

Pólipos do Cólon e do Recto na Criança (Revisão 93-2000)

FERNANDO A. C. PEREIRA

*Serviço de Gastrenterologia
Hospital Maria Pia – Porto*

Resumo

Os pólipos do cólon e recto são causa frequente de rectorragias na criança, são mais frequentes entre os 2 e 4 anos, aparecem em regra isolados e são quase todos histologicamente Juvenis.

Efectuámos uma revisão de todos os casos submetidos a colonoscopia em que foram diagnosticados pólipos, não poliposes, no nosso Serviço entre 1993 e 2000. Os exames foram efectuados em regime de hospital de dia, após preparação cólica preferencialmente com Polietilenoglicol, com os doentes monitorizados (oximetria de pulso e ECG) e sob anestesia geral ou sedação profunda. Usamos o colonoscópio PCF-10.

Foram diagnosticados pólipos em 81 endoscopias (13,6% de todos os exames efectuados nesse período) e retirados 92 pólipos. Os nossos doentes tinham idade média de 6 anos, e eram 61% do sexo masculino; 94,7% dos pólipos, localizavam-se no recto, 90%, tinham menos de 2 cm, 94% eram do tipo IV e 85,6% eram histologicamente juvenis.

Tivemos uma complicação hemorrágica após polipectomia que foi controlada por via endoscópica.

Os nossos resultados estão de acordo com a literatura. A Colonoscopia e a polipectomia associada são o melhor método para diagnóstico e tratamento desta entidade clínica benigna.

Palavras-Chave: Colonoscopia, pólipo, polipectomia.

Summary

Colon and Rectal Polyps in Children (1993-2000 Revision)

The colorectal polyps are frequently responsible for rectal bleeding in children; they are observed usually between 2 and 4 years of age, as isolated lesions and the juvenile histologic type is the more frequent.

In the present study we have analysed all cases of colonoscopy with polyps, no polyposis syndromes, diagnosed in our department between 1993 and 2000.

Correspondência: Fernando A. C. Pereira
Serviço de Gastrenterologia
Hospital Maria Pia – Porto
Aceite para publicação em 24/04/2002.
Entregue para publicação em 31/08/2001.

The examinations were done with the colonoscopy Olympus PCF-10, after adequate colonic preparation with oral polietilenoglycol solution, with pulse oximetry and ECG monitoring, and with analgesia or general anesthesia. Ninety two polyps were diagnosed in 81 endoscopic examinations (13% of all examinations done in the same period of time); 61% of the patients were males, with the mean age of 6 years, 94,7% of the polyps were in rectum or sigmoid colon, 90% with less than 2 cm, 94% were of type IV and 85,6% were juvenile. A bleeding complication arrived in one case, after polipectomy, and had been treated by endoscopic injection with a solution of adrenalin 1:10000.

Our results agree with other publications. We think that colonoscopy with polypectomy are the best way for the diagnose and treatment of this benign pathology.

Key-Words: Colonoscopy, polyps, polipectomy.

Introdução

A emissão de sangue com as fezes constitui um motivo frequente de procura da consulta de Gastrenterologia na idade Pediátrica e é mesmo no nosso hospital a principal indicação para a realização de endoscopia digestiva baixa (colonoscopia e rectosigmoidoscopia).

Se excluirmos as situações abdominais agudas que se associam a rectorragias mais ou menos abundantes e que levam o doente ao serviço de urgência, como é o caso da invaginação intestinal, diversas situações patológicas associadas a rectorragias, com ou sem obstipação, conduzem os doentes à consulta da especialidade. No nosso hospital, os processos inflamatórios anais, com ou sem fissuração, em regra associados ao traumatismo da defecação, são os mais vezes observados, seguindo-se as lesões polipoides.

Os pólipos que observamos em crianças, geralmente entre os dois e os quatro anos de idade, apresentam-se clinicamente sob a forma de pequenas rectorragias intermitentes, associadas ou não a quadro de obstipação e proctalgia quando aquela está presente, por vezes acompanhadas de eliminação de muco e sem qualquer alteração do estado geral ou repercussão analítica.

Mais raramente quando ocorre a expulsão espontânea do pólipo, verifica-se um ou dois episódios de hemorragia mais abundante mas auto limitada.

Os pólipos aparecem em regra isolados, geralmente de pequenas dimensões, quase sempre com menos de 20 mm e embora possam ser diagnosticados em qualquer dos segmentos do cólon, localizam-se em mais de 75% dos doentes no recto e sigmoide.

Mais de 90% dos pólipos que encontramos são histologicamente pólipos juvenis, ou seja lesões benignas, que consistem na proliferação do epitélio, lâmina própria e tecido de granulação e por vezes apresentando aspectos quísticos no seu interior. A polipectomia endoscópica é o método mais adequado no tratamento destas situações e resolve de forma definitiva o problema (1 e 3).

São pouco frequentes as situações de poliposes juvenis (com 10 ou mais pólipos), que criam todavia problemas mais complexos quanto ao seu tratamento e especialmente seguimento, uma vez que existe o risco, se bem que pequeno do desenvolvimento neoplásico (2, 4 e 5).

Mais raras vezes observamos pólipos adenomatosos ou hamartomas. O seu aparecimento na criança de forma isolada é pouco frequente, ocorrendo geralmente com lesões múltiplas, integrando quadros de Polipose Adenomatosa Familiar o primeiro tipo e o síndrome de Peutz-Jeghers o segundo.

Os Pólipos adenomatosos são os mais vezes diagnosticados na idade adulta, com maior frequência acima dos 40 anos e têm elevado potencial maligno quando abandonados à sua evolução natural, apoiando a hipótese de evolução adenoma para carcinoma.

O objectivo deste nosso trabalho foi a revisão dos pólipos diagnosticados e tratados no nosso serviço entre 1993 e 2000 e a sua valorização no contexto global dos doentes que nos procuram com quadros de rectorragias.

Material e Métodos

Procedemos à revisão de todos os casos de endoscopia digestiva baixa em que foram diagnosticados pólipos do cólon ou do recto nos exames efectuados entre Janeiro de 1993 e Dezembro de 2000.

Os doentes efectuaram preparação intestinal com recurso a dieta pobre em resíduos 24 horas antes do exame, à administração oral ou por sonda nasogástrica de solução de polietilenoglicol (Klean-prep) em volume adequado ao peso ou em alternativa enemas com soro fisiológico. As crianças com menos de um ano de idade fizeram preparação apenas com enemas com soro fisiológico, todos efectuaram previamente aos exames, um hemograma com plaquetas e estudo da coagulação.

Na realização das endoscopias utilizamos sempre anestesia, preferencialmente com Diprivam ou sedação com Midazolam e respiração espontânea com oxigenoterapia nasal, estando os doentes com monitorização de ECG e oximetria de pulso; usamos o colonoscópio Olympus PCF-100. As polipectomias foram efectuadas com ansas diatérmicas da marca Olympus e sempre que necessário retiramos os pólipos com recurso a cesta adequada. Num doente foi feita injeção para controlo hemostático após polipectomia, com recurso a agulhas «Acuject» 23G e utilizando uma solução de adrenalina a 1/10000.

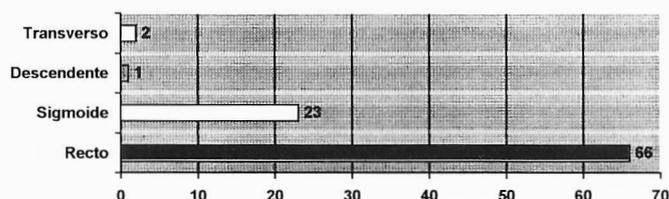
Analizamos, idade e sexo dos doentes, motivo para a realização do exame, número total de pólipos diagnosticados, localização, tamanho, tipo macroscópico e padrão histológico dos pólipos extraídos por polipectomia, complicações e seguimento.

Resultados

No período compreendido entre Janeiro 1993 e Dezembro 2000, foram efectuadas no nosso serviço 595 endoscopias digestivas baixas (352 colonoscopias e 243 rectosigmoidoscopias), tendo sido feito o diagnóstico de lesões polipoides em 81 (13,6%), tendo sido retirados por polipectomia com ansa 92 pólipos. Deve referir-se que quando a rectosigmoidoscopia identificou lesão polipoide do recto os doentes foram posteriormente submetidos a colonoscopia.

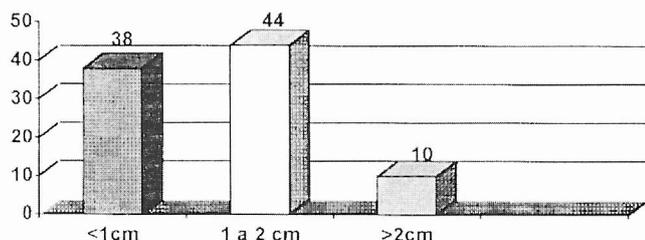
Estes doentes tinham idades compreendidas entre 2 e 15 anos, com idade média de 6 anos, 50 (61,7%) eram do sexo masculino e 31 (38,3%) do feminino e em todos o motivo do exame foi o aparecimento de rectorragias em geral pouco abundantes. Os pólipos localizavam-se, 66 (71,7%) no recto, 23 (25%) no cólon sigmoide, 2 (2,2%) no transversal e 1 (1,1%) no descendente (Gráfico 1).

GRÁFICO 1



Trinta e oito (41,3%) tinham menos de 1 cm de maior diâmetro, 44 (47,8%) tinham entre 1 e 2 cm e 10 (10,9%) tinham mais de 2 cm, sendo o maior de 3 cm de diâmetro (gráfico 2).

GRÁFICO 2



Quanto ao seu aspecto macroscópico, 87 (94,6%) eram pediculados.

A análise do tipo histológico efectuada apenas em 90 pólipos, uma vez que dois deles não foram recuperados após a polipectomia, revelou que 77 (85,6%) eram juvenis, 11 (12,2%) inflamatórios, 1 (1,1%) adenomatoso e 1 linfoide. O pólipo de maiores dimensões era juvenil e o único pólipo adenomatoso encontrado tinha mais de 2 cm mas não apresentava atipias celulares.

Tratava-se de pólipo isolado em criança com 12 anos e sem história de polipose familiar.

Na realização das polipectomias tivemos 1 complicação hemorrágica imediata que foi tratada com injeção no pedículo de solução de adrenalina em soro fisiológico a 1/10000.

Discussão

A presença de rectorragias não associada a outros sintomas que permitam o diagnóstico de uma patologia específica e na ausência de lesões anais potencialmente sangrantes, obriga à realização de endoscopia baixa que entre nós, em cerca de 14% dos exames (81 em 595, ver resultados apresentados), permitirá fazer o diagnóstico de pólipo do recto ou do cólon (7).

Os nossos resultados, de acordo com a literatura, mostram que neste grupo etário a maior parte dos doentes têm apenas um pólipo, que a grande maioria deles são

pediculados e situados no recto, têm menos de 2 cm de diâmetro e são histologicamente juvenis. A sua retirada por polipectomia com ansa diatermica é geralmente simples e sem complicações significativas (3 e 6).

Pelo facto de se tratar geralmente de lesões isoladas a sua retirada é curativa e não obriga a qualquer seguimento posterior, como é necessário no caso das poliposes, mesmo nas Juvenis; como já referimos, embora em reduzido número de doentes, podem aparecer áreas adenomatosas nestes pólipos o que lhes atribui potencial maligno. No caso dos pólipos adenomatosos é sempre necessário fazer seguimento adequado com o objectivo de diagnosticar e tratar precocemente novas lesões polipoides evitando assim a sua evolução para carcinomas (2, 4 e 5).

No período a que se refere a presente revisão não temos conhecimento de qualquer recidiva ou aparecimento de novas lesões em qualquer dos doentes.

Alguns autores têm posto em dúvida a necessidade de proceder ao exame total do cólon nas crianças, uma vez que são raros os pólipos diagnosticados no cólon ascendente e transversal neste grupo etário. Em minha opinião deve efectuar-se sempre a colonoscopia total pois só dessa forma poderemos garantir com elevada probabilidade se existem ou não lesões polipoides; aceito no entanto que quando é diagnosticado e retirado um pólipo do cólon esquerdo ou do recto e por razões técnicas não se consegue levar o exame até ao fim, este não seja repetido se o doente está clinicamente bem e o pólipo retirado é do tipo juvenil.

Bibliografia

1. Hyer W, Beveridge L, Domizio P, Philips R. Clinical Management and Genetics of Gastrointestinal Polyps in Children. *J Pediatric Gastroenterol Nutr.* 2000; 31: 469-79.
2. Hoffenberg EJ, Sauaia A, Matzman T, Knoll K, Ahnen DJ. Symptomatic colonic Polyps in Childhood: Not so Benign. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition* 1999; 28: 175-81.
3. Coffin CM, Pappin AL. Polyps and Neoplasms of the Gastrointestinal Tract in Childhood and Adolescence. *Perspective Pediatr Pathology.* 1997; 20: 127-77.
4. Nugent KP. Solitary Juvenile Polyps: not a marker for subsequent malignancy. *Gastroenterol* 1993; 105: 698-700.
5. Heiss KF. Malignant risk in Juvenile Polyposis coli: increasing documentation in the Pediatric age group. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 1188-93.
6. Jalihal A, Misr S, Arund A, Kanth P. Colonoscopic Polypectomy in Children. *J Pediatric Surg* 1992; 27: 1120-2.
7. Latt TT, Nicholl R, Domizio P, et al. Rectal Bleeding and Polyps. *Arch Dis Child* 1993; 63: 144-7.