
TRATAMENTO DOS ADENOMAS VILOSOS E TÚBULO-VILOSOS COLORRETAIS — ESTUDO RETROSPECTIVO

RENATO VALMASSONI PINHO, TSBCP
GILBERTO LUIZ ORTOLAN
AUDEVIR BENEDITO RIBEIRO
TARCISIO PINHO OHDE
JULIO CESAR PISANI
GIOCONDO VILANOVA ARTIGAS

PINHO RV, ORTOLAN GL, RIBEIRO AB, OHDE TP, PISANI JC, ARTIGAS GV — Tratamento dos adenomas vilosos e túbulo-vilosos colorretais — Estudo retrospectivo. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(4): 139-141.

RESUMO: Num período de 10 anos foram tratados 19 pacientes portadores de 30 lesões polipóides com componente viloso. Vinte eram adenomas vilosos, oito, túbulo-vilosos, um, adenoma tubular e um, adenocarcinoma associados. Dos 27 adenomas vilosos e túbulo-vilosos, 19 eram benignos e oito, malignos. Houve uma incidência de malignização de 30% dos adenomas vilosos e de 28,6% dos túbulo-vilosos. O exame digital alcançou 30% das lesões e o retossigmoidoscópico 86,66%. A sobrevida atingiu 75% em cinco anos, e o tratamento incluiu polipectomias endoscópicas, ressecções locais, colônicas e retais.

UNITERMOS: adenoma viloso; adenoma túbulo-viloso; adenoma papilar

Qualquer adenoma colônico que apresente mais de 50% de componente viloso na sua arquitetura recebe o nome de adenoma viloso ou túbulo-viloso^{1,4}. Eles são os maiores em tamanho e também os que ocorrem com uma frequência menor, constituindo aproximadamente 19 a 53% dos pólipos colorretais⁷.

Cerca de 73% dos adenomas vilosos serão alcançados pelo exame retossigmoidoscópico de rotina^{1,8}. Enema baritado e tomografia computadorizada, além da endoscopia, colaboram para o seu diagnóstico³.

Eles ocorrem com maior incidência entre a sexta e a sétima décadas, ocasionalmente em pacientes mais jovens^{8, 12, 13, 16, 17}.

Acredita-se que o índice de malignidade esteja diretamente relacionado com o componente viloso⁷. Em lesões de 1 a 2 cm de diâmetro, a incidência de adenocarcinoma

é de 10% e, naquelas maiores, eleva-se para valores que variam entre 30% e 40%^{1,4}.

Adenomas vilosos são freqüentemente mais sintomáticos se comparados com as outras lesões polipóides. No cólon apresentam sangramento e, quando localizados no reto, puxo e tenesmo retal. Ocorre também a presença de muco e sangue nas fezes, os quais, em determinadas situações, atingem grandes volumes.

Relatos sobre imensas quantidades de eliminação mucosa, produzindo depleção de potássio, têm sido publicados^{4, 10}.

MATERIAL E MÉTODOS

De 1977 a 1987, 19 pacientes portadores de adenomas vilosos ou túbulo-vilosos, com ou sem malignização, foram tratados neste Serviço.

Seis pacientes foram submetidos a ressecção endoscópica, os quais apresentavam adenomas entre 1 e 2 cm de diâmetro, e os demais a ressecções convencionais ou excisão local.

Foram excluídos do trabalho os pacientes portadores de adenomas vilosos tratados exclusivamente por fulguração, sem constatação anatomopatológica.

Dezenove pacientes foram incluídos neste estudo, os quais apresentavam um total de 30 lesões. A sua idade variou de 40 a 74 anos e a ocorrência foi aproximadamente igual entre os dois sexos, com uma proporção masculino-feminino de 1:1/1, com maior incidência entre a sexta e a sétima décadas (31,8% e 36,7% respectivamente).

Onze pacientes eram portadores de lesões benignas e oito de malignas (*Tabelas 1 e 2*).

Dos 30 pólipos removidos dos 19 pacientes, 21 eram benignos, com 14 adenomas vilosos, cinco túbulo-vilosos, um tubular e uma lesão séssil biopsiada previamente, a qual foi fulgurada. Entre os malignos, seis eram adenomas vilosos, dois túbulo-vilosos e um adenocarcinoma sem resíduo viloso, perfazendo um total de nove.

Tabela 1

Sexo	N.º de pacientes
Masculino	9
Feminino	10
Total	19

Tabela 2

Idade	N.º de pacientes	%
40 - 49	5	26,3
50 - 59	6	31,8
60 - 69	7	36,7
70 - 79	1	5,2
Total	19	100

Tabela 3

Índice de malignidade	N.º pacientes	%
Benigno	11	57,9
Maligno	8	42,1
Total	19	100

Tabela 4

Localização	N.º de casos
Reto inferior	9
Reto médio	5
Reto superior	6
Junção retossigmoideana	6
Cólon sigmóide	1
Ângulo esplênico	1
Cólon transverso	1
Apêndice vermiforme	1
Total	30

A ocorrência de adenocarcinoma invasivo nos adenomas vilosos e túbulo-vilosos foi de 29,6%. O índice de malignização estava diretamente relacionado com o tamanho das lesões, ocorrendo em 41,2% naquelas acima de 2 cm e em 10% nas de até 2 cm de diâmetro. Referindo-se ainda a índice de malignização, desta vez em adenomas vilosos, o mesmo alcançou, em nossa casuística, 30%, enquanto que nos túbulo-vilosos atingiu 28,6% (Tabela 3).

Quanto à localização, 30% dos adenomas eram alcançados pelo exame digital e 86,66% pelo retossigmoidoscópio rígido (Tabela 4).

Muco e sangue nas fezes, acompanhados de tenesmo e alteração de hábito intestinal, foram os sintomas ampla-

Tabela 5

Tratamento	Malignos
Ressecção local - 7	1
Polipectomia endoscópica - 6	0
Ressecção anterior baixa - 3	1
Hemicolectomia esquerda - 2	2
Ressecção segmentar - 3	
Amputação abdominoperineal de reto - 2	2
Acesso transacral - 2	1
Apendicectomia - 1	-
Fulguração - 1	
Abaixamento endoanal - 1	1

mente predominantes. Exames contrastados dos cólons foram efetuados em todos os pacientes. Colonoscopias e biópsias em acima de 2/3 dos mesmos.

RESULTADOS

O tratamento cirúrgico executado nestes pacientes apresentou ausência de mortalidade pós-operatória.

Baseou-se em critérios que incluíam o tamanho da lesão, localização das mesmas e suas características macro e microscópicas. O diagnóstico de invasão maligna através de biópsias, ou durante o ato cirúrgico, induzia a um tratamento radical. Em dois casos havia envolvimento evidente de linfonodos, traduzindo, na classificação de Dukes, lesões do tipo "C". Três lesões estavam classificadas no grupo "B" e quatro, no grupo "A".

O objetivo do tratamento sempre foi aquele de retirada total da lesão, e, dentre os métodos praticados, nós incluímos a polipectomia endoscópica, fulguração e ressecção local, tornando-se necessária a execução de cirurgias mais radicais, como ressecções segmentares, hemicolectomias, retossigmoidectomias, cirurgias de abaixamento endoanal, e também amputações abdominoperineais de reto nos casos de adenocarcinoma invasivo (Tabela 5).

O acesso transacral, com ressecção segmentar, foi utilizado em dois pacientes que apresentavam lesões circunscritas de parede posterior de reto médio, passíveis de serem totalmente removidas por este método.

Nos adenomas de reto baixo, que não apresentavam invasão maligna, a ressecção local foi o método preferido, inclusive utilizado em um paciente cardiopata com adenocarcinoma do grupo "A" de Dukes, sem condições cirúrgicas para um procedimento maior.

A polipectomia endoscópica foi efetuada quando prevíamos a ressecção total do tumor por este acesso, com análise anatomopatológica da lesão.

Em uma eventualidade, resultou apendicectomia em ressecção de um adenoma viloso assestado neste local, sendo achado de inspeção rotineira da cavidade abdominal.

O seguimento dos pacientes variou de três a 120 meses, com uma média de 38,3%, tendo ocorrido recidiva em cinco deles. Em dois, houve recidiva de adenomas benignos, sendo que em um comprovou-se a presença de uma lesão maligna sincrônica (9,52%). Em três pacientes houve

recidivas de lesões malignas ressecadas, estando um com metástases difusas e o outro com carcinomatose peritoneal (33,33%).

Um óbito ocorreu por neoplasia após 60 meses de seguimento.

A sobrevida de cinco anos, sem correções, foi de 75%.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma do cólon e reto representa uma causa importante de morte por doença maligna, com uma crescente incidência em nosso meio. Há uma forte evidência de que o diagnóstico precoce das lesões pré-malignas e malignas do cólon, assim como a sua remoção cirúrgica, são a única forma de melhorar a sobrevida destes pacientes.

A transformação *adenoma-carcinoma* é bem mais evidente quando tratamos adenomas vilosos e túbulo-vilosos, alcançando, na maioria das séries, índices de 30 a 40%^{1, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 18}, desde a sua separação dos adenomas tubulares colorretais, em 1948, por *Sunderland e Binkley*. Segundo *Hoff e cols.*, o risco de malignidade no adenoma viloso está relacionado com a quantidade de componente viloso e com o seu tamanho^{7, 9}. No entanto, deve-se enfatizar que adenocarcinoma invasivo está presente em 2% dos adenomas vilosos com menos de 1 cm de diâmetro^{7, 13}.

Embora tenha sido descrito um índice de malignização menor para os adenomas túbulo-vilosos (22,5%) em relação aos vilosos (40,7%)¹³, *Galandiuk* não achou diferença significativa na incidência de transformação maligna destes dois tipos de adenomas⁷.

Tem sido relatada uma taxa de recorrência de 10 a 30% para os adenomas vilosos, sendo a mesma mais elevada para as lesões tratadas por fulguração ou excisão local, para as mais volumosas, e para as lesões retais em relação às do cólon^{2, 7}.

Existe uma conclusão óbvia de que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e imediato das lesões vilosas do cólon e reto representam uma arma importante no combate ao desenvolvimento de lesões malignas do intestino grosso.

PINHO RV, ORTOLAN GL, RIBEIRO AB, OHDE TP, PISANI JC, ARTIGAS GV - Treatment of the villous and tubulovillous adenomas of the colon and rectum - A retrospective review.

SUMMARY: In a period of 10 years, 19 patients were treated with polypoid lesions with villous component. Twenty were villous adenomas, 8 tubulovillous, 1 associated tubular adenoma and 1 adenocarcinoma. From 27 villous and tubulovillous adenomas, 19 were benign and 8 malignants. There was an incidence of malignant change in 30% of the villous and 28.6% of the tubulovillous adenomas. The digital examination reached 30% of the lesions and the retosig-

midoscope 86.66%. The survival rate reached 75% in 5 years and the treatment included endoscopic polypectomies, local, colonic and rectal resections.

KEY WORDS: villous adenoma; tubulovillous adenoma; papillary adenoma

REFERÊNCIAS

1. Adolphson VC, Prchal JT, Carrol AJ. Colonic villous adenoma. Monoclonal origin. JAMA 1982; 6: 829-30.
2. Brunetaud JM, Mosquet L, Houcke M, Scopelliti JA, Rance FA, Cortot A, Paris JC. Villous adenomas of the rectum. Results of endoscopic treatment with Argon and Nd: YAG lasers. Gastroenterology 1985; 89: 832-837.
3. Coscina WF, Arger PH, Herlinger H, Levine MS, Coleman BG, Mintz MC. CT diagnosis of villous adenoma. J Comput Assist Tomogr 1986; 10: 764-766.
4. Davies RJ, Daly JM. Potassium depletion and malignant transformation of villous adenomas of the colon and rectum. Cancer 1984; 53: 1260-1264.
5. Day DW. The adenoma-carcinoma sequence. Scand J Gastroenterology 1984; 19: 99-107.
6. Fenoglio-Preiser CM, Hutter RVP. Colorectal polyps: pathologic diagnosis and clinical significance. Ca-a Cancer J for Clinicians 1985; 35: 322-344.
7. Galandiuk S, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, Weakley FA, Petras RE, Badhwar K, McGonagle B, Eastin K, Sutton T. Villous and tubulovillous adenomas of the colon and rectum. A retrospective review, 1964-1985. Am J Surg 1987; 153: 41-47.
8. Martinez JG, Cernuda RB. Tumores vellosos de colon y recto. Rev Esp Enf Ap Digest 1982; 61: 473-476.
9. Hoff G, Clausen OPF, Fjordvang H, Norheim A, Foester A, Vatn MH. Epidemiology of polyps in the rectum and sigmoid colon. Size, enzyme levels, DNA distributions and nuclear diameter in polyps of the large intestine. Scand J Gastroenterol 1985; 20: 983-989.
10. Joffe SN, Short DW, Bloom SR, Polak J. Is a villous adenoma of the rectum an endocrine tumor? Lancet 1975; 2: 1211-1212.
11. Miskowiak J, Lindenberg S. Excision of rectal villous adenoma using a TA or GIA stapler. Br J Surg 1986; 73: 630.
12. Mori K, Shinya H, Kalisman M. A composite tumor in tubulovillous adenoma of the rectum. Dis Colon Rectum 1978; 21: 506-509.
13. Rickert RR, Auerbach O, Garfinkel L, Hammond EC, Frasca JM. Adenomatous lesions of the large bowel. An autopsy survey. Cancer 1979; 43: 1847-1857.
14. Robins SL, Cotran RS, Kumar V. Pathologic basis of disease. 3rd. ed. Philadelphia: WB Saunders 1984; 865-866.
15. Takolander RJ. Villous papilloma of the colon and rectum. Part 1: a clinical study of 213 patients. Ann Chir Gynaecol Fenn 1975; 64: 257-264.
16. Tammara JC, Ciccarelli R, Aramburu MA, Barabani R, Baetti D. Abordaje posterior en el tratamiento del adenoma vellosos del recto. Rev Arg Cirurg 1985; 49: 334-335.
17. Williams AR, Balasooriya BAW, Day DW. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. Gut 1982; 23: 835-842.
18. Yamagiwa H, Ishihara A, Matsuzaki O, Yoshimura H. Malignant transformation of adenoma in large intestine - Especially on villous adenoma. Acta Pathol Jpn 1980; 30: 427-435.

Endereço para Correspondência:
Renato Valmassoni Pinho
Av. Getúlio Vargas, 2.456
80240 - Curitiba - PR