma viloso.

Vários autores vêm relatando a alta incidência<sup>2, 22, 23, 27, 31</sup> desses tumores com carcinoma invasivo e, poucos<sup>21</sup>, baixa correlação com essas neoplasias malignas (ver Tabela 1).

Tabela 1 — Degenerações malignas em tumores vilosos

Autores	Nº de casos	CA invasivo	Ano
<i>Sunderland</i> e <i>Binkley</i>	48	39%	1948
<i>Bacon</i> e <i>Eisenberg</i>	261	30%	1971
<i>Orringer</i> e <i>Eggleston</i>	65	42%	1972
<i>Nivatvonges</i> e al.	72	4%	1973
<i>Park</i> e <i>Stuarts</i>	30	20%	1973
<i>Welch</i> e <i>Welch</i>	258	29%	1973

A correlação entre alguns tumores vilosos do intestino e distúrbio eletrolítico severo foi pela primeira vez verificada por *Mckittrick* e *Wheelock* em 1954, na América. *Fitzgerald* em 1955 relatou o primeiro caso na Inglaterra, com título de "Perda extremá de fluido e eletrólitos devido a papiloma viloso do reto".

Em 1957, *Cooling* e *Marrack* e em 1959, *Roy* e *Ellis* descreveram casos desses distúrbios também na Inglaterra.

Em 1973, *Schrock* e *Polk* e outros<sup>8, 26</sup> observaram síndrome depressiva, com distúrbios eletrolíticos, em muitos casos.

Contrariamente, *Butler* e *Southwood*, em 1954, a acharam em somente 2,1% dos casos e *Jahadi* em 1975 a verificou em menos de 1% e não incluem essa síndrome como suspeita diagnóstica de tumor viloso.

### Histórico cirúrgico

Vários procedimentos cirúrgicos são adotados para tratamento dos tumores da junção retossigmóidea, porém, muitas controvérsias existem sobre a operação a ser feita, em relação a esse tipo de tumor, ao nível do reto.

O acesso ao reto foi pela primeira vez descrito por *Kraske*, em 1884, e uma modificação desse método foi proposta por *Hochenegg* em 1888. Esse procedimento usado para tratamento cirúrgico dos processos malignos no reto foi perdendo terreno para a amputação abdômino-perineal (*Miles* em 1908), devido a alta incidência ao desenvolvimento de fístula sacral que apresentava. Ultimamente a via posterior está sendo reintroduzida para tratamento dos tumores vilosos retais, porque permite um bom acesso e a excisão do tumor com área de segurança.

Ao contrário do que muitos autores haviam relatado<sup>1,6</sup>, *Quan* e *Castro*, em 1971, e outros<sup>1, 3, 14, 15</sup> acharam que a freqüência de fístulas e outras complicações é baixa.

*Hagood* e *O'Brien* em 1975 e outros<sup>15</sup> propõem um método conservador para tratamento desses adenomas, mesmo em vigência de adenocarcinoma *in situ*.

A via transesfinctérica foi primeiramente descrita por *Bevam* em 1917 e, mais recentemente, *Mason* em 1972 modificou este método, observando que alguns pacientes desenvolveram incontinência anal. Posteriormente, em 1972, *Oh* e *Kark* e *Butler* e *Southwood* em 1974, desenvolveram essa técnica para os tumores do reto, sem invasão.

*Bacon* e *Eisenberg* em 1971 desaconselharam essa cirurgia devido a péssima experiência com esse procedimento. Todos os pacientes por eles verificados, submetidos a essa operação, morreram por recorrência da doença.

O procedimento de *D'Allaines*, ou seja, a ressecção anteroposterior do reto ou retossigmóide e anastomose, conservando-se o esfíncter anal, são métodos usados por alguns autores<sup>9</sup>. Foi descrito pela primeira vez em 1946 e encontra adeptos.

Múltiplas fulgurações para o tratamento desses tumores foram usadas por alguns autores como *Hanley*, *Hines* e *Ray* em 1971, com relativa freqüência. *Butler* e *Southwood*, em 1974, preco-

nizavam esse método para erradicar tumores residuais ou recorrentes.

*Mc Cabe* et al., em 1973, relataram 50% de recidivas com remoção e fulguração através da proctoscopia, concluindo como inadequado esse método, para ablação total desses tumores, com exceção dos mistos pediculados.

*Sunderland* e *Binkley* em 1948, *Bacon* em 1949 e *Goligher* em 1967 advogaram a remoção radical dos tumores vilosos.

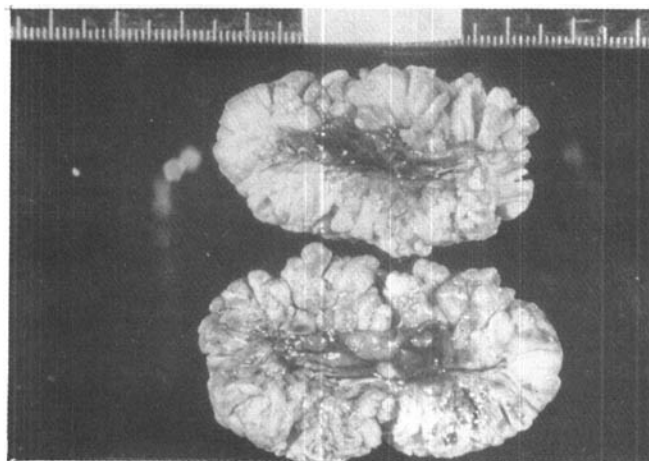
*Cohn* em 1970, *Evans*, *Imahori* e *Liu* em 1972 preconizaram uma operação formal para câncer em todos os tumores vilosos, pois deveriam ser vistos como lesões malignas ou pré-malignas.

*Parks* e *Stuart* em 1973 tratavam lesões malignas pela ressecção de *Miles* e *Welch* e *Welch*, também em 1976, concluíram que esse tipo de cirurgia eliminaria todas as recorrências locais do tumor.

### Patologia

#### Macroscopia

Apresentam-se os adenomas vilosos como compostos de processo digitiforme ramificado, originado na superfície de crescimento mole. Geralmente maiores de 2 cm e, não raro, os de mais de 10 cm. São sésseis na maioria, ou pedunculados, com superfície irregular com as vilosidades apresentando uma área fibrovascular central com numerosas projeções em dedo de luva, o que dá um aspecto mais endurecido no centro (**Fig. 2**).



**Fig. 2**

São muito móveis em relação à parede intestinal. Podem ocorrer de maneira solitária ou múltipla, geralmente em adultos a partir da 5ª década, apesar de haverem relatos em jovens e crianças.

Têm grande tendência a recidiva depois da remoção local. São potencialmente malignos, podendo desenvolver-se, em qualquer parte do tu-

mor, a transformação carcinomatosa, principalmente em adenocarcinomas papilíferos dos tipos mucossecretor ou colóide.

Os papilomas vilosos mucossecretores causam hipocalcemia, hiponatremia, hipocloremia, hipoproteinemia<sup>4, 7, 20</sup> e desidratação, originados pela intensa secreção do tumor podendo desenvolver severo desequilíbrio hidroeletrolítico, levando o paciente à morte. Quando situado no reto, muitas vezes são procidentes.

A grande maioria dos autores atuais enfatiza a necessidade de se retirar todo o tumor com margem de segurança para um exame total da peça.

### Microscopia óptica

Os adenomas vilosos diferem dos adenomas simples (**Fig. 3**) pela ausência de ácinos glandulares, sendo caracterizados pelas vilosidades do tecido conjuntivo, ricamente vascularizados, revestidos por uma única camada de células epiteliais colunares ou cilíndricas.

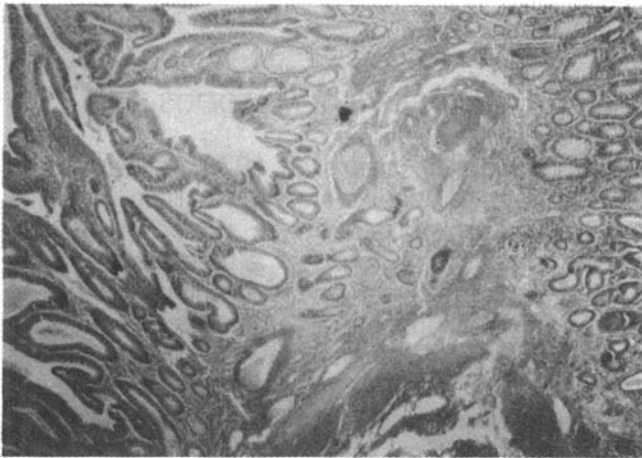


Fig. 3

O estroma conjuntivo é de tecido frouxo com infiltrado de células inflamatórias diversas (linfócitos com predominância de células plasmáticas e granulócitos e os inófilos). Dois tipos de células epiteliais se fazem presentes: as globosas ou redondas, adjacentes a área de células sem atividade secretora e as células indiferenciadas, que apresentam proliferação ativa, aparência pseudoestratificada ocasionalmente e comprimidas lateralmente pelas células novas, núcleo alongado com hipercromatina contendo um ou dois nucléolos. Essas células aparentemente indiferenciadas são o tipo predominante no adenoma viloso.

As vilosidades alcançam a camada mucosa, a qual, às vezes, é bem definida, sendo porém, geralmente, imperceptível, enviando ramificações para os vilos. Isso é tido por muitos autores como padrão de malignidade.

Numerosos corpúsculos de inclusão citoplasmática de 1 a 2  $\mu$  de tamanho são vistos e raramente são observadas células de Paneth e argentafins (APUD) nos pólipos. Essas últimas, quando vistas, encontram-se disseminadas nos tumores, ao contrário de outros tipos de pólipos como metaplásico em que se apresentam localizadas nas bases das vilosidades.

### Diagnóstico

Geralmente o diagnóstico é feito através da história, exame físico, principalmente pelo toque retal, exame radiológico (enema opaco), endoscópico (retossigmoidoscopia ou mais recentemente colonoscopia). Porém a confirmação é dada pela biópsia e a certeza através do exame anatomopatológico de toda a peça.

### Sintomas e sinais

Os adenomas vilosos algumas vezes são assintomáticos, cerca de 1/4<sup>31</sup> dos casos, e são descobertos ao acaso através de exames endoscópicos, radiológicos ou pelo toque retal, quando esses pacientes, portadores de outras patologias ou submetidos a investigações clínicas preventivas, se propõem a esses métodos. Na grande maioria das vezes desenvolveu sintomas e sinais locais ou gerais. O achado mais comum é o sangramento retal, aparecendo algumas vezes em mais de 50% dos casos estudados. Dor em cólica, diarreia e descarga mucosa, tenesmo, evacuação incompleta, alterações dos hábitos intestinais podem ser observados. Constipação, algumas vezes ou raramente obstrução intestinal, quando o tumor ocupa toda a luz do intestino são vistas. Dificilmente pode ocorrer perfuração do cólon conseqüente a processo obstrutivo que geralmente é proximal ao tumor<sup>31</sup>.

Massa palpável abdominal, massa ao toque retal, prolapso de massa através do ânus (**Fig. 4**), incontinência fecal, anemia inexplicável e perda de peso são outros sinais achados nessa patologia.

Devido a severos distúrbios do balanço hidroeletrolítico que alguns tumores vilosos hipersecretante desenvolvem, podemos também suspeitar dessa patologia quando: desidratação global, sinais neurológicos, sinais cardíacos e quadro geral de choque ou coma se fizerem presentes<sup>1, 13</sup>.

Os sinais neurológicos encontrados podem ser: confusão mental, obnubilação com períodos de agressividade dependendo da gravidade, *flapping* tremor, câimbras difusas nos momentos de lucidez, retenção urinária, sinais respiratórios (hipo ou hiperventilação compensatória dependendo do quadro, se alcalose ou acidose metabólica).

Os sinais cardíacos são manifestos através de disritmias.

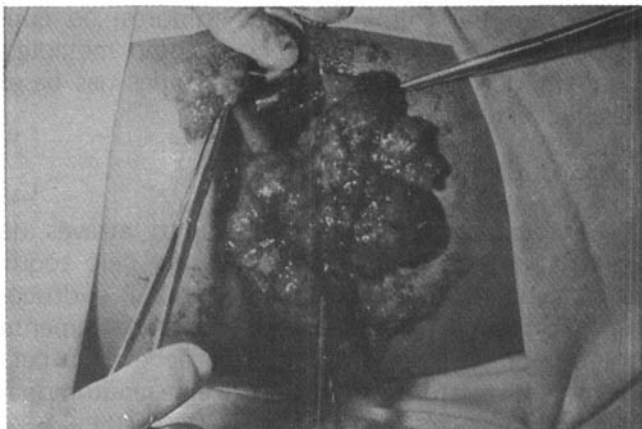


Fig. 4

### História patológica familiar

Alguns pacientes portadores de adenomas vilosos referem, apesar da baixa porcentagem, correlação com polipose familiar, câncer dos cólons, algum tipo de carcinoma na família ou patologia intestinal.

### História patológica progressa

Cerca de 15% dos pacientes referem doença polipóide anterior<sup>10, 17, 25, 29, 31</sup>.

### Toque retal

É um excelente método para exame da região anorretal e a grande maioria dos tumores nessa região, ao alcance dos dedos do examinador, são detectados. É uma ótima conduta para esclarecer as suspeitas desses e de todos os outros tumores nessa região.

### Enema baritado

Freqüentemente será inespecífico. Demonstra um tumor polipóide que geralmente é sésil e que, algumas vezes, pode estar escondido. Ocasionalmente um tumor de grandes interstícios é demonstrado como uma esponja no interior do bário. Esse é o achado típico de um adenoma viloso.

Essa característica radiológica, em detalhes, foi descrita por *Wolf*<sup>32</sup> e *Turek* et al.<sup>28</sup>. Não existe nenhum sinal que permite afirmar com exatidão a completa benignidade da neoformação<sup>19</sup>.

### Retossigmoidoscopia

Geralmente a retossigmoidoscopia faz o diagnóstico com a descoberta de um tumor macio, sésil ou, mais dificilmente, pedunculado e relativamente extenso, de onde se retiram fragmentos para biópsia.

A imagem da tumoração é rosácea, mais pálida que o pólipó adenomatoso, de superfície granulosa irregular, coberto por uma secreção brilhante e viscosa, de consistência branda e friável, com ramificações vegetantes. Algumas vezes, a quantidade de muco claro eliminada pelo tumor é tão intensa que dificulta a visualização<sup>20</sup>.

Com o desenvolvimento dos modernos equipamentos endoscópicos permitiu-se não somente realizar o diagnóstico, mas também um tratamento não operatório satisfatório desses tipos de tumores. Se um pólipó for evidenciado, a colonoscopia é feita e o pólipó é excisado. Se o exame histopatológico revela a invasão da muscular mucosa, a cirurgia radical para câncer é executada.

## MATERIAL E MÉTODOS

No período de janeiro de 1974 a dezembro de 1982 foram estudados, no Hospital do IASERJ, oito pacientes portadores de tumor viloso dos cólons e reto com ou sem alterações malignas, que se caracterizavam patologicamente pela invasão ou não do tumor através da muscular mucosa.

Nos doentes observados, 12 pólipos vilosos foram tratados, sendo sete mistos, isto é, que continham ambos os elementos adenomatoso e viloso, e cinco considerados puros.

Em dois pacientes eram múltiplos e em dois casos houve recidiva local que foram considerados no estudo quantitativo dos tumores.

A colostomia ou retotomia anterior, por laparotomia, e exérese do pólipó foi feita em três pacientes; a ressecção anterior do reto ou retossigmoide com colostomia do transverso foi praticada em dois casos; operação de Miles foi executada em duas situações; polipectomia e fulguração da base do pólipó foi aplicada em quatro oportunidades, na qual a via transesfinctérica foi usada.

Dois desses últimos pacientes foram submetidos a dois procedimentos cirúrgicos diferentes por causa da duplicidade das lesões e as localizações das mesmas e outro, foi reoperado devido a recidiva local.

Em um caso foi feita a fulguração simples, através da retossigmoidoscopia após recidiva local do tumor.

A idade foi em média de 62,7 anos e a maior incidência foi na sexta década (50%), porém 25% dos enfermos que desenvolveram câncer no adenoma viloso encontravam-se na sétima década de vida e, esses, 100% do sexo feminino.

A distribuição por cor e sexo resultou em 12,5% na cor preta e o restante na branca, 50% eram mulheres e 50% homens.

Esses pacientes foram acompanhados por período que variou de quatro a oito anos. Em nenhum dos casos foi verificado distúrbio hidreletrolítico severo devido a hipersecreção desses adenomas.

O método empregado propõe-se, através de estudo comparativo com trabalhos recentes mundiais, estabelecer diagnóstico mais preciso a partir de sinais, sintomas e meios complementares específicos, observando o melhor tipo de terapêutica a ser aplicada nessa patologia.

## COMENTÁRIOS

Apesar de encontrarmos na literatura ligeiro predomínio do sexo masculino, nossos pacientes foram quatro homens e quatro mulheres, parecendo não haver, nesse tipo de patologia, marcante predileção por sexo.

A cor mais atingida foi a branca em sete pacientes (87,5%) contra uma preta (12,5%) demonstrando nítido acometimento nessa cor.

A porcentagem maior (80%) foi no grupo sangüíneo "O" positivo. A faixa etária variou, dentro da normalidade para essa patologia, entre 47 e 78 anos.

O tempo de evolução da doença, em relação às queixas, variou de três a quatro anos.

As queixas principais mais comuns foram: "constipação" (15%), "sangramento na evacuação" (15%), "diarréia" (37,5%), "dor anal" (15%), "fezes escuras" (15%), porém durante a história da doença atual, foi verificado que a enterorragia atingiu 75% dos pacientes, obstipação 37,5%, diarréia 62,5%, tenesmo 37,5%, dor anal 25%, cólica abdominal 12,5%, prolapso da mucosa retal 12,5%, e, em 12,5% houve queixas e sintomas típicos de hemorragia digestiva alta, com quadro de anemia aguda conseqüente, que não foram considerados como correspondentes desse tipo de patologia; o achado foi ao exame endoscópico abaixo.

Na história patológica pregressa (12,5%), um caso relatou displasia adenofibrocística mamária e fístula vesical já tratadas, em outro (12,5%), pólipos endocervical operado, em um caso o paciente foi portador de hidrocele esquerda e doença hemorroidária do 2º grau, tratadas cirurgi-

camente na época e, por fim, um doente foi portador de úlcera péptica, cardiopatia isquêmica e bloqueio de ramo direito do 1º grau, tratados clinicamente.

A história patológica familiar somente foi correlacionada a esse tipo de doença em um paciente, cujo irmão havia sido operado devido a processo obstrutivo intestinal, não sabendo ele informar a causa.

Em 37,5% houve desenvolvimento de obstrução intestinal incompleta e desses, em 25%, a oclusão foi provavelmente mecânica devido ao tamanho do tumor. Esses nossos achados comparam-se aos da literatura<sup>1,8, 31</sup>.

A anemia foi observada em 62,5% dos casos e variou de discreta a moderada.

Não houve desequilíbrio hidreletrolítico nessa série devido a mucorréia, resultante de hipersecreção do tumor.

Em dois casos (25%) o achado do tumor foi ao acaso, um (12,5%) através do toque retal e outro pela retossigmoidoscopia.

Foram verificadas patologias concomitantes em 65% dos pacientes: 25% cardiopatias, 37,5% doenças hemorroidárias, 12,5% fissuras anais, 12,5% anemia aguda por hemorragia digestiva alta e 12,5% síndromes do climatério. Entretanto, 25% dos casos tiveram várias doenças associadas.

O toque retal foi praticado em todos os doentes sendo que os pólipos foram achados em 37,5% dos casos (36,3% dos tumores estudados), naqueles pacientes com os adenomas localizados, até 12 cm da borda anal.

Os meios semióticos usados foram os de rotina: Sangue: hemograma completo, coagulograma, grupo e fator RH, glicemia, uréia, creatinina, sódio, cloro, potássio, proteínas totais e frações.

**Urina:** elementos anormais e sedimentos;

**Fezes:** ovoelmintoscopia e protozooscopia;

**Radiológico:** Rx de tórax ap e perfil.

O enema opaco foi realizado em 87,5% dos casos, isto é, todos menos um e constatou lesão em 75% desses, porém em nenhum momento o radiologista pôde dar o laudo de tumor viloso (Fig. 5).

A fotocintilografia foi feita em 75% dos indivíduos estudados e foi normal em 83,3% desses; em um paciente (16,7%) resultou em hepatomegalia às expensas do lobo esquerdo e redução na captação, ao nível da parte inferior do lobo direito, porém, sem aspecto tumoral metastático conforme correlação bibliográfica<sup>1,8</sup> e em desacordo com a publicação de *Bacon* e *Eisenberg* que descreveram metástase hepática nesses tipos de tumores.

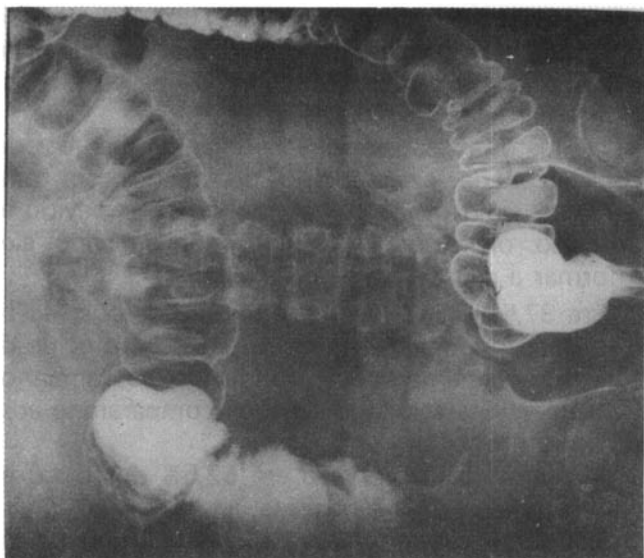


Fig. 5

O eletrocardiograma foi realizado em dois pacientes com histórias e exames físicos compatíveis com cardiopatia. Em um, resultou em alteração da repolarização ventricular e, em outro, cardiopatia isquêmica com bloqueio de ramo direito do 1º grau.

O desenvolvimento de endocardite bacteriana já foi descrito em associação com esse tipo de tumor<sup>30</sup>, porém essa correlação não foi observada em nossa série.

A retossigmoidoscopia foi praticada em todos os casos e foi de grande valia para selar o diagnóstico. É um excelente método e em todos os exames, menos em um, foram praticadas biópsias que resultaram sete tumores vilosos, dois adenomas papilíferos, um pólipó adenomatoso e um adenocarcinoma.

As biópsias tiveram um erro de aproximadamente 18% em relação ao número de tumores estudados por esse método, levando-se em consideração os resultados dos exames anatomopatológicos posteriores dessas peças.

Um resultado de biópsia em que o laudo foi pólipó adenomatoso, em exame histopatológico subsequente, foi verificado tratar-se, na realidade, de tumor viloso e em outra biópsia, que resultou em tumor viloso, foi posteriormente diagnosticada a peça como adenocarcinoma papilífero.

A retossigmoidoscopia, realizada em vigência de um caso recidivado, não resultou em peça ou biópsia para exame, pois foi usada fulguração simples como tratamento.

Dessas 11 peças estudadas, 9%, isto é, uma de 5 cm tinha trocas malignas com invasão da muscular mucosa e não houve o correto diagnóstico primário pela biópsia. Isto confirma relato de que tumores de grandes tamanhos podem esconder

um carcinoma central, quando se faz a retirada do fragmento ao acaso<sup>22</sup>.

A correlação entre sangramento pelo reto com alterações malignas nesses tumores foi verificada em somente 33,3% dos casos que apresentaram enterorragia.

Essa "alta correlação"<sup>12</sup> foi obtida em nossos casos. O sangramento ocorreu em 100% dos carcinomas. Todos os carcinomas desenvolveram-se de adenomas mistos.

Nesse estudo, 58,3%, levando-se em consideração 12 peças, eram adenomas papilíferos e o restante tumor viloso puro.

Os sinais e sintomas verificados nesse estudo podem ser visto na **Tabela 2**.

Os tamanhos dos tumores variaram de 0,2 cm a 7,0 cm, com média de 3,2 cm, sendo a variante de 4,5 cm a 7,0 cm, em cinco ocasiões e de 0,2 cm a 2,5 cm, em seis verificações. Em um paciente houve recidiva do tumor ao nível da anastomose, que foi fulgurado não tendo sido estudado o seu tamanho exato e, portanto, não fez parte desse tipo de estudo.

Tabela 2

Sintomas e sinais de acordo com histórias e exames clínicos	Ocorrência em 8 casos com 12 tumores estudados	Observações
Cólica abdominal	1	1. Um paciente apresentou sinais e sintomas derivados de hemorragia digestiva alta
Enterorragia	6	
Diarréia	5	2. Dos três pacientes que apresentaram obstipação e semi-oclusão intestinal somente um relatou cólica abdominal.
Obstipação	3	
Tenesmo anal	3	
Dor anal	2	
Melena	1	
Náuseas	1	
Tonturas	1	
Sudorese	1	
Prolapso de reto	1	
Distúrbios hidreletrolíticos	1	
Semi-oclusão intestinal	3	
Anemia	5	
Perfuração intestinal	—	

O maior tamanho desse tumor relatado na literatura foi de 18 cm<sup>20</sup>, em nossa série, o de volume maior era menos da metade daquele.

Em dois desses papilomas por nós estudados, com 5,0 cm e 7,0 cm, houve transformação maligna, entretanto havia mais três desses pólipos, com tamanhos variáveis de 4,5 cm, 5,0 cm, com tempos de evolução maiores que aqueles desenvolvidos em carcinoma e que não apresentaram nenhuma alteração maligna.

A altura do tumor variou de 4 a 19 cm da borda anal, em média 13,2 cm; a incidência maior notada foi entre 10 e 19 cm em nove observações e, entre 4 e 8 cm, houve três casos.



Nesse tipo de patologia, as lesões são predominantemente localizadas no retossigmoide, como foi verificado nesse estudo, onde oito eram ao nível do reto e quatro no sigmoide.

Nos oito pacientes estudados, seis desses tumores primários eram únicos e, em dois enfermos, eram múltiplos.

Em oito ocasiões, os pólipos foram sésseis e, em quatro, pediculados; três estavam ulcerados e desses, em dois (66,6%), sésseis, havia adenocarcinoma papilífero instalado no tumor.

A esterilização do cólon foi praticada em todos os pacientes com *Kanamicina*, menos em um, em que usou-se o estreptolil, associados a dieta sem resíduos, laxantes e lavagem intestinal, pré-operatória. Essa conduta mostrou-se eficaz, não havendo registro de contaminação trans ou pós-operatória intra-abdominal.

O preparo do cólon é um problema sério, com que se depara o cirurgião; vários métodos são propostos visando à limpeza mecânica e à antiseptia desse órgão. Em recente trabalho<sup>5</sup> desenvolveram estudo aplicando solução oral de manitol a 10% associado a eritromicina e neomicina, sem lavagem mecânica pré-operatória obtendo resultados satisfatórios. Esse tratamento deve ser visto ainda com certas restrições, pois a experiência é pequena.

A radioterapia é preconizada por certos autores como método terapêutico curativo, complementar ou paliativo<sup>6, 24</sup>. Em nossos casos não foi usada.

Não houve relato bibliográfico que discorresse sobre a quimioterapia no tratamento desses tumores.

Não foram constatadas metástases anteriores ao tratamento. Em um caso, houve o desenvolvimento de carcinomatose peritoneal, três anos após recidiva do tumor, que foi tratada na época pela fulguração simples, o restante dos pacientes mantém-se em controle e não houve recrudescimento da patologia.

Todos os pacientes submeteram-se a procedimentos cirúrgicos que variaram de processos ultraconservadores a métodos radicais (**Tabela 3**). Levou-se em consideração as condições clínicas do paciente, tamanho e altura do tumor, se este continha ou não transformação carcinomatosa e também se havia invasão do estroma conjuntivo.

Em um paciente, portador de adenoma viloso ao nível do reto, foi realizada exérese do pólipo e fulguração da base; cinco meses após, houve recidiva local e novamente foi submetido a polipectomia com fulguração, que eliminou o tumor (Não havia malignidade tanto na 1ª quanto na 2ª peça ressecada.) que foi classificado histolo-

gicamente como tumor viloso sem alterações malignas.

Em outro paciente, portador de adenocarcinoma papilífero, foi realizada a ressecção anterior do retossigmoide com colostomia do transversa (anastomose a 9 cm do ânus). Esse tratamento foi proposto devido ser, o doente, cardiopata de risco e hipertenso. Após sete meses desse procedimento, houve recidiva ao nível da anastomose, que foi tratada por fulguração simples.

A morbidade pós-operatória variou com infecção em ferida operatória, hérnia incisional e sangramento na incisão cirúrgica.

Nos dois pacientes submetidos à operação de Miles, houve 100% de infecção na ferida perineal, o que é fato comum nesse tipo de cirurgia.

Em dois pacientes submetidos a retotomia anterior com ressecção e ligadura da base do pólipo, houve, em um, o desenvolvimento de hérnia incisional, que foi controlada por táticas de redução e compressão local; no outro, apareceu sangramento derivado da parede abdominal, com saída através do ferimento cirúrgico, que foi logo tratado.

Todos os pacientes mantiveram-se em controle. Desses, um por quatro anos, quatro durante cinco anos, um por seis anos, um durante sete anos e outro por um período de oito anos.

Um doente que manteve-se em acompanhamento por quatro anos, veio a falecer devido a carcinomatose peritoneal; foi portador de adenocarcinoma papilífero e submeteu-se a procedimento operatório não radical, devido ao alto risco cirúrgico que corria. Após sete meses da primeira operação, houve recidiva local, que foi tratada por fulguração simples, não tendo sido retirado nenhum material para exame anatomopatológico dessa segunda intervenção. (**Tabela 4** demonstra as recidivas, seus tratamentos e as evoluções.)

Esse paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial por um período de dois anos, quando deixou de freqüentar as sessões de revisão pós-operatória, apresentando-se dois anos após, já com carcinomatose peritoneal em estágio final, vindo a falecer logo após.

## CONCLUSÕES

1. O tumor viloso é uma patologia rara e o tipo considerado puro é mais raro ainda.

2. O desenvolvimento de malignidade nesse tipo de tumor é mais freqüentemente visto nas formas mistas, isto é, na variedade papilar.

3. O tamanho do tumor, bem como o seu tempo de evolução, é diretamente proporcional às alterações malignas nele desenvolvidas, quando o



Tabela 3

Nome e registro	Operação	Tipo do tumor (biópsia)	Tamanho do tumor	Local do tumor em rel. ânus	Nº de tumores por paciente	Tipo do tumor	Morbidade operatória	Mortalidade operatória	Recidiva	Follow up
TPP 266.803	Colostomia. Polipectomia com ligadura do pedículo	Pólipo adenomatoso	5,5 x 4,0 x 2,0 cm	19 cm	1	Viloso pediculado sem invasão	Não	Não	Não	8 anos
JAR 76.851	Polipectomia com fulguração da base do pólipo pelo ânus	Tumor viloso	2,5 x 2,5 x 1,5 cm	4 cm	1	Viloso sésil sem invasão da muscular mucosa	Não	Não	Sim	7 anos
DRS 84.524	Ressecção anterior de retossigmóide Colostomia do transverso	Adenocarcinoma	5,0 x 3,0 cm	Junção retossigmoideana	1	Adenocarcinoma papilífero sésil com invasão	Não	Não	Sim	4 anos
AFFMJ 36.761	Operação de Miles	Tumor viloso	7,0 cm	1,5 cm da junção	1	Adenocarcinoma papilífero tipo C Duke-sésil	Infecção da ferida operatória perineal	Não	Não	5 anos
WSC 46.509	Operação de Miles	Tumor viloso	5,0 cm	14 cm	1	Viloglandular sésil sem invasão	Infecção da ferida operatória perineal	Não	Não	5 anos
IRH 179.078	Ressecção anterior do reto (Colectomia Segmentar) + colostomia do transverso	Tumor viloso	4,5 x 3 x 1 cm	13 cm	1	Viloglandular sésil sem invasão	Não	Não	Não	5 anos
AAC 39.720	Fissurec. polipec. e fulguração da base do pólipo pelo ânus + retotomia anterior com lig. da base do pólipo e polipectomia	Adenomas papilíferos	A- 1,5 x 1,5 x 1,5 cm B- 1,5 x 1,0 x 1,5 cm	A- 8 cm B- 12 cm	2	Viloglandular pedunculado sem invasão	Hérnia incisional	Não	Não	6 anos
ALS 265.781	Retotomia anterior com lig. do pólipo e polipec. + polipec. com fulguração da base do pólipo sésil por via anal	Tumores vilosos	A- 2,0 x 0,8 x 0,8 cm B- 0,2 cm	B- 17 cm C- 10 cm	2	Vilosos sésil e pediculado, sem invasão da muscular mucosa	Sangramento da ferida operatória	Não	Não	5 anos

Tabela 4

Nome e registro	Recidivas	Tempo após o 1º tratamento	Tratamento efetuado	Resultado da peça	Follow up após recidiva	Óbito	Causa
TPP 266.803	Não	—	—	—	—	Não	—
JAR 76.851	Sim	2 meses	Polipectomia com fulguração da base do pólipo pelo ânus	Tumor viloso	7 anos	Não	—
DRS 84.524	Sim	7 meses	Fulguração simples do tumor através da retossigmoidoscopia	Provável adenocarcinoma	3 anos	Sim	Carcinomatose peritoneal
AFFMJ 36.761	Não	—	—	—	—	Não	—
WSC 46.509	Não	—	—	—	—	Não	—
IRH 179.078	Não	—	—	—	—	Não	—
AAC 39.720	—	—	—	—	—	Não	—
ALS 265.781	Não	—	—	—	—	Não	—

mesmo é misto. Em adenomas vilosos puros, essa afirmativa deve ser ainda reservada.

4. O adenoma viloso, apesar de seu grande potencial maligno, é uma patologia benigna e, como tal, deve ser inicialmente observado.

5. Nem todos os tumores vilosos desenvolvem desequilíbrio hidreletrolítico devido às perdas que acarretam, parecendo haver dois tipos distintos de comportamento nessa patologia: os hipersecretantes e os normo ou hipossecretantes e, dentro da raridade desses adenomas, os desequilíbrios metabólicos gerados por alguns desses papilomas são mais difíceis ainda de serem verificados.

6. A cirurgia para o tratamento desses tumores, ao nível dos cólons e sigmóide, pode ser feita através de ressecções ampliadas extirpando-se todo o espécime tumoral. A nível do reto, deve-se tentar as fulgurações e/ou polipectomias naqueles adenomas vilosos sem alterações malignas. Caso recidive ou desenvolva malignidade no tumor, faz-se a amputação abdômino-perineal tipo Miles, para erradicar-se totalmente essa patologia.

7. Nunca se deve praticar a cirurgia de Miles em primeira opção, quando o tumor não tiver alterações malignas, devido às seqüelas físicas e psíquicas deixadas por esse tipo de tratamento.

## SUMMARY

*The author developed a comparative study between a worldwide bibliographic search on villous tumours, and twelve specimens found in eight patients observed and submitted to different kind of surgical therapeutics, concluding about their treatment and behavior.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARNAUD JP et al. — The posterior approach for villous tumors of the rectum: report of eleven cases. *Am J Surg*, 136: 273, 1978.
2. BACON HE & EISENBERG SW — Papillary adenoma or villous tumor of the rectum and colon. *Ann Surg*, 174: 1002, 1971.
3. BERNARD D — Indications de rectotomie postérieure, pour tumeurs villeuses. *Canad J Surg*, 22: 278, 1979.
4. BREMER EH, BATAILLE WG & BULLE PH — Villous tumors of the upper gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol*, 50: 135, 1965.
5. BRENNER S et al. — Limpeza mecânica e antisepsia do cólon — uso de manitol a 10% associado a eritromicina e neomicina. *Rev CBC*, vol. 8, 5: 231-237, 1981.
6. CAIX M et al. — A propos de 26 tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde. *Ann Chir*, 32: 233-237, 1978.
7. CHARLES J et al. — Tumeur villeuse rectale hypersécrétante et dégénérée. *Rechute de Tuberculose Pulmonaire. Tuberculose ileo-caecale à forme fibreuse. Sem Hop Paris*, 18: 1222, 1974.
8. DAVIS JE, SEAVEY PW & SESSIONS JT Jr. — Villous adenomas of the rectum and sigmoid colon with severe fluid and electrolytes depletion. *Ann Surg*, 155: 806, 1962.
9. DONALDSON GA, RODKEY GV & BEHRINGER GE — Resection of the rectum with anal preservation. *Surg Gynecol Obstet*, 123: 571, 1966.
10. EVANS JT, IMAHORI S & LIU K — Villous adenoma of the colon and rectum. *J Surg Oncol*, 117-122, 1972.
11. FOSSATI P, WEMEAU JL, LOEUILLÉ-FAYOLLE F, CAMART JF, LIBERSA Ch, BAHON-Le CAPON J & LAGACHE G — Coma métabolique révélateur de la récidence d'une tumeur villeuse du rectum. *Lille Médical*, 3<sup>a</sup> série, Tomo XXIII, 10: 714-718, 1978.
12. GOLIGHER JC, DUTHIE HL & NIXON HH — Surgery of the anus, rectum and colon. London, Baillière Tindall, 3: 424, 1975.
13. GOULON M, BAROIS A, GROSBUISS S, BOUSQUET R, SHORTGEN T & TROUILLET G — Hypoventilation, alcalose métabolique et hypokaliémie chez un malade atteint de tumeur villeuse rectale. *Ann Méd interne*, 123: 649-658, 1972.
14. HAGOOD MF & O'BRIEN Ph — Villous tumors of the rectum excision by the posterior approach. *South Med J*, 68: 184, 1975.
15. HAGOOD MF & O'BRIEN Ph — Tumors of the large bowel. *P.A.C.C.*, 12: 133, 1971.
16. JORGENSEN SJ & OTTSEN M — Posterior rectomy for villous tumours of the rectum. *Acta Chir Scand*, 141: 680-682, 1975.
17. KASCHULA RO — Mixed juvenile, adenomatous and intermediate polyposis coli: report of a case. *Dis Colon Rectum*, 14: 368, 1971.
18. McCABE JC, McSCHERRY CK, SUSSMAN EB & GRAY GF — Villous tumors of the large bowel. *Am J Surg*, 126: 336-342, 1973.
19. MOMBET J & SOULLARD J — Le diagnostic radiologique des polypes et des petites tumeurs coliques. *Rev Prat*, 21: 2637, 1961.
20. MUÑOS y colabs — Tumores vellosos del recto. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 55: 607, 1979.
21. NIVATVONGS et al. — Villous adenomas of the rectum: the accuracy of clinical assessment. *Surg*, 87: 549-551, 1980.
22. ORRINGER MB & EGGLESTON JC — Papillary (villous) adenomas of the colon rectum. *Surgery*, 72: 378, 1972.
23. PARKS AG & STUART AE — The management of villous tumours of the large bowel. *Br J Surg*, 60: 688, 1973.
24. PUJOL H et al. — L'exérèse chirurgicale transanale des tumeurs villeuses du rectum. A propos de 60 observations. *Chirurgie (memoires de l'Académie)*, 103, 8: 626-629, 1977.
25. RABIN ER et al. — Juvenile colonic polyposis with adenoma and retroperitoneal fibrosis — Report of a case. *Dis Col and Ret (Of J Am Soc Col Rec Surg)*, 22: 63-67, 1979.
26. ROY AD & ELLIS H — Potassium secreting tumours of the large intestine. *Lancet*, 1: 759-760, 1959.
27. SUNDERLAND DA & BINKLEY GE — Papillary adenomas of the large intestine: a clinical and morphological study of 48 cases. *Cancer*, 1: 184, 1948.
28. TURECK RE, DAVIS WC, WILSON WJ et al. — The roentgenographic diagnosis of villous tumors of the colon. *Am J Roentgenol. Radium Ther Nucl Med*, 113: 349, 1971.
29. VELCEK FT, COOPERSMITH IS, CHEN CK et al. — Familial juvenile adenomatous polyposis. *J Pediatr Surg*, 11: 781, 1976.
30. WECHSLER B, LEVINTIS S, HERREMAN G & GO-DEAU P — Association cancer digestif et endocardite subaiguë, 4 observations. *La Nouvelle Presse Médicale*, 7: 32: 2845, 1978.
31. WELCH JP & WELCH CE — Villous adenomas of the colo rectum. *Am J Surg*, 131: 185-191, 1976.
32. WOLF BS — Roentgen diagnosis of villous tumors of the colon. *Am J Roentgenol. Radium Ther Nucl Med*, 84: 1093, 1960.