

LEIOMIOMA DE RETO TRATADO POR RESSECÇÃO TRANSRETAL

JOAQUIM JOSÉ FERREIRA - TSBCP
ROGÉRIO DE OLIVEIRA GONÇALVES
TATIANA CUNHA MARQUES

FERREIRA J.J., GONÇALVES R.O., MARQUES T.C. - Leiomioma de reto tratado por ressecção transretal. - *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(4): 243-245.

RESUMO: Relato de um caso de leiomioma de reto com diagnóstico histopatológico pre-operatório tratado por ressecção local transretal no Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro, com follow-up de um ano. Este raro tumor deve ser lembrado no diagnóstico diferencial das lesões retais que levam a proctalgia, mudanças do hábito intestinal e outros sintomas locais. Exames simples como toque retal, anoscopia e biópsia, podem ser concludentes no diagnóstico. O diagnóstico histopatológico, no intuito de se diferenciar lesões benígnas das malignas, requer patologista com especial interesse nesse tipo tumoral.

UNITERMOS: Leiomioma, Reto, Ressecção Transretal.

INTRODUÇÃO

O primeiro leiomioma de reto confirmado histopatologicamente foi relatado por Malassez em 1872, e após este, aproximadamente apenas 200 casos foram relatados.¹

O tumor benigno que se origina da musculatura lisa pode surgir em qualquer parte do corpo; sua incidência no trato gastrointestinal ocorre mais frequentemente no estômago e intestino delgado (90%), é raro no cólon (3%) e no reto (7%).⁶

A diferenciação entre leiomioma e leiomiossarcoma é difícil. Os parâmetros histopatológicos importantes são o grau de pleomorfismo celular e a quantidade de atividade mitótica presente^{4,5}, porém há uma ausência de critérios que determinam a malignidade e a tendência de recidiva local destes tumores, tornando seu prognóstico duvidoso.

O tratamento de escolha para todos autores é sem dúvida a excisão, seja ela transretal ou por via endoscópica.^{3,5}

Recentemente diagnosticamos em nosso serviço um caso de leiomioma de reto que pela sua rara incidência nos motivou a publicação deste relato.

RELATO DE CASO

R.L.N., sexo feminino, prontuário n° 3159/98 de 66 anos de idade, admitida no Hospital Municipal Miguel Couto em abril de 1998. Procurou atendimento médico há 2 meses com queixa de proctalgia e evacuação de muco. O exa-

me proctológico mostrou plicoma de margem anal e tumoração palpável extramucosa em parede posterior e lateral esquerda de 5 a 7 cm de diâmetro e endurecida. A ultrassonografia transretal mostrou a presença de lesão sólida hipoeocogênica de contornos discretamente lobulados na parede lateral esquerda com comprometimento da mucosa e extensão extra-luminal (Fig. 1 e 2).

A lesão mede cerca de 3,6 x 2,4 cm. À ultrassonografia transvaginal, pólipos endometriais de mais ou menos 10 mm; presença de massa sólida, heterogênea, contornando posteriormente o canal vaginal, em contiguidade com a parede retal. Clister opaco foi normal. Submeteu-se a biópsia transretal em março de 1998 cujo diagnóstico histopatológico foi de tumor leiomiomatoso, com baixo índice mitótico e áreas de hiperplasia (Fig. 3 e 4).

Realizou-se em 04 de maio de 1998 a excisão transretal do tumor. No pós-operatório imediato apresentou apenas dor à palpação profunda no terço inferior do abdome. Obteve alta em 06 de maio, assintomática.

Retornou em uma semana, seis meses e um ano, quando então solicitamos ultrassonografia transretal, exame que acreditamos ser o mais indicado para acompanhar a evolução deste tipo de lesão. Em todas as revisões a paciente manteve-se assintomática. Em recente revisão em 02 de agosto de 1999, está assintomática e mostra ao toque retal, pequeno nódulo no local da excisão.

DISCUSSÃO

Apesar do primeiro relato de Malassez sobre leiomioma de reto, ser datado de um século atrás, a raridade do tumor e



Fig. 1 e 2: Ultrassonografia transretal mostrando, na seta, a proeminência tumoral.

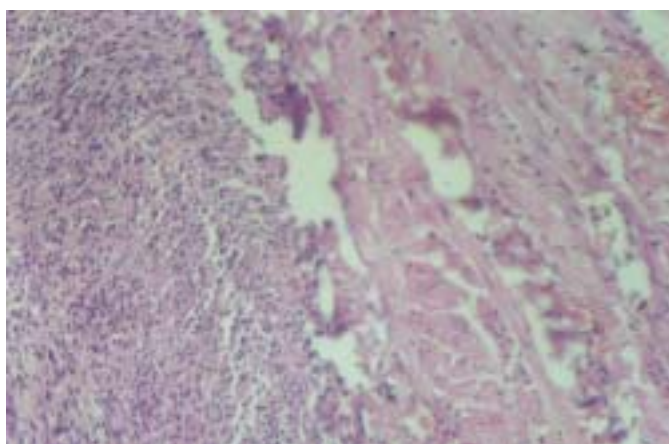
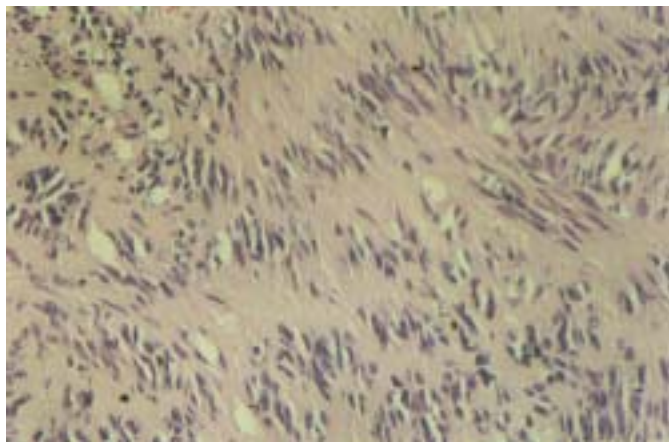


Fig. 3 e 4: Aspecto microscópico do leiomioma, caracterizado pela baixa atividade mitótica e presença de fibras musculares lisas.

a ausência de follow-up impede que se conheça inteiramente o comportamento deste tumor benigno, que por vezes se apresenta recidivante e outras evolui para malignidade.

De acordo com Serra et al, os tumores da musculatura lisa se originam da muscular da mucosa, da camada mus-

cular externa ou da camada muscular arterial. Seu crescimento pode ser: 1) Endorretal, em geral sub-mucoso; 2) Extrarretal; 3) Intramural ou intersticial. Seu tamanho pode variar de pequenas (0,5 - 8 cm) até grandes dimensões (23 cm)⁶. Alguns autores consideram que tumores originais maiores que 5 cm têm forte tendência a recidiva¹ ou a possibilidade de degeneração a leiomiossarcoma.

O paciente pode apresentar-se assintomático com diagnóstico incidental de massa retal¹, porém o mais comum na literatura é o achado de sangramento transretal, constipação ou mudança do hábito intestinal, e proctalgia. Como em geral ocorrem no 1/3 inferior do reto são de fácil acesso ao toque o que possibilita biópsia pré-operatória⁵.

A paciente em questão foi submetida a biópsia pré-operatória, apresentando um tumor submucoso, de fácil acesso e pequenas dimensões porém, contestando o que propõem alguns autores, apresentava ulcerações não sangrativas, perfeitamente compatíveis também com tumores benignos¹³. O clister opaco só é expressivo em tumores maiores e/ou que acometem a mucosa. Já a ultrassonografia endorretal identifica as cinco camadas da parede do reto, esclarecendo precocemente invasão local e excedência da submucosa⁶.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outros tumores do reto e do septo retovaginal; neste sentido a ultrassonografia transvaginal deve ser considerada na identificação de ambos os tipos tumorais.

A dificuldade em se determinar o limite entre leiomioma e leiomiossarcoma é puramente histopatológico, sendo a baixa atividade mitótica referência a tumores benignos^{5,6,7}, porém não diminuindo a possibilidade de apresentarem recidivas locais, metástases regionais e a distância, e degeneração maligna^{7,13}. O tratamento é essencialmente cirúrgico devido a dificuldade em se determinar se a natureza da lesão é definitivamente benigna ou maligna. Muitos autores^{1,2,5,8,10,12,13}, então propõem a extirpação radical de ambas as lesões, principalmente nos tumores acima de 5 cm ou nas recidivas locais. Tem sido demonstrado que os fatores determinantes de recidiva local ou metástases são a forma original da primeira cirurgia e o tumor propriamente dito¹⁰. Optamos no caso descrito pela excisão local do tumor por via transretal, abordagem favorável a tumores pequenos (até 3 cm de diâmetro), bem diferenciados, considerado tratamento definitivo por muitos autores^{1,13,8,6,3}. Nesta situação, é mandatório o acompanhamento pós-operatório por ultrassonografia transretal, como vem sendo realizado em nosso serviço. A radioterapia e a criocirurgia têm sido empregadas sem resposta eficaz¹².

CONCLUSÃO

A raridade do tumor é demonstrada pela escassez de trabalhos na literatura, confirmando-se a necessidade de novos relatos

literários e o acompanhamento criterioso pós operatório, para que se possa estabelecer o comportamento deste tumor após sua ressecção e determinar, desta forma, o melhor tratamento e exames a serem solicitados no *follow up* destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 KUMINSKY, R.E. ; BAILEY, W. - Leiomyomas of the rectum e anal canal: report of six cases and review of the literature. *Dis. Col. & Rect.*, 20:580-99,1977.
- 2 CORMAN & MARVIN - Retal Leiomioma. Surgery of the colon and rectum. 1998, 4ª edição: 904.
- 3 KADAKIA, S.C.; KADAKIA, A.S.; SEARGENT, K. - Endoscopic Removal of Colonic Leiomyoma. *J. Clin Gastroenterol*, 15:59- 62, 1992.
- 4 WARKEL, R.L.; STEWART, J.B.; PATH, M.R.C. - Leiomyosarcoma of the Colon: Report of a Case and Analysis of the Relationship of Histology to Prognosis. *Dis. Col. & Rect.*, 18:501-6,1975.
- 5 KEANE, P.F; FARMER, I.; CROSBIE, R.; ARNOLD, A.J. Leyomiosarcoma of the colon and Rectum. *Irish Med J*, 79:190, 1986.
- 6 SERRA, J.; RUIZ, M. ; LLOVERAS, B.; GUILLAUMES, S.; GARRIGA, J.; TRIAS, R. - Surgical Outlook Regarding Leiomyoma of the Rectum: Report of three cases. *Dis. Col. & Rect.*, 32:884-7,1989.
- 7 MACKENZIE, D.A.; MCDONALD, J.R.; WAUGH, J.M. - Leiomyoma and Leiomyosarcoma of the Colon. *Ann Surg.*, 139:67-75,1954.
- 8 STEWART, E.A.; LIAU, A.S.; FRIDMAN, A.J. - Operative Laparoscopy Followed by Colpotomy for Resecting a Colonic Leiomyosarcoma. A Case Report. *Journal of Reproductiv Medicine*, 883-84,1984.
- 9 IW ASA, K.; TANIGUCHI, K.; NOGUCHI, M.; YAMASHIT A, H.; KITAGAWA, M. - Leiomyosarcoma of the Colon presenting as acute Suppurative peritonitis. *Jpn. J. Surg.*, 27:337-44, 1997.
- 10 WOLFSON, P.; OH, C. - Leiomyosarcoma of the Anus: Report of a Case. *Dis. Col. & Rect.*, 20:600-02, 1977.
- 11 MOREIRA, H. - *Atualidades em Coloproctologia*, São Paulo, 1996.
- 12 LABOW, S.B.; HOEXTER, B. - Leiomyosarcoma of the Rectum: Radical vs Conservative therapy and Report of three cases. *Dis. Col. & Rect.*, 20:603-05, 1977.
- 13 VEMER, F.D.; STOECKINGER, J.M.; EVANS, T. - Smooth muscle Rectal Tumors: A therapeutic Dilemma. *Dis. Col. & Rect.*, 20:405-13,1977.
- 14 JACKMAN, R.J.; BEAHR, O.H. - Tumores del Intestino Grueso. *Editorial Científico-Médica*, Barcelona, 1971.

Endereço para correspondência:

Joaquim José Ferreira
Rua Barão de Itapagipe, 623 / 101
Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
20261-000 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (11) 234-6309