

PSEUDOTUMOR ESQUISTOSSOMÓTICO DE CÓLON RELATO DE UM CASO

Hermes de Jesus Santana¹
Carlos Anselmo Lima²

RESUMO

Os autores relatam um caso de pseudotumor esquistossomótico localizado em junção sigmóide-descendente simulando neoplasia maligna; fazem considerações a respeito da raridade da patologia, sua etiologia e a localização mais freqüente em cólon descendente e sigmóide. Discutem os meios de diagnóstico onde o exame anatomopatológico tem uma importância fundamental e fazem referência à conduta terapêutica através da laparotomia exploradora quando a lesão pseudotumoral está avançada.

A esquistossomose mansônica é uma infecção crônica, adquirida pelo indivíduo quando de sua imersão em água doce contendo cercárias, não sendo, assim, transmissível de homem para homem⁹; encontra-se de forma endêmica, com incidência predominante no Nordeste e propagação para Oeste e Sul, causando graves conseqüências para as pessoas que são atingidas, principalmente em sua fase produtiva e de atividade de trabalho.

O quadro de hipertensão portal esquistossomótica com hepatomegalia, esplenomegalia, ascite, circulação colateral, formação de varizes esofágicas e hematemese se constitui numa apresentação comum em nosso meio, mas por outro lado, as manifestações hiperplásicas da esquistossomose mansônica são achados pouco freqüentes, e po-

dem se apresentar sob três formas distintas: a polipóide, a neoformação conjuntivo-hiperplásica, difusa subperitoneal e o quadro pseudotumoral³. Nesse relato é apresentado um caso de pseudotumor esquistossomótico, na junção sigmóide-descendente, que tem como característica principal a simulação de neoplasia maligna³

Relato do caso

MJM, do sexo feminino, 40 anos, cor *parda*, casada com nove filhos, natural da cidade de Cedro de São João, Sergipe, deu entrada no Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite em 30 de maio de 1984; seu registro é de número 135284.

Na história da doença relata que há mais ou menos oito meses, teve início cólica abdominal localizada em flanco e fossa ilíaca esquerda, de pouca intensidade, que veio aumentando progressivamente com o passar dos meses. Este sintoma acompanhava-se de náuseas, vômitos, constipação, tenesmo, enterorragia, astenia intensa e emagrecimento acentuado, havendo agravamento do qua-

1 Membro filiado da Sociedade Brasileira de Cólon-Proctologia; Ex-residente da Santa Casa da Misericórdia – Rio de Janeiro nas enfermarias: 29^a; Professor Sylvio D'Ávila; 16^a, 24^a; Professor Mariano A. Andrade. Proctologista do INAMPS – Aracaju – SE

2 12^o período de medicina da Universidade Federal de Sergipe.

dro a partir do 6^o mês do início dos sintomas. Referia como antecedente, intervenção cirúrgica para *ligadura de trompas*.

Observamos uma paciente instável emocionalmente, mucosas coradas, pulmões livres com murmúrio vesicular distribuído universalmente, ritmo cardíaco regular em dois tempos, acianótica, PA: 120 x 80 mmHg, Fc: 96 sis/min e sem alteração renal; ao exame físico do abdômen o baço estava aumentado (grau II) e o fígado não palpável. Uma tumoração de consistência endurecida, fixa em flanco e fossa ilíaca esquerda, dolorosa à palpação profunda, foi encontrada.

Ao exame proctológico, observamos plicoma posterior, o esfíncter normotônico com elasticidade conservada; a proctossigmoidoscopia até 25 cm sem alterações com mucosa de aspecto normal.

Os exames pré-operatórios constavam:

● **Enema opaco:** "área de estenose, medindo aproximadamente 4 cm de comprimento na junção sigmóide-descendente. Neoplasia?" (Figs. 1 e 2);

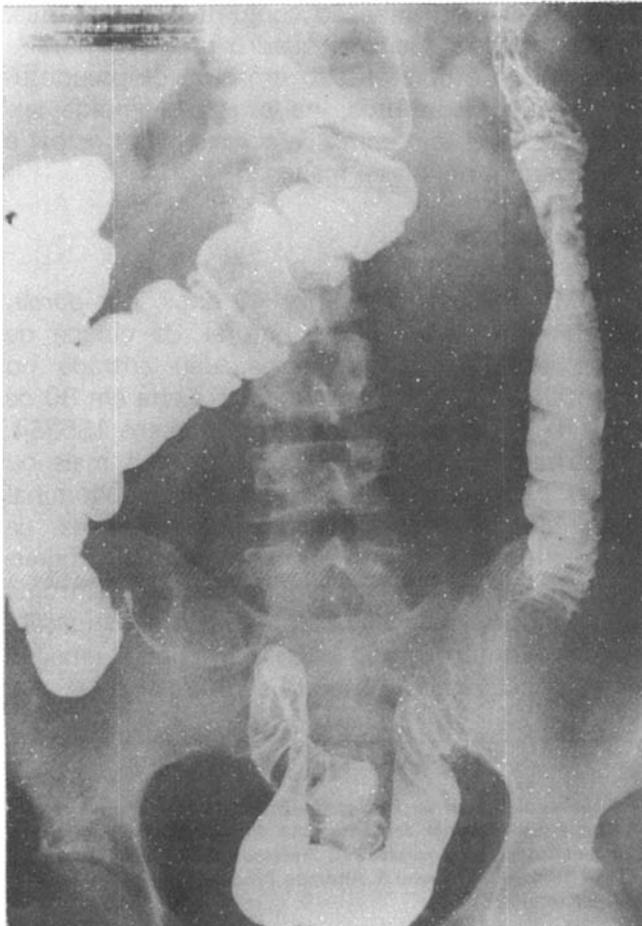


Fig. 1 – Estenose sigmóide-descendente com aproximadamente 4 cm de comprimento.

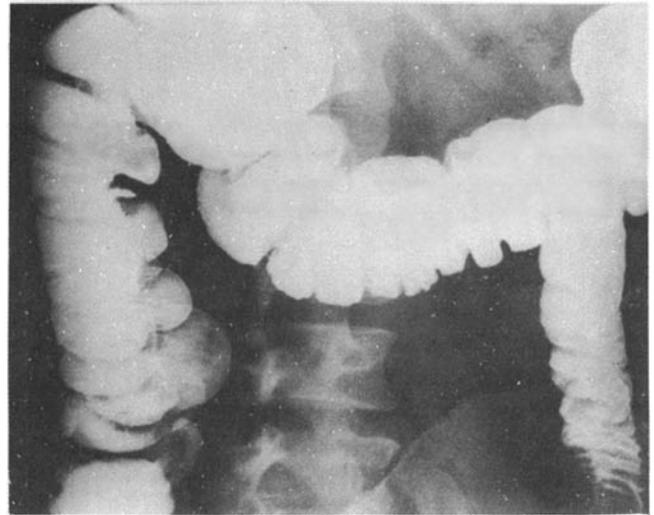


Fig. 2 – Área estenosada sugerindo neoplasia.

- **Eletrocardiograma** – normal;
- **Radiografia de tórax** – normal;
- **Sumário de urina** – numerosas células epiteliais e leucócitos, raras hemácias;
- **Parasitológico de fezes** – *Ascaris lumbricoides*;
- **Eritrócitos** – milhões/mm³ – 4,86, hemoglobina g% – 14,1, hematócrito % – 40,4, VGM_U³ – 84, HGM_{yy} – 28,5, CHMG % – 34,9. Leucócitos milhares/mm³ – 7.000. Plaquetas – 300.000/mm³, tempo de coagulação 5 min, tempo de sangramento – 1 min;
- **Creatinina:** 0,7 mg/100 ml, uréia – 20 mg/100 ml;
- **Glicemia:** 80 mg/100 ml;
- **Proteína total:** 6 g/100 ml, albumina – 3,5 g/100 ml, globulina – 2,5 g/100 ml;
- **Eletrólitos:** potássio – 4,0 mEq/l, sódio – 142 mEq/l.

Em 1/6/84 foi submetida à laparotomia exploradora e no inventário da cavidade abdominal o fígado apresentava áreas de fibrose, característica de hepatopatia esquistossomótica, esplenomegalia e ao nível do cólon descendente com o sigmóide observamos massa aderida a peritônio parietal, trompa e ovário esquerdo; procedemos a colectomia esquerda com anastomose término-terminal em dois planos de sutura mais salpingectomia e ooforectomia bilateral, sem drenagem da cavidade. A evolução pós-operatória transcorreu normalmente e a alta hospitalar foi dada no 12^o dia de pós-operatório.

O diagnóstico anatomopatológico nos revelou:

Macroscopia: Segmento de intestino medindo 38 cm de comprimento por 2 cm de diâmetro nas extremidades e 6 cm na porção média que dista

14 e 16 cm dos bordos de ressecção cirúrgica. Na zona mais dilatada vê-se ovário e trompa aderidos à superfície serosa do intestino que mostra pequenos nódulos esbranquiçados e elevados, endurecidos. Aberta a luz intestinal vê-se na porção mais dilatada uma grande formação tumoral úlcero-vegetante, friável, envolvendo quase todo o diâmetro do órgão, constituído por um tecido brilhante branco-amarelado que infiltra toda a parede do intestino e invade o meso aderido à serosa. No meso vêem-se três formações nodulares medindo 1,3 cm de diâmetro e a maior corresponde a ovário medindo 3 x 2, 1 x 1, 3 cm, superfície lobulada, branca, e pequenos cistos uterinos. Em separado recebemos ovário e trompa, o primeiro medindo 3,2 x 2,6 x 1,7 cm parcialmente ocupado por volumoso corpo amarelo. A trompa não exhibe alterações registráveis medindo 7 x 0,4.

Microscopia: As secções da parede intestinal correspondente à área tumoral úlcero-vegetante mostram uma mucosa cujos elementos glandulares estão destruídos e substituídos por tecido de granulação contendo vários ovos de *Schistosoma mansoni* (viáveis e mortos), no centro de granulomas com um grau variável de fibrose (Figs. 3 e 4). Na submucosa até a serosa toda a parede está envolvida por uma reação desneoplásica rica em colágeno, no qual vêem-se numerosos granulomas esquistosomóticos, alguns hialinizados e outros com células epitelióides, envolvendo ovos do parasito. Nessa área a serosa do intestino e da trompa estão soldadas por fibrose e um intenso processo inflamatório crônico, envolvendo a parede tubária aderida, podendo se ver um granuloma esquistosomótico com ovo calcificado na parede da trompa. O restante da parede intestinal mostra granulomas centrados por ovos com distribuição esparsa em toda a parede, com predominância da mucosa e da serosa. As secções do meso mostram linfonodos pequenos com reação hiperplásica linforreticular, o ovário envolvido em massa fibrosa, apresenta um processo inflamatório crônico, cujas células inflamatórias penetram a cortical a partir da lesão circunjacente. Os anexos opostos mostram discreto processo inflamatório de parede tubária e um corpo amarelo de aspecto normal (NP).

Diagnóstico histopatológico:

- 1 – Pseudotumor esquistosomótico de intestino;
- 2 – Salpingo-ooforite crônica esquerda;
- 3 – Salpingite crônica à direita;
- 4 – Corpo lúteo do ovário à direita.

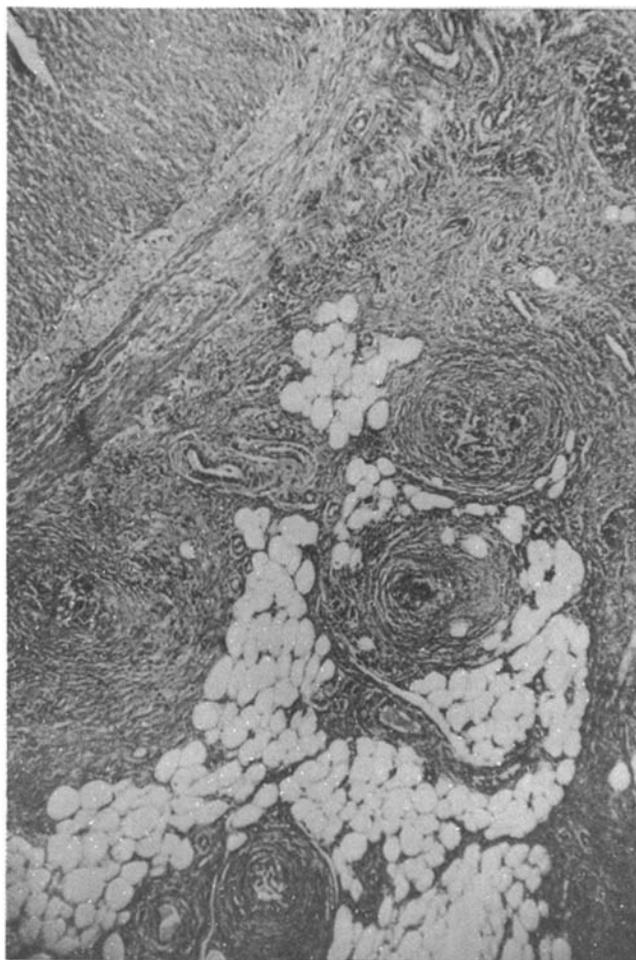


Fig. 3 – Granulomas centrados por ovos do *Schistosoma mansoni*.

A primeira revisão foi feita trinta dias após alta, sendo prescrito Oxanniquine na dosagem de 15 mg/kg. Outras duas revisões foram feitas no 2º e 6º mês não havendo alteração clínica ou radiológica relacionada ao aparelho gastrointestinal.

O enema opaco após o 6º mês da intervenção cirúrgica:

“O meio de contraste flui livremente do reto ao ceco. Anastomose sigmóide-descendente íntegra, segmento sigmoideano de elasticidade reduzida. Os demais trechos cólicos apresentam calibre, contornos e elasticidade parietal normais” (Fig. 5).

DISCUSSÃO

A forma pseudotumoral da esquistosomose mansônica é a mais rara das manifestações hiperplásicas⁷ e parece ter relação direta com o ovo do parasita, que seria o antígeno ou agente lesivo, o

qual provocaria uma resposta exacerbada do organismo a depender do estado imunológico deste, causando uma reação inflamatória do tipo granulomatosa⁸.

Essas lesões tumorais podem acometer retroperitônio, trompas, mediastino e outros órgãos, sendo chamadas de formas extra-intestinais, ou lesar diretamente o intestino tomando forma infiltrante quando o crescimento é direcionado para a serosa, e vegetante⁸, quando o crescimento se dá para a luz intestinal; assim observamos que todas as camadas do intestino podem ser atingidas pela doença.

O pseudotumor esquistossomótico é mais frequente em cólon sigmóide e descendente e o seu diagnóstico diferencial deve ser feito com adenocarcinoma, sarcoma, pólipos, tuberculose e linfomas⁶.

Ao avaliar clinicamente o caso relatado, os três sintomas cardiais de neoplasia se faziam presentes (dor no quadrante inferior esquerdo, mudança de hábito intestinal e enterorragia), pressupondo uma patologia maligna avançada⁵, já que havia oito

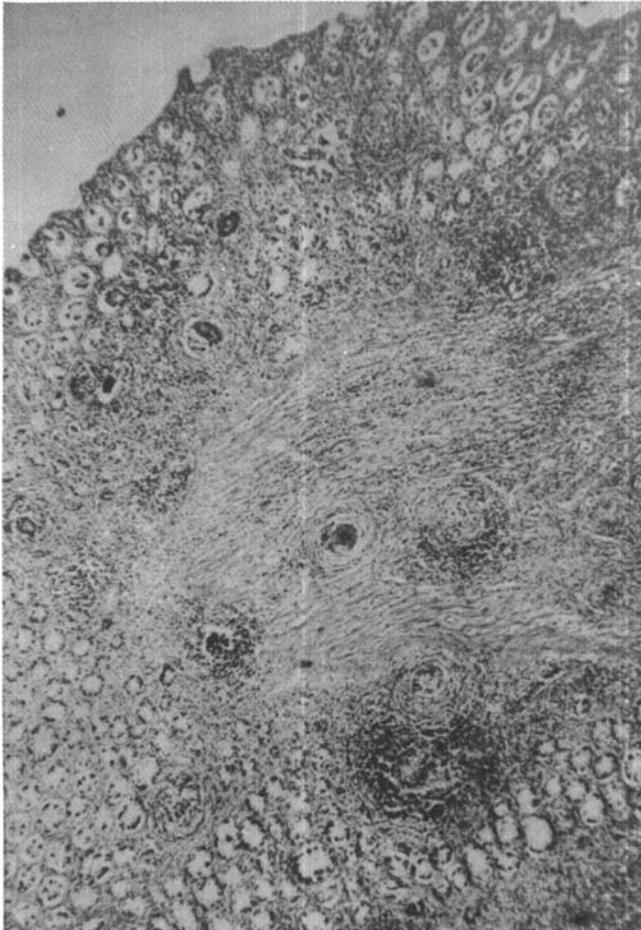


Fig. 4 – Distribuição esparsa dos ovos de *Schistosoma mansoni* na parede intestinal com seus granulomas.

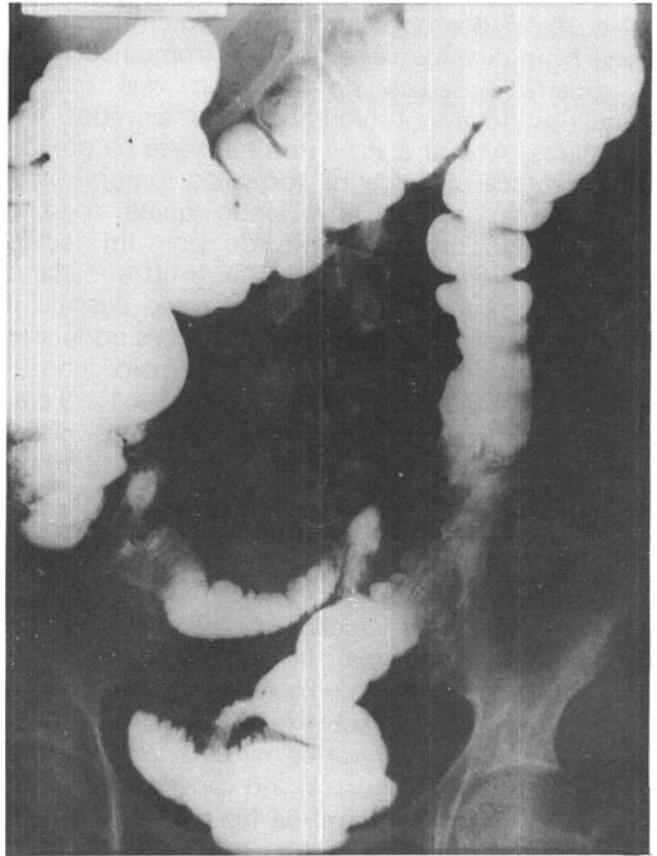


Fig. 5 – Anastomose sigmóide-descendente íntegra. Cólon de aspecto normal.

meses desde o início dos sintomas, período esse compatível com a evolução pseudotumoral que se dá entre dois a nove meses¹.

Confirmando a suspeita, os sinais de emagrecimento, massa palpável em flanco e fossa ilíaca esquerda estavam contidos no quadro.

Ao exame proctossigmoidoscópico de pessoas parasitadas por *Esquistossomose mansoni*, podemos observar: edema de mucosa, friabilidade, trama vascular aumentada, pontilhados hemorrágicos, petéquias ou ulcerações e estenose, mas nessa avaliação em particular, a área estenosada era inatingível ao retossigmoidoscópio. A colonoscopia muito iria auxiliar, por examinar áreas inacessíveis aos aparelhos convencionais, mas esse recurso diagnóstico não existe em nosso meio.

As características do pseudotumor esquistossomótico ao exame radiológico ou enema opaco com duplo contraste não estão totalmente definidas e geralmente é observada área de estenose como conseqüência do processo fibrótico da parede intestinal que pode ser segmentar ou então extensa, acometendo o hemicólon esquerdo⁷. O enema opaco nos auxilia a localizar o tumor e a avaliar o grau de desenvolvimento do mesmo, mas

não nos dá o diagnóstico de certeza e sim uma forte tendência para neoplasia.

Com os recursos disponíveis esgotados e com forte suspeita de doença maligna, fizemos a laparotomia exploradora; ainda nesse momento persistiu a dúvida, pois observamos massa aderida a peritônio, trompa e ovário esquerdo e após fazer a ligadura da luz intestinal, envolvê-lo em compressa úmida, sentimos a consistência endurecida da tumoração com bordos irregulares; ao começar a dissecação da goteira parieto-cólica esquerda houve grande friabilidade dos tecidos e a tumoração se estendia até próximo ao ureter que foi isolado. A elucidação diagnóstica só foi feita através do exame anatomopatológico.

Concluindo, em área endêmica de esquistossomose as lesões vegetantes e estenosantes do intestino grosso podem ser lesões tumorais esquistossomóticas e por esse motivo devemos ficar atentos para o diagnóstico diferencial que, na maioria dos casos, torna-se muito difícil, principalmente por não existir dados clínicos, laboratoriais ou radiológicos que permitam firmar o diagnóstico de certeza. O tratamento cirúrgico através da laparotomia se impõe quando houver sintomas de obstrução mesmo que a colonoscopia seja disponível, porque o uso de drogas esquistossomicidas não causa diminuição do tumor, servindo apenas para curar a parasitose, além do mais a confirmação da doença só será feita através do exame anatomoparasitológico⁸.

SUMMARY

A case of a pseudotumor due to Schistosomiasis

sis mansoni located in this sigmoid-descending junction of the colon is reported. Some aspects of this rare entity which comprise etiology, most frequent, location in the sigmoid, colon, and its resemblance with a malignant neoplasia are discussed. Of the diagnostic means, the histologic is of fundamental importance. The authors also make reference to therapy when the pseudotumoral lesion is in advanced stage which can only be accomplished through laparotomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BICALHO SA — A forma tumoral da Esquistossomose mansoni. Rev Ass Med Brasil, 24(1): 31-35, 1978.
2. CERRI GG, CUTAIT R & ZEITUNE JMR — Esquistossomose mansônica, aspectos radiológicos e endoscópicos. GED, 3(3): 69-72, 1984.
3. COELHO RB & RASO HMP — Esquistossomose mansônica, in: Patologia, 2^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan 18: 603-606, 1976.
4. CUNHA AS — Hemorragia digestiva baixa, in: Emergência Médica, 2^a ed. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 45: 525-532, 1979.
5. D'AVILA S — Câncer do cólon. Boletim do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 38(10/11): 493-601, 1956.
6. NETO JB — Manifestações hiperplásicas da esquistossomose mansônica. JBM, 45(5): 37-40, 1983.
7. PRATA A — Esquistossomose mansoni, in: Doenças infecciosas e parasitárias, 6^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 95: 869-888, 1976.
8. SOLE D, PINUS J, SCHETTINI S, MICHALANY J, IAZZETTI AV, SILVESTRINI WS & PATRÍCIO FR — Forma tumoral da esquistossomose mansônica (apresentação de um caso em criança). J Ped, 46(5): 293-297, 1979.
9. WARREN KS — Esquistossomose, in: Tratado de Medicina Interna, 4^a ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 2: 663-671, 1977.