

PROCTITE ISQUÊMICA ESPONTÂNEA NO ADULTO – Relato de um caso

*Fernando Antônio Rodrigues Corrêa¹
Antero Scherer²
Eduardo Castilhos R. Corrêa³*

RESUMO

Os autores relatam um caso de proctite isquêmica espontânea no adulto e fazem considerações sobre os métodos de diagnóstico.

Discutem a etiologia e concluem pela importância do exame anatomopatológico no estabelecimento do diagnóstico.

“Muitas vezes deixamos de fazer um diagnóstico porque não suspeitamos da sua possibilidade.”

A colite isquêmica ou infarto cólico não é muito freqüente, e muito mais rara é a isquemia do reto. Sabemos que o cólon é nutrido pelo sangue que provém da artéria mesentérica superior (AMS), para o lado direito e pela artéria mesentérica inferior (AMI), para o lado esquerdo, estando estas duas vias unidas pela arcada de Riolan, de maneira que a obstrução de uma via poderá ser suprida pela outra. O reto, no entanto, é muito mais rico em suprimento sangüíneo, porque além de receber sangue, através da artéria retal superior, ramo da AMI, tem irrigação da artéria retal inferior (ARI), ramo da artéria hipogástrica (AH), e ainda da artéria anal (AA), ramo da artéria pudenda interna que se unem através de ricas anastomoses na submucosa do reto.

A doença é mais freqüente em pessoas idosas, acima dos 60 anos, onde também são freqüentes a arteriosclerose, doença isquêmica do coração,

doença vascular periférica, diabetes, artrite reumatóide etc. Está crescendo seu aparecimento entre as mulheres adultas jovens, ligado ao uso de anticoncepcionais, estrógenos na menopausa, e nos velhos portadores de câncer de próstata, que também usam estrógenos.

Segundo Barcewicz, a doença pode originar-se por obstrução dos vasos da submucosa do intestino. Pode ser confundida com a retocolite ulcerativa crônica e com a doença de Crohn no adulto jovem. A biópsia demonstra na colite isquêmica a presença de microtrombos nos pequenos vasos da submucosa e ainda a presença de macrófagos carregados de hemossiderina.

O diagnóstico baseia-se na história clínica, onde encontramos como destaque o início súbito de dor em cólica no hipogástrico e a diarreia com sangue; dependendo do caso, pode aparecer febre, leucocitose e defesa abdominal. Dependendo das características morfológicas a doença pode ser, segundo Hagihara: moderada, severa e gangrenosa.

Relato de um caso de proctite isquêmica em um paciente adulto jovem, da clínica do Prof. Fernando Antônio Rodrigues Corrêa.

- 1 Professor Adjunto da Disciplina de Proctologia da Universidade Federal de Santa Maria. Chefe do Serviço de Proctologia do HUSM – UFSM
- 2 Médico do Serviço de Proctologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria.
- 3 Acadêmico do 5º ano do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. Interno do Serviço de Proctologia do HUSM – UFSM

Copyright® 1983 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

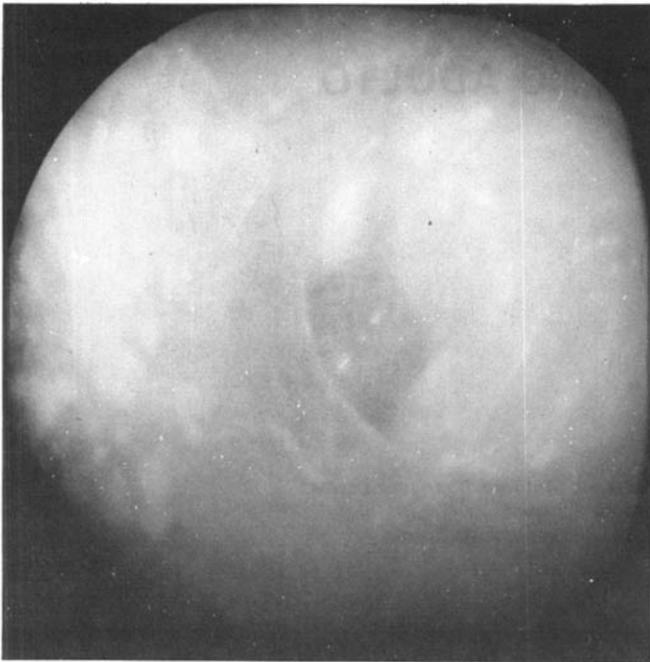


Fig. 1 – *Aspecto endoscópico, 12 cm do ânus, 6 meses após a colostomia.*

A avaliação destes estados da doença é feita através da endoscopia (retossigmoidoscopia ou colonoscopia), raio X (enema, sinal da impressão digital) e biópsia (trombos nos pequenos vasos arteriais e macrófagos com hemossiderina).

A doença moderada, em geral, cede ao tratamento clínico com antibióticos. A doença severa necessita de tratamento cirúrgico com colostomia prévia. A gangrena de cólon é de tratamento cirúrgico e urgente.

A gravidade da colite isquêmica depende dos seguintes fatores:

- a) circulação colateral;
- b) concentração de bactérias cólicas;
- c) distensão do segmento cólico envolvido.

PACIENTES E MÉTODO

Relato do caso

J.T.M., 47 anos, branco, casado, comerciário. RS. Foi admitido no Hospital de Caridade "Astrogildo de Azevedo" em Santa Maria no dia 21 de novembro de 1982, SAME 066494, com queixa de dor anal intensa, constante e latejante. Há 15 dias foi operado no interior (hemorroidectomia) devido à dor anal e, após a cirurgia, não houve alívio da dor que se encontra presente até esta data. Segundo informa o paciente, ele procurou o médico e exigiu a cirurgia de hemorrói-

das para aliviar a dor anal, pois tinha o diagnóstico de doença hemorroidária há tempos, com indicação cirúrgica.

Ao exame observamos:

Inspeção — ânus normal. Toque retal muito doloroso. Tocou-se uma tumoração endurecida na parede posterior do reto.

Anuscopia realizada sob anestesia, devido à dor; notamos hiperemia da mucosa retal.

Retossigmoidoscopia — observamos irregularidades na mucosa com edema, muco e pus. Estenose irregular a mais ou menos 10 cm do ânus.

Foi retirado fragmento para exame anatomopatológico. O exame microscópico: os cortes histológicos revelaram tecido fibroadiposo, feixes musculares e tecido de granulação exibindo abundantes capilares congestionados, infiltrado leucocitário e vasos de paredes espessadas com a luz ocluída por trombos. Diagnóstico: Processo inflamatório em tecido de granulação.

Exames complementares (22/11/82): hemograma — glóbulos vermelhos = 3.890.000; glóbulos brancos = 9.600 (5.952 segmentados); VHS = 107 mm na 1ª hora; glicemia = 76 mg/dl; ure-



Fig. 2 – *Extenso comprometimento da parede do reto com periviscerite.*

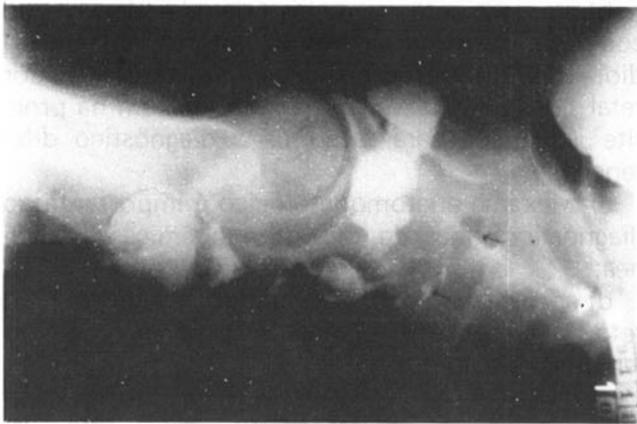


Fig. 3 – Presença de contraste e gases no espaço pré-sacral.

mia = 21 mg/dl; creatinina = 0,8 mg/dl; proteínas totais = 4,5 g% e exame comum de urina = leucócitos = 250 por campo; piócitos = 7 por campo e hemácias = 5 por campo.

Administramos: dorscopena IM 6/6 h, solução glicosada a 5%, 250 ml com duas ampolas de dolantina EV gota a gota, cujo gotejamento dependia da dor. Voltaren a 75 mg IM; Ampicilina 1 g EV 6/6 h e sonda vesical com drenagem contínua, pois havia dificuldade para esvaziar a bexiga.

Foi solicitada uma radiografia simples de abdômen e de bacia, que revelou a presença de ar no espaço pélvico subperitoneal. O enema baritado revelou deformidade das paredes do reto e normal o restante dos cólons. Concluímos por perfuração do reto e abscesso retrorretal.

No dia 1º de dezembro de 1982, realizamos uma laparotomia exploradora extraperitoneal. Encontramos uma coleção purulenta com necrose de parede retal no espaço retrorretal. Após a limpeza da cavidade, observamos perfuração da parede retal. Fizemos uma sutura da parede retal e transversostomia à direita.

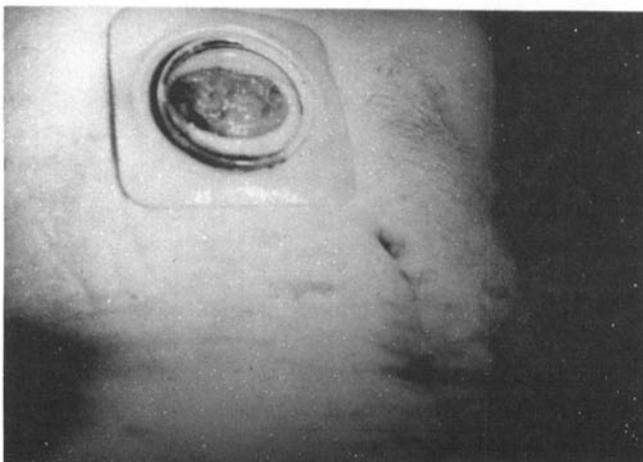


Fig. 4 – Colostomia no transverso D.

O exame anatomopatológico dos tecidos encaminhados revelou: exame microscópico = tecido fibroadiposo, exibindo áreas de necrose, hemorragia e intenso infiltrado inflamatório supurativo.

No seu interstício vêem-se vasos de diversos calibres, exibindo espessamento da parede, às custas de hiperplasia da íntima, ou já hialinizados, com a quase total oclusão de suas luzes. Vêem-se também infiltrado de mono e polimorfonucleares e outros vasos com paredes calcificadas ou trombos em organização nas suas luzes.

Diagnóstico: Processo inflamatório proliferativo vascular.

Diante do quadro clínico, endoscópico, laboratorial, radiológico e anatomopatológico, concluímos: perfuração do reto com abscesso retrorretal por retite isquêmica espontânea.

Realizamos outras provas laboratoriais para tentarmos descobrir uma outra possível etiologia

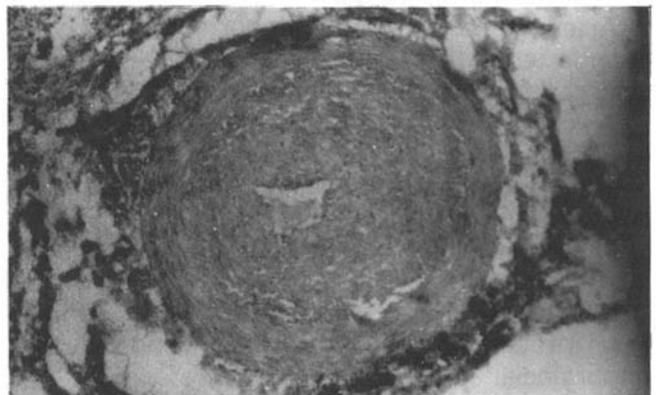


Fig. 5 – Microtrombo de pequeno vaso da submucosa.

da isquemia, mas todas resultaram normais. EEG normal e ECG normal.

Solicitamos pareceres de neurologista, cardiologista e hematologista que nada encontraram de anormal.

Atualmente o paciente está muito bem, com a colostomia.

DISCUSSÃO

A doença isquêmica do cólon é caracteristicamente segmentar, envolvendo com maior frequência a flexura esplênica cólon descendente e sigmóide. O reto tem sido considerado imune devido ao seu exuberante suprimento sangüíneo.

A colite isquêmica pode ocorrer em virtude da obstrução de grandes vasos com a artéria mesentérica inferior, mas pode também ser devido à obstrução dos pequenos vasos. Nestes casos pode

estar associada à artrite reumatóide, doença do colágeno, uso contínuo de estrógenos, arteriosclerose, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e hipotensão arterial. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame físico, endoscópico, raio X, enema e arteriografia.

Na história clínica destaca-se o sintoma dor abdominal, de início súbito e a diarreia mucossanguinolenta. No exame físico observamos dor à palpação do abdômen que poderá chegar até a defesa de parede, dependendo da gravidade da isquemia e do comprometimento peritoneal. No exame endoscópico o aspecto é sempre o mesmo, independente do local da isquemia. Observamos nódulos com sangue escuro, edema, aspecto de colite mucomembranosa. A biópsia revela obstrução de pequenas arteríolas e macrófagos com hemossiderina.

Raio X — enema — importante é o sinal da "impressão digital" que aparece devido ao edema da mucosa e à ulceração.

Arteriografia tem pouca importância, a não ser quando se trata de obstrução de vaso calibroso, caso contrário ele se apresenta normal.

A colite isquêmica apresenta três formas de evolução:

a) resolução após tratamento clínico, realizado com antibiótico;

b) gangrena com perfuração que exige tratamento cirúrgico;

c) estenose, seria uma seqüela, que também exige tratamento cirúrgico, dependendo de sua importância.

CONCLUSÕES

a) todo paciente adulto, portador de dor anal, sem deformidade de margem anal, exige um exame minucioso, pensando-se na possibilidade de doença isquêmica do reto;

b) em paciente sem história de doença do colágeno, artrite reumatóide, infarto do miocárdio, uso de estrógenos etc. que apresenta dor retal constante, devemos pensar também na proctite isquêmica para fazermos o diagnóstico diferencial;

c) o exame anatomopatológico é importante no diagnóstico final de proctite isquêmica espontânea;

d) apesar do rico suprimento sangüíneo do reto, a proctite isquêmica espontânea deve ser lembrada no adulto.

SUMMARY

The authors report a case of Spontaneous Ischemic Proctitis in Adult and take consideration concerning the methods of diagnostic.

Discuss the etiology and conclude about the importance of the biopsy specimen for the diagnostic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL ME e cols. — Colite isquêmica. Comparação entre o tratamento clínico e o cirúrgico, quanto à evolução. *Dis Col & Rec*, 26: 113-115, 1983.
2. BARCEWICZ PA e col. — Colite e isquemia no paciente adulto jovem. *Dis Col & Rect*, 23: 109, 1980.
3. BYRNE JJ e col. — Doença isquêmica do cólon. Colite isquêmica. *Dis Col & Rect*, 13: 88-283, 1970.
4. CYNW WS e col. — Proctossigmoidite isquêmica — Relato de um caso. *Dis Col & Rect*, 16: 537, 1973.
5. GANCHROW MI e col. — Proctite isquêmica com obstrução vascular. Relato de um caso. *Dis Col & Rect*, 13: 470, 1970.
6. GANCHROW MI e col. — Isquemia proximal por obstrução do cólon por carcinoma. *Dis Col & Rect*, 14: 38, 1971.
7. HAGIHARA PF e col. — Colite isquêmica espontânea. *Dis Col & Rect*, 20: 236, 1977.
8. MACLENNAN BL — Colite isquêmica secundária ao uso de premarin. *Dis Col & Rect*, 19: 618, 1976.
9. MORSON BC — *Enfermedades del colon, recto y ano*. Ed. Jims, Barcelona, 275, 1972.
10. RICKERT RR e col. — Colite isquêmica no paciente adulto jovem. Relato de um caso. *Dis Col & Rect*, 17: 112, 1974.