

HEMANGIOMA DO RETO E SIGMÓIDE — APRESENTAÇÃO DE UM CASO (*)

KLAUS REBEL (**)

ELIANE ALVES DE LIMA (***)

JOAQUIM JOSÉ FERREIRA (****)

Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

Os autores apresentam um caso de hemangioma de reto e sigmóide. Chamam a atenção pela raridade de patologia e discutem os métodos diagnósticos assim como as diversas etapas no tratamento durante a evolução da doença por 16 anos, que apesar de ser benigna necessita às vezes tratamento bastante agressivo.

O hemangioma do reto e sigmóide é uma doença rara e na literatura mundial existem publicadas descrições de 75 casos de hemangioma cavernoso que atingem o reto (Jeffery e col. 1976). Muitos pacientes morrem das hemorragias retais repetidas antes do tratamento ou após as cirurgias.

Gentry (1949) classificou os hemangiomas benignos do cólon da seguinte maneira:

Hemangiomas capilares — representam cerca de 6% dos tumores vasculares benignos, nascem dos vasos da submucosa e são freqüentemente encapsulados. Em 50% dos casos causam ulcerações na mucosa por onde sangram livremente na luz intestinal.

Hemangiomas cavernosos — são os mais freqüentes, se apresentam como grandes lagos vasculares separados um dos outros por tabiques fibrosos, cobertos por endotélio fino. Se situam geralmente na submucosa, mas em alguns casos se

(*) Trabalho realizado no Serviço de Proctologia do Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro.

(**) Chefe de Clínica do Serviço de Proctologia do Hosp. Mun. Miguel Couto, Colo-Proctologista do Hospital Samaritano e da Clínica Sorocaba.

(***) Residente do Serviço de Proctologia do Hosp. Mun. Miguel Couto.

(****) Chefe do Serviço de Proctologia do Hosp. Mun. Miguel Couto, Prof. Assistente da Fac. Med. da U.F.R.J., Departamento de Cirurgia, Disciplina de Proctologia.

estendem a outras túnicas podendo atingir até a serosa. Freqüentemente possuem trombos no interior dos vasos dilatados que podem ser repermeabilizados através de neocapilares. Comumente suas paredes são cobertas por calcificações as vezes bastante extensas, possibilitando nestes casos chegar ao diagnóstico através de uma radiografia simples da bacia.

Hamangiomas mistos — são formas intermediárias, raras, representando aproximadamente 6% dos hemangiomas da região.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, branco, natural do Rio de Janeiro, solteiro, foi atendido em 1964 no Hospital Municipal Miguel Couto com queixas de dor na região anorectal, perda de sangue vivo acentuada, anemia intensa, constipação crônica. Não apresentava dados importantes na história pregressa e familiar, sendo que todos parentes gozavam de boa saúde.

Ao exame apresentava-se com estado geral comprometido, anêmico, hipovolêmico. O exame proctológico revelou a fenda anal de aspecto normal. Ao toque retal verificou-se discreta hipertonia do esfinter anal, e presença de inúmeras vegetações moles e isoladas ocupando parcialmente o reto, deixando sua luz angustiada. No exame endoscópico verificou-se inúmeras saliências globosas, de cor azulada escura, localizando-se na submucosa, cobertas por mucosa difusamente hiperemiada e edemaciada. Não foram vistas ulcerações em todo trajeto examinado. Foi feita biopsia da região e o exame histopatológico revelou tratar-se de hemangioma. O paciente foi tratado com laxativos, antihemorrágicos, antibióticos e teve sua volemia reposta e controlada. Houve parada do sangramento e normalização do estado geral, com funcionamento intestinal normal. Com controles periódicos o paciente se manteve assintomático durante 6 anos.

Em maio de 1970 foi internado em caráter de urgência com quadro de retorragia maciça, apresentando sinais de choque, sudorese, anemia aguda, tonteiras e astenia. Após reposição volêmica e melhora do estado geral foi realizado novo exame proctológico completo, confirmando o quadro descrito acima. Um clíster opaco realizado a seguir revelou lesões extensa na ampola retal com falhas de enchimento e

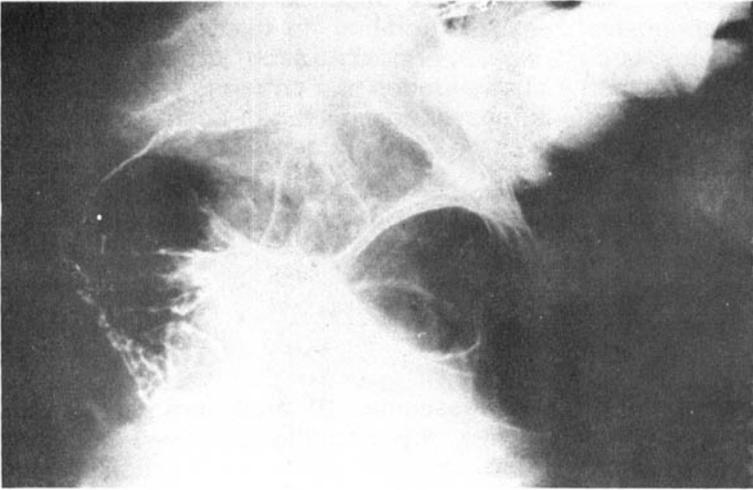


Fig. 1 — Clister opaco demonstrando falhas de enchimento e irregularidades da mucosa.

irregularidades acentuadas na mucosa retal. (Fig. 1) Foi feita Roentgenterapia em cinco sessões semanais no total de 1100 R. A arteriografia realizada durante este tratamento não foi conclusiva e a biópsia sob anestesia confirmou o diagnóstico. (Fig. 2).

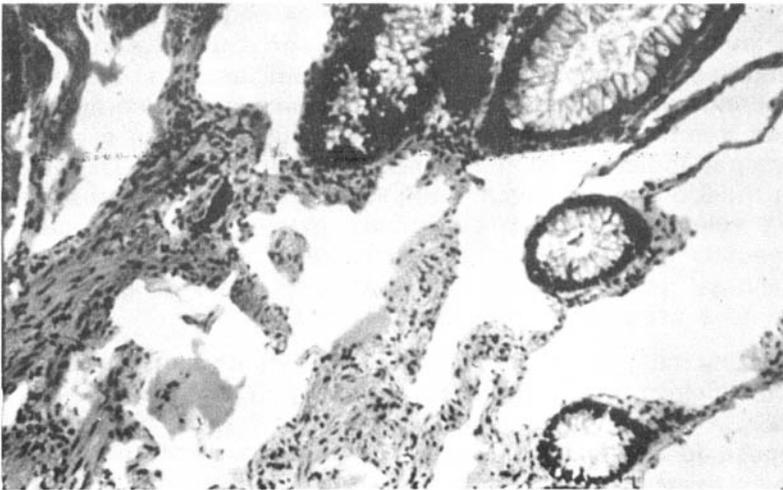


Fig. 2 — Biópsia retal mostrando no corium da mucosa estruturas vasculares dilatadas, 100 x H.E.

Evoluiu com transfusões de sangue diárias de aproximadamente 500 ml desde o dia da internação até que após novo episódio de sangramento foi levado a cirurgia e feita laparotomia exploradora com sigmoidostomia em alça, de maturação precoce. (Fig. 3) No pós-operatório apresentou eva-



Fig. 3 — Aspecto da sigmóide parcialmente coberta por lagos vasculares atingindo até a serosa.

luações pelo ânus tipo melena intercaladas com perdas de sangue vivo, que também eram eliminadas pela sigmoidostomia. Durante um mês ainda necessitou reposição sanguínea de 1500 ml em média por semana, depois continuou internado para completar o tratamento röntgenterápico com 4 aplicações mensais durante 2 meses mantendo-se entre as duas séries um intervalo de igual tempo.

Após um período de 10 anos com revisões periódicas, o paciente, agora com 37 anos, apresentou novo episódio de retorragia maciça, e foi internado com astenia intensa, sudorese, palidez acentuada, tonteiras e hematócrito em 23%. O exame físico mostrou o mesmo quadro das internações anteriores tanto no estado geral como no exame de abdome e local, notando-se um prolapso da alça proximal da sigmoidostomia de aproximadamente 10 cm. Na tentativa de coagular os pontos hemorrágicos foi feita uma colonoscopia, o que não surtiu efeito pela extensão do hemangioma e pelo sangramento intenso durante o exame, sendo extremamente difícil a identificação do sítio da hemorragia.

Nesta internação se tomou como parâmetro para a evolução o hematócrito, que foi feito diariamente. A volemia foi

mantida com transfusão de sangue numa média de 500 ml por dia, perfazendo um total de 13,5 lts. no pré-operatório quando foi submetido a ressecção abdominoperineal do reto, (Fig. 4)



Fig. 4 — Peça cirúrgica aberta exibindo aspecto angiomatoso comprometendo a mucosa de toda a circunferência do órgão.

com colostomia definitiva. A peça retirada mostrou dilatações lacunares dos vasos em toda sua extensão sem invasão em órgãos vizinhos e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de hemangioma cavernoso. (Fig. 5 e 6).

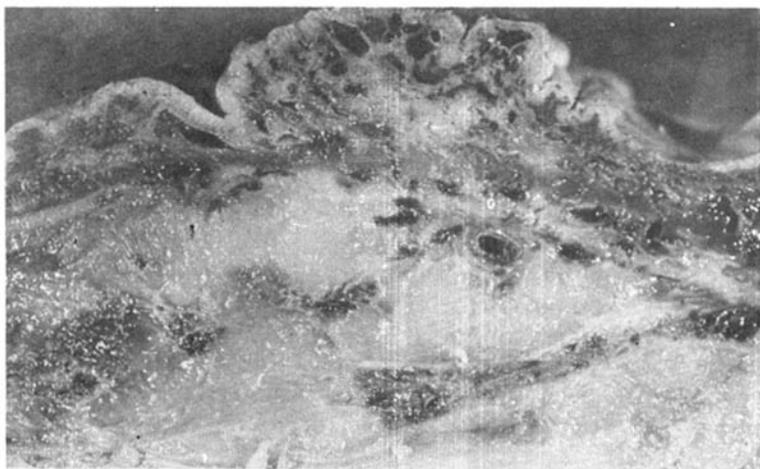


Fig. 5 — Secção transversal com lagos vasculares ectasiados em toda a extensão mural.

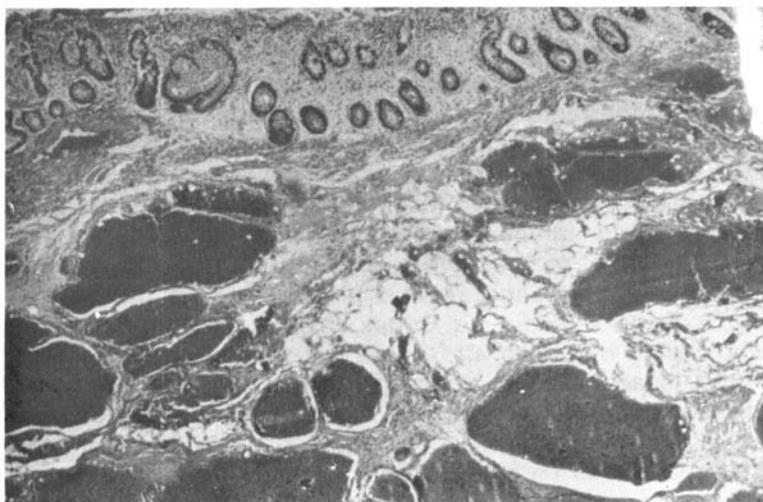


Fig. 6 — Hemangioma cavernoso mostrando vasos sanguíneos dilatados e revestido por delgado endotélio. 25 x H.E.

A evolução pós-operatória foi satisfatória com o hematócrito mantendo-se em níveis normais e pressão arterial estável. O paciente teve alta no 12.º dia e vem sendo controlado periodicamente há mais de um ano, sem anomalias e com suas funções sexuais preservadas.

COMENTARIOS

Apesar de alguns hemangiomas permanecerem assintomáticos é sem dúvida o sangramento retal o sintoma mais freqüente nesta área. Aparece geralmente em crianças e adultos jovens e o sangramento se caracteriza por ser indolor, recidivante e muitas vezes com perdas de grande vulto, aumentando de intensidade após cada episódio, chegando até a ser fatal em alguns casos. Muitas vezes, conforme o volume sanguíneo perdido, o estado geral do paciente está comprometido, apresentando-se com sudorese, anemia de grau variável, tonturas, astenia intensa e até sinais de choque hipovolêmico. Raramente o sangramento se faz acompanhar de febre, dor abdominal ou retal, vômitos e diarreia.

Por ser um tumor vascular, na quase totalidade dos casos não é palpável ao toque digital do reto e o diagnóstico se faz pela retossigmoidoscopia com a visualização direta dos vasos

dilatados e lacunares da submucosa. Em casos de hemangiomas capilares o aspecto pode não ser típico e se torna necessário uma biópsia da área suspeita com estudo histopatológico para firmar o diagnóstico definitivo. A colonoscopia pode se tornar importante para avaliar o limite superior da lesão mas nem sempre é praticável, principalmente durante o episódio do sangramento, quando grande quantidade de sangue geralmente misturada com fezes semilíquidas impedem a visão correta e assim também a progressão do endoscópio. Como diagnóstico diferencial, porém, é de grande valor, sobretudo em pacientes com sangramento proveniente de outras lesões como a angiodisplasia do cólon direito, onde pode ser feito o diagnóstico definitivo através de visualização direta e biópsia da área lesada. Nestes casos as lesões em geral podem ser tratadas na mesma ocasião do diagnóstico através da eletrocoagulação tanto das angiodisplasias como também de hemangiomas pequenos (Rogers, 1976).

A radiografia simples da pelvis revela freqüentemente flebolitos calcificados, porém a sua ausência não afasta o diagnóstico de hemangioma. No caso aqui apresentado não encontramos estas formações. No entanto o clister opaco demonstrou claramente irregularidades acentuadas e lacunas na mucosa do reto e sigmóide. A arteriografia mesentérica inferior tem sido citada como valiosa no diagnóstico destes pacientes (Westerholm 1967); no entanto, no caso presente não foi esclarecedora.

Vários tratamentos tem sido propostos para os hemangiomas do reto como a esclerose dos vasos dilatados (Bancroft, 1931), a ressecção endoanal do reto (Babcock — Jones, 1950), a ressecção abdominoperineal do reto (Hellstrom, 1955) e a ligadura dos vasos hemorroidários superiores (Gabriel, 1963). Recentemente Jeffery e col. (1976) descreveu uma técnica cirúrgica para tratamento de hemangioma cavernoso do reto, onde o reto é ressecado apenas nos seus 2/3 superiores e o cólon é abaixado por dentro do coto retal restante, no qual por via anal foi retirada a mucosa de maneira que a submucosa retal entra em contato direto com a serosa do segmento abaixado. Desta maneira o hemangioma não é removido, cessando-se porém o sangramento por não estar a lesão exposta ao traumatismo da passagem das fezes. A indicação de cada uma destas técnicas depende em princípio da extensão da lesão e da sintomatologia do doente. No caso do nosso paciente um simples tratamento clínico com dieta apropriada, laxativos suaves e antibioticoterapia para debelar o componente infeccioso local o fez passar durante seis anos sem sintoma-

tologia de vulto e sem reposição sanguínea. Após este prazo voltou a sangrar maciçamente obrigando-o a internação de urgência e reposição volêmica e eletrolítica. Com a roentgenoterapia e sigmiodostomia derivativa ele evoluiu bem mantendo seu estado geral e teve vida normal e ativa, inclusive trabalhando e viajando na sua profissão de decorador durante 10 anos, quando um novo episódio de sangramento retal acentuado e desta vez incontrolável nos obrigou a proceder o tratamento radical, a ressecção abdominoperineal do reto.

Esta cirurgia foi proposta ao paciente em 1970 e recusada por ele devido ao risco de distúrbios da função sexual. No ato cirúrgico encontramos a pélvis livre e o hemangioma limitado à parede retal e sigmoideana, não havendo portanto sangramento de maior vulto do que normalmente visto neste tipo de cirurgia.

Por se tratar de uma doença benigna não há necessidade de uma ressecção ampla da drenagem linfática e o plano de dissecação é mantido o mais próximo possível da parede retal, evitando-se com isto lesões mais sérias dos plexos présacros, razão pela qual as funções sexuais dos pacientes sofrem em geral menos alterações do que nos pacientes submetidos ao mesmo tipo de ressecção por doença maligna. Este detalhe tem importância fundamental porque, como já citamos anteriormente, a maioria dos pacientes portadores de hemangioma cavernoso do reto são jovens e em plena atividade sexual. Nosso paciente casou-se após a cirurgia realizada.

SUMMARY

One case of cavernous haemangioma involving rectum and sigmoid colon is described. The manner of diagnosis of this rare condition is discussed as well as the management of this patient during his evolution of sixteen years till the final surgical treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. Athanasoulis, C. A.; Baum, S.; Galbadini, J. and Ring, E. J. — Angiodysplasia of the Intestinal Tract as a Cause of Recurrent Bleeding. *Progress in Gastroenterology*.
2. Goligher, J. C. — *Surgery of the Anus Rectum and Colon, Fourth Edition 1980*.
3. Jeffery, P. J.; Hawley, P. R. and Parks, A. B. — Colo-anal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous haemangioma involving the rectum. *Br. J. Surg.* Vol. 63:678-682, 1976.

-
- 4 Mitsudo, S. M.; Boley, S. J.; Brandt, L. J.; Montefusco, C. M. and Sammartano, R. J. — Vascular ectasias of the right Colon in the Elderly: A distinct pathologic Entity. *Human Pathology*, Vol. 10, N.º 5: 585-600, 1979.
 - 5 Moretti, G.; Beylot, J.; Longy, M. et Faivre, J. — Hemangiomes carverneux cutanés et rectosigmoidiens, Syndrome de Bean *Lille Médical* 21, 10:821-826, 1976.
 - 6 Pradel, E.; Delaitre, B.; Roser, J. P.; Hernandez, C.; Baviera, L. — Les Hémangiomes du Côlon. *Sem Hop. Paris* Fev: 429-433, 1976.
 - 7 Rogers, B. H. G. and Adler F. — Hemangiomas of the Cecum — Colonoscopic diagnosis and therapy. *Gastroenterology* 71:1079-1082, 1976.
 - 8 Salter, R. H. — Gastrointestinal emergencies — *The Practitioner* Vol 225 N.º 1358:1100-1107 1981.
 - 9 Todd, I. P. — *Operative Surgery of Colon, Rectum and Anus*, Third Edition, 1977.
 - 10 Veidenheimer, M. C.; Corman, M. L. and Collier, J. A. — Colonic Hemorrhage. *Surg. Clin North America* — Vol. 58, N.º 3:581-590, 1978.