
HEMANGIOMA CAVERNOSO DIFUSO RETAL - RELATO DE CASO

MÁRCIO MARTINS-MACHADO
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TSBCP
JOÃO JOSÉ FAGUNDES, TSBCP
PAULO TEIXEIRA JÚNIOR
CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY, FSBCP
MARIA DE LOURDES AYRIZONO
RAUL RAPOSO DE MEDEIROS, TSBCP

MARTINS-MACHADO M, GÓES JRN, FAGUNDES JJ, TEIXEIRA JÚNIOR P, COY CSR, AYRIZONO ML & MEDEIROS RR - Hemangioma cavernoso difuso retal - Relato de caso. *Rev bras Cir*, 1995; 15(4): 187-189

RESUMO: O hemangioma cavernoso colorretal assume importância diagnóstica por ser entidade rara, que pode ser responsável por hematoquezia e, é muitas vezes esquecido no seu diagnóstico diferencial. A amputação abdominoperineal do reto foi referida no passado como medida cirúrgica de escolha, estando hoje cedendo lugar para as técnicas de preservação esfinteriana. É relatado um caso de hemangioma cavernoso do reto, que foi tratado pela retossigmoidectomia anterior com anastomose coloanal e reservatório cólico em "J".

UNITERMOS: hemangioma cavernoso difuso; cirurgia de preservação esfinteriana; hematoquezia

O hemangioma cavernoso colorretal é doença rara que deve ser lembrada no diagnóstico diferencial dos quadros de hemorragia digestiva baixa, evitando-se maior mortalidade que decorreria do diagnóstico e conduta incorretos⁽¹⁻⁷⁾. A localização mais freqüente é a região retossigmoidiana, manifestando-se clinicamente sob a forma de hematoquezia. No seu diagnóstico podem ser usados retossigmoidoscopia, radiografia simples de abdômen, enema opaco, tomografia computadorizada e angiografia^(1, 8, 9).

O tratamento dessa lesão é eminentemente cirúrgico. A amputação abdominoperineal foi empregada com sucesso no passado, com morbidade considerada baixa⁽¹⁰⁾.

Entretanto, tendo em vista tratar-se de doença benigna, e podendo afetar adultos jovens, as cirurgias de preservação esfinteriana têm sido preferidas com vantagens funcionais⁽⁶⁾ desde sua introdução para o tratamento do hemangioma cavernoso difuso da região retossigmoidiana em 1976⁽⁵⁾.

É apresentado um caso de hemangioma cavernoso difuso do reto e discutido os aspectos relevantes no seu diagnóstico e tratamento através da retossigmoidectomia anterior com anastomose coloanal em "J".

Relato do caso

MF, feminina, 50 anos, foi atendida em maio de 1995 referindo que há 10 anos vinha apresentando sangramento retal, indolor, recorrente e de pequena intensidade. Já havia sido submetida a hemorroidectomia há um ano em outro serviço, e como não houve melhora do quadro foi encaminhada para esclarecimento diagnóstico. Na admissão, apresentava hemoglobina de 11,2 gm/dl. Não foram observadas calcificações pélvicas à radiografia simples de abdômen. O exame colonoscópico revelou área vinhosa e pardacenta iniciando na linha pectínea, estendendo-se até a segunda válvula de Houston, ocupando quase completamente a circunferência retal. Na tomografia computadorizada de pelve observou-se espessamento da parede retal e vacúolos no mesmo reto. Complementou-se o estudo com cintilografia com hemácias marcadas com Tc^{99m} , que sugeriu a presença do hemangioma. A angiografia mesentérica evidenciou a lesão, nutrida principalmente pela artéria hemorroidária superior.

Com esses achados a paciente foi submetida à laparotomia, tendo sido observado parede retal espessada, com vasos sangüíneos exuberantes, ultrapassando os limites da muscular própria, sem invasão de estrutura adjacentes (Figs. 1 e 2). Realizou-se retossigmoidectomia anterior e anastomose coloanal com reservatório cólico em "J". O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de hemangioma cavernoso difuso retal. A paciente evoluiu sem intercorrências, tendo alta no 7º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O hemangioma cavernoso do intestino grosso foi descrito pela primeira vez em 1839 por Philips⁽¹⁾. A maioria dessas lesões se localizam na região retossigmoidiana podendo co-existir com lesões similares localizadas em outras partes do trato gastrointestinal, mesentério e retroperitônio^(11,12). Apresentam comportamento benigno mas que ocasionalmente podem infiltrar útero, bexiga⁽¹²⁾ e mesmo o sacro⁽¹⁾.

Normalmente manifestam-se clinicamente pela tríade clássica de hematoquezia intermitente e indolor, múltiplos flebolitos pélvicos ectópicos visualizados no raio-X simples de abdômen e pela presença de hemangiomas cutâneos⁽¹¹⁾. O sangramento se manifesta de forma insidiosa, indolor, podendo aumentar em gravidade na medida que recorrem os episódios⁽¹⁾. A obstrução intestinal pode ocorrer em até 25% dos casos⁽⁹⁾, sendo que menos comumente pode haver tenesmo⁽¹⁾. Muitos pacientes são erroneamente diagnosticados como portadores de hemorróidas e submetidos a hemorroidectomia⁽¹³⁾, fato esse que também ocorreu no presente caso. A associação dessas lesões com hemangiomas cutâneos, do lábio, boca, língua, faringe e da região perianal tem sido referida por alguns autores como importante na condução do raciocínio clínico⁽¹¹⁾.

O diagnóstico dessas lesões pode ser feito macroscopicamente durante cirurgia por enterorragia maciça⁽¹⁴⁾, por radiografia simples de abdômen, enema opaco, retossigmoidoscopia, colonoscopia, tomografia computadorizada (TC) e angiografia mesentérica⁽¹⁾. A colonoscopia ofereceria a contribuição de poder eventualmente demonstrar outras lesões associadas. O uso da TC no diagnóstico do hemangioma cavernoso retossigmoidiano foi descrito em 1988⁽¹⁾, podendo ser observado espessamento do mesossigmóide e mesorreto, com áreas hipotenuantes (vacúolos) no seu interior, assim como espessamento da parede retal. A angiografia mesentérica apresenta importante contribuição no diagnóstico, com positividade de 66%⁽¹⁾, evidenciando a artéria mesentérica inferior como a principal nutridora do hemangioma e ainda podendo identificar a extensão da lesão, facilitando o planejamento cirúrgico.

Na radiografia simples de abdômen podem ser identificados os flebolitos em localizações atípicas na pelve em 50% dos pacientes e o enema opaco pode demonstrar lesões polipóides e estenosantes⁽¹⁾.

Os achados proctológicos constituem-se em lesão elevada, representando dilatação submucosa de vasos, de consistência amolecida, conferindo coloração vinho-acinzentada ao segmento comprometido. No primeiro exame proctológico muitas vezes as alterações são interpretadas como decorrentes de uma proctossigmoidite inespecífica. A biópsia destas lesões pode acarretar hemorragia maciça e portanto, na presença dos achados típicos, não deve ser realizada⁽¹⁾. Microscopicamente caracterizam-se pela presença de múltiplos canais vasculares de paredes delgadas com escasso estroma de tecido conjuntivo. Esses vasos submucosos podem envolver a lâmina própria, a muscular própria e tecido adiposo perirretal e mesmo estruturas adjacentes^(1,6).

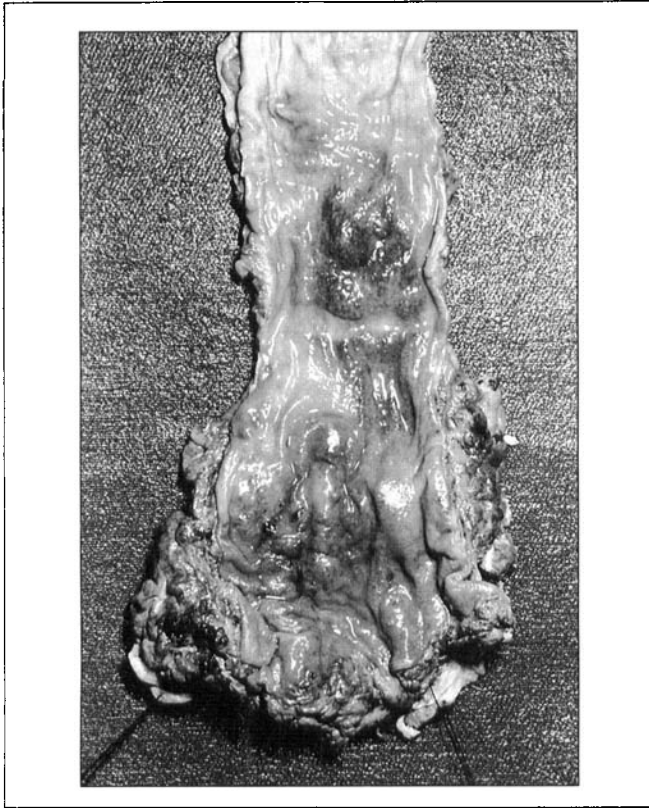


Fig. 1 - Aspecto do hemangioma retal da luz intestinal, abaulando a mucosa retal.

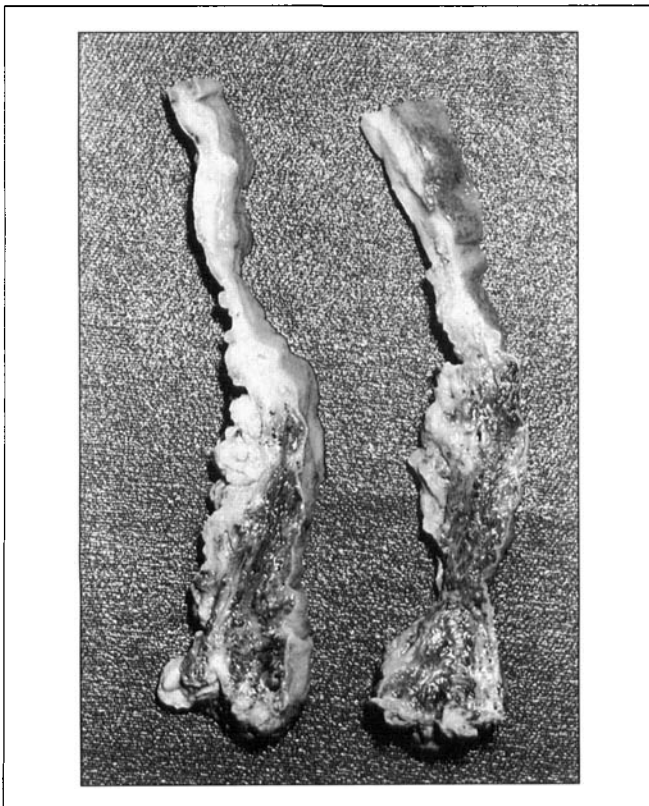


Fig. 2 - Aspecto macroscópico da parede retal em corte longitudinal em relação ao seu maior eixo, evidenciando a formação angiomatosa comprometendo toda a sua espessura e atingindo a gordura perirretal.

No presente caso os achados de colonoscopia, TC e angiografia mesentérica foram idênticos aos referidos na literatura. Não se observou a presença de flebolitos ao raio-X simples de abdômen. Complementou-se o estudo através de cintilografia com hemácias marcadas com TC^{99m}, que sugeriu a presença do hemangioma. Não foram encontrados outros estudos na literatura empregando a cintilografia no diagnóstico do hemangioma cavernoso difuso colorretal.

Esses hemangiomas, quando não tratados, cursam com elevada mortalidade, podendo atingir 45%⁽⁷⁾, sendo seu tratamento eminentemente cirúrgico^(1,6). Outras formas de tratamento como a radioterapia, ressecção local, ligadura cirúrgica da artéria mesentérica inferior e esclerose, não oferecem resultados tão satisfatórios como os das ressecções^(1,6).

Embora a amputação abdominoperineal tenha sido preconizada⁽¹⁰⁾ com baixa morbidade e mortalidade, outros grupos^(1,5,6) têm preferido a retossigmoidectomia anterior com preservação esfinteriana, realizando anastomose coloanal. Mesmo que o sangramento possa recorrer, normalmente não apresenta gravidade e nem a necessidade de transfusão sanguínea, com a maioria desses pacientes apresentando boa continência para fezes e gases. Sendo os pacientes habitualmente adultos jovens, entende-se a importância da cirurgia com preservação esfinteriana^(1,6).

Os autores advogam a retossigmoidectomia anterior e anastomose coloanal com reservatório cólico em "J" para o tratamento do hemangioma cavernoso difuso retossigmoidiano, uma vez que esta técnica tem apresentado melhores resultados funcionais do que aquelas com anastomose coloanal direta⁽¹⁵⁾. É de importância nessa cirurgia o controle precoce da artéria mesentérica inferior, que é a principal nutridora da lesão, e a preservação autonômica para a bexiga, reto inferior e órgãos genitais^(1,6).

CONCLUSÃO

O hemangioma cavernoso difuso da região retossigmoidiana constitui-se em entidade rara que pode manifestar-se insidiosamente com enterorragia recorrente, devendo ser lembrado no seu diagnóstico diferencial. Os autores apresentam a opção de tratamento pela retossigmoidectomia anterior e anastomose coloanal com reservatório cólico em "J", prevendo-se com isso melhores resultados funcionais.

MARTINS-MACHADO M, GÓES JRN, FAGUNDES JJ, TEIXEIRA JÚNIOR P, COY CSR, AYRIZONO ML & MEDEIROS RR - Diffuse cavernous hemangioma of the rectum - Report of a case.

SUMMARY: Diffuse cavernous hemangioma of the rectum and colon is a rare entity clinically important because they may manifest as hematoquezia and should be considered in the differential diagnosis of recurrent painless rectal bleeding.

Abdominoperineal resection was considered the treatment of choice in the past but recently these has been an increased preference for sphincter-saving procedures like in benign lesions. The authors report a case of diffuse cavernous hemangioma of the rectum manifested by intermittent painless hematoquezia. The authors present the technical option used (anterior rectosigmoidectomy with coloanal "J" - pouch anastomosis) aiming better functional results.

KEY WORDS: diffuse cavernous hemangioma; sphincter saving procedure; hematoquezia

REFERÊNCIAS

1. Aylward CA, Orangio GR, Lucas GW, Fazio VW. Diffuse cavernous hemangioma of the rectosigmoid - CT-scan, a new diagnostic modality, and surgical management using sphincter-saving procedures. Report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 797-802.
2. Lyon DT, Mantia AG. Large-bowel hemangiomas. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 404-414.
3. Figliolini FJ, Cutait DE, De Oliveira MR, da Silva Bastos E. Rectosigmoidal hemangioma: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1961; 4: 349-355.
4. Westerholm P. A case of diffuse haemangiomatosis of the colon and rectum. *Acta Chir Scand* 1967; 133: 173-176.
5. Jeffrey PJ, Hawley PR, Parks AG. Coloanal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous hemangioma involving the rectum. *Br J Surg* 1976; 63: 678-682.
6. Londono-Schimmer EE, Ritchie JK, Hawley PR. Coloanal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous haemangioma of the rectum: long term results. *Br J Surg* 1994; 81: 1235-1237.
7. Gentry RW, Dockerty MB, Claggett OT. Vascular malformations and vascular tumors of the gastrointestinal tract. *Int Abst Surg* 1949; 88: 281-323.
8. Bortz JH. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum and sigmoid. *Abdom Imaging* 1994; 19: 18-20.
9. Allred HW, Spencer RJ. Hemangiomas of the colon, rectum and anus. *Mayo Clinic Proc* 1974; 49: 739-741.
10. Coppa GF, Eng K, Localio SA. Surgical management of diffuse cavernous hemangioma of the colon, rectum and anus. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 159: 17-22.
11. Bland KI, Abney HT, MacGregor AM, Hawkins IF. Hemangiomatosis of the colon and anorectum: case report and review of the literature. *Am Surg* 1974; 40: 626-635.
12. Robbins SL, Cotran RS. *Pathologic basis of disease*. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders 1979: 635-636.
13. Kishi KM, Takahashi S, Sawata T, Furumoto T, Kawamura, Kato K. A cavernous hemangioma of the rectum treated as a hemorrhoid for 1 year prior to its diagnosis: report of a case. *Surg Today* 1994; 24: 833-836.
14. Richardson DJ. Vascular lesions of the intestines. *Am J Surg* 1991; 161: 284-293.
15. Ortiz H, De Miguel M, Armendáriz P, Rodrigues J, Chocarro C. Coloanal anastomosis: are functional results better with a pouch? *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 375-377.

Endereço para correspondência:

Márcio Martins-Machado
Rua R-17, Nº 496, Ap. 1101 Ed. Art-1 S. Oeste
74125-170 - Goiânia - GO