

DIVERTÍCULO DE RETO ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA

EDUARDO FONSECA ALVES FILHO
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE
BENÍCIO LUIZ B. B. PAULA NUNES - FSBCP
FÁBIO LUIZ CHAVES NOSSA - FSBCP
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - RSBCP
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP

ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC, PAULA NUNES BLBB, NOSSA FLC, SILVA JH, FORMIGA GJS - Divertículo de reto associado a adenocarcinoma - Relato de Caso. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(4): 267-269

RESUMO: Um caso de divertículo de reto associado a adenocarcinoma é relatado. O diagnóstico inicial foi feito por meio do exame proctológico, e, durante o estadiamento, pelo enema opaco, no qual foram identificados dois divertículos localizados em parede lateral do reto inferior. O tratamento indicado foi amputação abdominoperineal do reto, em virtude da associação com adenocarcinoma.

UNITERMOS: Divertículo; reto; adenocarcinoma.

A doença diverticular dos colos é uma entidade clínica muito frequente e bem estudada, sendo encontrada com facilidade na população geral, com idade superior a 50 anos. Foi descrita pela primeira vez por Littre, em 1700.⁶ Sua maior incidência é na faixa etária acima dos 60 anos e ocorre em aproximadamente 40% da população. Há predominância do sexo masculino.¹

A presença de divertículos no reto é, entretanto, pouco frequente^{2,8} e, quando existem, são divertículos verdadeiros, isto é, divertículos constituídos por todas as camadas da parede retal. Existem apenas relatos de casos descritos na literatura mundial. Os divertículos de reto são verificados em cerca de 0,08% a 2,4% dos exames contrastados do colo.^{7,8} O tamanho varia de 1 a 8 cm no maior diâmetro.⁸ O diagnóstico é difícil de ser feito, em virtude da pouca sintomatologia, e, quase sempre, é um achado durante o surgimento de uma complicação.^{7,8} A associação com câncer do reto é um acontecimento ainda mais raro⁷ porém sem estar anteriormente relacionado.

O objetivo deste estudo é relatar um caso de duplo divertículo verdadeiro de reto inferior, associado a

adenocarcinoma. Este é o primeiro caso desta associação em 30 anos de experiência do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis de São Paulo-SP.

RELATO DO CASO

J.P., matrícula hospitalar nº 142.523, 76 anos, masculino, aposentado, natural de Santo Adélio-SP e procedente de São Paulo-SP. Apresentava história de alteração do hábito intestinal há dez meses, passando de uma para 10 evacuações ao dia, associada a eliminação de muco junto com as fezes, puxo, tenesmo, hematoquesia, afilamento do calibre das fezes e perda de aproximadamente cinco quilos no período.

O doente encontrava-se em bom estado geral e o exame do abdome não evidenciava massas palpáveis ou visceromegalias. A região inguinal bilateral não mostrava linfonodos aumentados. Ao exame proctológico, constatou-se o seguinte:

- Inspeção - Plicomas anais.

- Palpação externa - Normal

- Toque retal - Lesão úlcero-vegetante em parede póstero-lateral direita do reto que se iniciava a seis centímetros da borda anal, viável, móvel e sangrante, estendendo-se além do limite do dedo.

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP.

- Retossigmoidoscopia - Confirmou o toque retal, com presença de lesão úlcerovegetante, circular, pérvia ao instrumento, que se estendia de seis a 12 cm da borda anal; presença de divertículos laterais direito e esquerdo com óstios largos, localizados a 4 cm da borda anal. A mucosa era normal de 12 a 30 cm.

O doente foi hospitalizado para realização de estadiamento oncológico, que constou dos exames:

- Dosagem de antígeno carcinoembrionário - CEA - 6,5 ng/ml.

- Radiografias de tórax - Normais.

- Enema opaco - Divertículos de colo estreito e com características de adquiridos, em sigmóide. Estreitamento da luz retal, com alteração do relevo mucoso e falhas de enchimento em reto médio, sugerindo processo infiltrativo. Observaram-se também duas formações saculares em reto inferior, sendo a saculação esquerda de maior diâmetro (Figura 1).

- Videocolonosopia - Confirmou o exame proctológico e o enema opaco, não mostrando alterações em ceco ou colos ascendente, transverso e descendente.

- Ultrassonografia de abdome - Normal

- Tomografia computadorizada de abdome e pelve - Demonstrou espessamento da parede do reto, mais acentuado à esquerda, associado a imagens saculares adjacentes à luz do reto. Não havia evidências de metástases viscerais ou ganglionares (Figura 2 A e B).

- Biópsia da lesão e exame anatomopatológico - Adenocarcinoma.

Foi realizada amputação abdominoperineal do reto, em 07.03.96, com confecção de colostomia extra-peritoneal em fossa ilíaca esquerda e fechamento primário da ferida perineal. O exame macroscópico da peça operatória mostrou dois divertículos laterais no reto inferior e lesão com características neoplásicas no terço médio do reto (Figura 3).

A evolução ocorreu sem intercorrências e o doente teve alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório.

O exame anatomopatológico da peça operatória evidenciou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado (Astler-Coler: C2; pT2, pN1, pMx, G2), associado a dois divertículos retais, constituídos por todas as camadas do reto e íntegros.

No seguimento ambulatorial o doente foi submetido a tratamento complementar com radioterapia na dose total de 4.500 cGy, e, durante dois anos de seguimento ambulatorial, não houve evidência de recidiva local ou disseminação metastática.

DISCUSSÃO

A presença de divertículos no reto é pouco freqüente,¹⁻¹⁴ sendo sua associação com adenocarcinoma retal ainda

mais rara. A faixa etária mais acometida varia de 54 a 84 anos e há predileção pelo sexo masculino.¹ No nosso caso, o doente era masculino e tinha 76 anos de idade.

A etiologia dos divertículos retais é desconhecida.^{10,12,13} Apesar de incidir numa faixa etária semelhante à dos divertículos colônicos, não existe uma relação direta entre os divertículos retais e os colônicos.¹² Os divertículos colônicos são adquiridos e constituídos apenas pelas camadas mucosa e serosa, ao passo que os divertículos retais são verdadeiros, ou seja, são formados por todas as camadas do reto. Aceita-se que o fato do reto possuir um suporte muscular firme em toda a sua extensão e as fezes exercerem uma pressão de menor intensidade do que no sigmóide explicaria a baixa incidência de divertículos retais do tipo adquirido.¹¹ Porém, quando existentes, os divertículos retais estão, freqüentemente, associados aos divertículos colônicos.¹ Fatores predisponentes que devem ter relação com sua etiologia são anomalias congênitas, impatações fecais recorrentes, traumatismos perineais, infecções locais, ausência de estruturas de suporte, como a complacência do cóccix e do septo retovaginal.^{9,12}

A localização habitual dos divertículos retais é na parede lateral,¹ devido provavelmente à disposição das tênias, que no terço superior do reto tornam-se confluentes na face anterior, a partir das tênias omental e livre, e posteriormente pela presença da ténia mesocólica.¹ A partir desta disposição, verifica-se que o reto possui uma camada muscular longitudinal completa, mais espessa nas porções anterior e posterior do que lateralmente.¹ No caso relatado, os divertículos eram laterais, sendo o esquerdo maior do que o direito.

Geralmente os divertículos retais são assintomáticos⁸ porém podem ser acompanhados de complicações como: perfuração, sangramento, fecaloma e obstrução intestinal¹² A coexistência com carcinoma deve ser levada em consideração.^{11,12} A sintomatologia apresentada por nosso doente deveu-se mais à presença do tumor, não havendo outras alterações relacionadas aos divertículos.

O diagnóstico dos divertículos retais é difícil de ser feito.¹⁴ O exame proctológico minucioso pode evidenciá-los, porém são encontrados com maior freqüência durante a realização de enema opaco, que deve ser realizado com pouca insuflação de ar e contraste.⁷ Outros métodos diagnósticos, como colonoscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética do abdome e pelve, ultrassonografia intra-retal, permitem além da identificação dos divertículos, verificar a associação com outras doenças.⁸ No caso descrito, o diagnóstico da associação entre divertículo de reto e câncer foi obtido por meio do exame proctológico e confirmado durante o

estadiamento com exames complementares, com ênfase para o enema opaco.

O tratamento cirúrgico dos divertículos nem sempre é necessário, porém se impõe na vigência de complicações ou associação com neoplasias. Conforme a doença associada, a conduta consiste em drenagens, fistulotomias, colostomias derivativas ou excisão dos divertículos.⁶⁻⁸ A concomitância com neoplasias malignas torna o tratamento mais complexo, podendo ser realizado desde retossigmoidectomia anterior, associada ou não a ressecção dos divertículos, até amputação abdominoperineal do reto, com inclusão dos divertículos.⁸ O doente citado foi submetido a amputa-

ção abdominoperineal do reto, devido ao tamanho da lesão neoplásica e não ser possível uma anastomose segura na presença dos divertículos, em virtude da deformidade da circunferência ano-retal

A realização de tratamento adjuvante, quando da associação de divertículo de reto a neoplasia maligna, depende do estadiamento do doente, considerando a idade, o estado geral, a classificação anatomopatológica, o grau de diferenciação celular e a presença de metástases. Nesse caso, foi realizada radioterapia pós-operatória, por se tratar de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com invasão de tecido gorduroso e comprometimento de linfonodos perirretais.

Alves Filho EF, Albuquerque IC, Paula Nunes BLBB, Nossa FLC, Silva JH & Formiga GJS - Rectal diverticulum with adenocarcinoma. Report of a case.

SUMMARY: A case of rectal diverticulum with adenocarcinoma is related. The initial diagnosis was made with proctologic exam and during the avaluation with barium enema two rectal diverticula laterally positioned were identified. The surgical treatment was abdominal perineal resection of the rectum due to adenocarcinoma association.

KEYS WORDS: Diverticula; rectum; adenocarcinoma.

REFERÊNCIAS

1. Damron JR, Lieber A & Simmons T - Rectal diverticula. *Radiology* 1975; 115:599-601.
2. Doyle OW - Large diverticulum of the rectum. Report of a case. *Am J Roentgenol* 1959; 8 1:694-695.
3. Giustra PE, Root JA & Killoran PJ - Rectal diverticulitis with perforation. *Radiology* 1972; 105:23-24.
4. Govoni AF & Smulewicz JJ - Large diverticulum of the anal canal. *Am J Roentgenol* 1974; 121:344-347.
5. Giffin HZ - Diverticulitis of the rectum. A report of two cases operated upon, one of them with carcinomatous degeneration. *Ann Surg* 1911; 53:533-537.
6. Kyaw MM, Usar MC & Haines JO - Rectal diverticula. *Radiology* 1971; 100:283-284.
7. Lázaro da Silva A - Divertículo de reto. In Lázaro da Silva A. *Hérnias - 1 Edição*. São Paulo, Roca Editora 1992; 884 p.
8. Lázaro da Silva A, Rodrigues BDS & Mattos MP - Divertículo de reto. *Rev Col Bras Cir* 1997; 24(6):449-45 1.
9. Pineda AF - Divertículo de canal anal. *Pren méd argent* 1981; 68(8):299-301.
10. Sener RN, Melikoglu M & Kaya A - Rectal diverticulum in an infant. *Pediatr Radiol* 1991; 21(6):433.
11. Tweddell TINI - Diverticulitis of the rectum. *Can Med Ass J* 1954; 70:569.
12. Walstad PM & Sahibzada AR - Diverticula of the rectum. *Am J Surg* 1968; 116:937-939.
13. Weston SD & Schlachter IS - Diverticulum of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1959; 2:458-464.
14. Wilson LB - Diverticula of the lower bowel. Their development and relationship to carcinoma. *Ann Surg* 1911; 53:223-23 1.

Endereço para correspondência

Galdino José Sítonio Formiga
Serviço de Colo-Proctologia
7º andar - Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 246 - Vila Heliópolis
04231-030 São Paulo, SP.