

RELATO DE CASO

DIVERTICULO DO RETO: RELATO DE CASO

CARLOS AUGUSTO REAL MARTINEZ – TSBCP
DENISE GONÇALVES PRIOLLI – FSBCP
RONALDO NONOSE
KARINA HELENA SCHMIDT

MARTINEZ CAR; PRIOLLI DG; PALMA RT; WAISBERG J. Divertículo do reto: relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(4): 296-301.

RESUMO: A doença diverticular dos cólons apresenta alta prevalência na civilização ocidental e, não obstante atingir todo intestino grosso, acomete o cólon sigmóide com maior frequência, sendo o envolvimento do reto extremamente raro. O objetivo do presente artigo é descrever um caso de divertículo retal, diagnosticado durante exame proctológico e estudado por meio de enema opaco, ultrassonografia tridimensional, ressonância magnética e manometria anorretal, bem como realizar revisão da literatura. Homem, 56 anos de idade com queixa de sangramento retal às evacuações há oito meses. Os exames revelaram divertículo retal único, em parede lateral esquerda, de aproximadamente quatro centímetros de diâmetro, a seis centímetros da margem anal, associado a doença hemorroidária de segundo grau e a doença diverticular em cólon sigmóide. Realizou-se biópsia de mucosa retal no interior do divertículo que não demonstrou áreas de metaplasia ou displasia. O exame proctológico mostrou que o sangramento era oriundo da doença hemorroidária que foi tratada, com sucesso, por meio de duas sessões de ligadura elástica. No momento o enfermo encontra-se assintomático, em acompanhamento periódico, sem recidiva do sangramento um ano após o diagnóstico.

Unitermos: Reto; Divertículo; Diverticulose, manometria.

INTRODUÇÃO

A doença diverticular dos cólons constitui importante problema de Saúde Pública devido sua alta prevalência, sobretudo nas civilizações ocidentais¹. Embora a maioria dos enfermos permaneça assintomática ao longo da vida as complicações, quando ocorrem, podem representar uma ameaça à vida. Estima-se que 30% da população acima dos 60 anos e 60% da população acima dos 80 anos possa estar acometida pela enfermidade². A incidência da doença aumenta de 5% ao redor da quinta década para mais de 50% a partir da oitava década de vida³.

A doença diverticular acomete principalmente o cólon sigmóide onde representa cerca de 70% dos casos descritos, atingindo o cólon transverso e ascendente em 10%, o cólon descendente em 10% podendo ainda ser pan-colônica em mais de 10% dos

casos². O acometimento do reto, entretanto, é extremamente raro, estimando-se uma incidência de 0,07 a 0,08% dos doentes submetidos a enema opaco^{4,5}.

O objetivo do presente relato é apresentar um caso de divertículo do reto, diagnosticado durante realização de exame proctológico em enfermo que apresentava sangramento retal conseqüente à doença hemorroidária. Pretende-se ainda revisar a literatura quanto aos principais aspectos relacionados a etiopatogenia, diagnóstico e tratamento dessa inusitada afecção.

RELATO DO CASO

Homem, 56 anos, obeso, procurou atendimento médico com queixa de sangramento e prolapso de mamilos hemorroidários às evacuações, há seis meses. Referia antecedentes de hipertensão arterial acompanhada clinicamente; foi internado há quatro anos com quadro de diverticulite aguda do cólon sigmóide. Ao exame físico apresentava-se

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia Geral – Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da Universidade São Francisco (USF) - Bragança Paulista - São Paulo.

corado e PA de 170x100 mmHg, referia discreto desconforto à palpação profunda na fossa ilíaca esquerda. O exame proctológico mostrava, à inspeção, presença de mamilos hemorroidários anterior direito e lateral esquerdo que se exteriorizavam pelo ânus às manobras de esforço. A retossigmoidoscopia flexível mostrava sinais de sangramento recente no mamilo hemorroidário anterior direito, tendo sido realizada ligadura elástica. O exame endoscópico demonstrava ainda, a seis cm da margem anal em parede lateral esquerda, presença de divertículo retal de aproximadamente 4 cm de diâmetro com óstio amplo e colo curto, com aproximadamente dois cm de profundidade, sem sinais de sangramento (Figura-1).



Figura 1 – Retossigmoidoscopia flexível mostrando divertículo do reto (seta).

Foram feitas biópsias da mucosa retal do interior do divertículo que revelaram, ao exame histopatológico, mucosa retal de aspecto normal sem presença de metaplasia ou displasia tecidual. A retossigmoidoscopia flexível demonstrou, também, presença de inúmeros óstios diverticulares nos cólons sigmóide e descendente. Submetido ao enema opaco e à colonoscopia, confirmou-se que a moléstia diverticular encontrava-se restrita ao cólon esquerdo, além da presença de divertículo isolado no reto baixo (Figura-2).

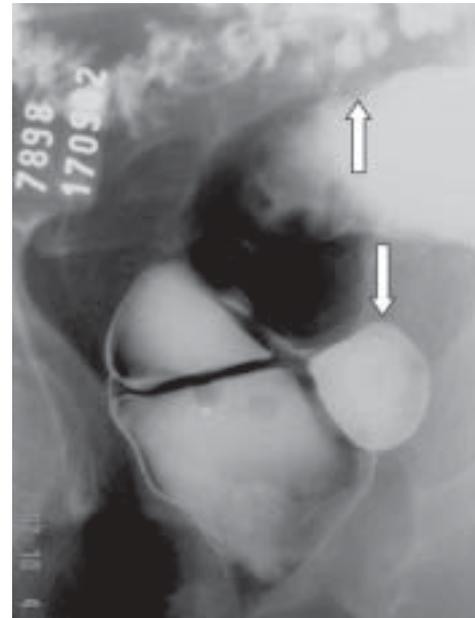


Figura 2 – Enema opaco mostrando divertículo do reto e colo sigmóide (setas)

A ultrassonografia tridimensional e a ressonância magnética da pelve mostraram que o divertículo retal iniciava-se na parede lateral esquerda, estendendo-se para a região anterior do reto (Figura 3, A e B).

Foi realizada manometria ano-retal que mostrou perfil pressórico esfinteriano normal, tanto no repouso quanto em contração voluntária máxima. O reflexo ano-retal inibidor encontrava-se presente. O exame demonstrou ainda que não havia assimetrias pressóricas em relação ao tônus esfinteriano, com sensibilidade e complacência retal dentro dos valores normais. A análise pelo vetor de volume também não apresentou alterações significativas, concluindo-se por estudo manométrico ano-retal normal.

Após duas semanas realizou-se uma segunda sessão de ligadura elástica para o tratamento da doença hemorroidária, quando a partir de então, o paciente não apresentou mais queixas de sangramento retal, encontrando-se atualmente em seguimento ambulatorial dois anos após o diagnóstico inicial.

DISCUSSÃO

A doença diverticular dos cólons é enfermidade muito freqüente, sendo encontrada com facilidade na população, principalmente a partir da 5ª

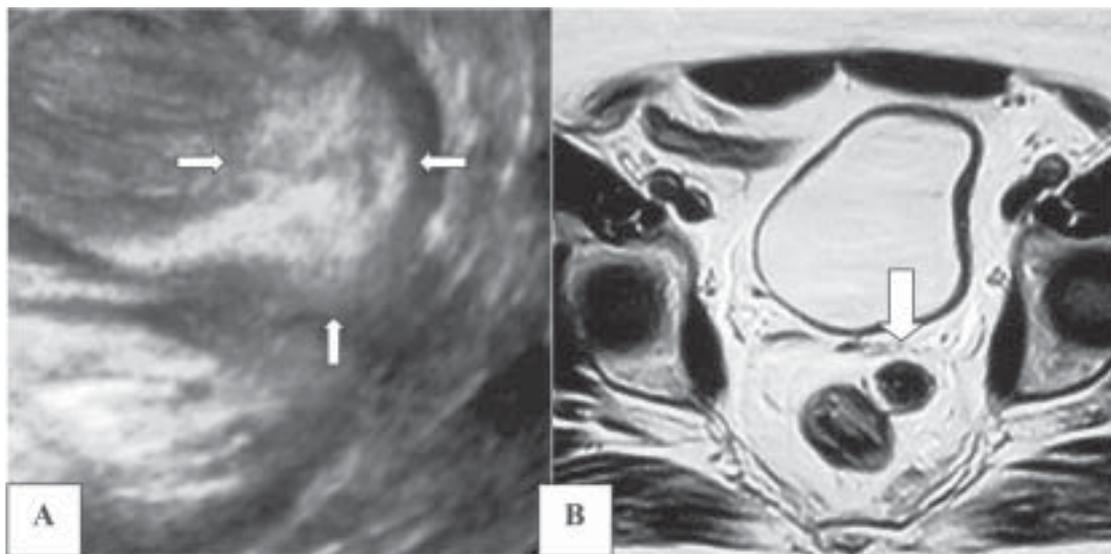


Figura 3 – A – Ultrassonografia tridimensional em perfil com divertículo do reto (setas). B – Ressonância magnética pélvica do

década de vida⁶. Incide com maior prevalência nos indivíduos com mais de 60 anos de idade. Estima-se que aproximadamente 60% dos indivíduos com mais de 80 anos sejam portadores de doença diverticular dos cólons². Todavia, a presença de divertículo no reto é um evento raramente descrito⁶. Mayo em 1953⁷ relatava que nunca havia observado divertículo a menos de 12 cm da margem anal. Walstad e Sahibzada⁴ em 1968, estudando 4.854 enemas baritados, encontraram somente quatro casos de divertículos do reto que representavam menos de 2% dos doentes portadores de divertículo e 0,08% de todos os enfermos examinados. Govoni et al em 1974⁸, revisando a literatura sobre os casos de divertículo do reto publicados, encontraram 29 casos descritos desde a primeira publicação por Giffin em 1911⁹. Mais recentemente Plavsic et al. em 1995⁵ encontraram 34 casos publicados na Europa e nos Estados Unidos e, estudando 7.200 pacientes submetidos ao enema opaco, acrescentaram mais cinco, estimando incidência em torno de 0,07%. Desde então, em revisão da literatura para a publicação do presente artigo, pudemos encontrar mais 13 casos, sendo dois deles no Brasil.^{7,10}

O divertículo do reto apresenta, ainda em nossos dias, etiologia incerta. Duas teorias foram propostas para explicar a baixa incidência da doença. Em primeiro lugar, as características da disposição anatômica da camada muscular que envolve o reto, principalmente nas suas paredes anterior e posterior, que promoveria maior resistência a variações de pressões intraluminares¹¹. As tênias livre e omental, desde as porções mais craniais, recobrem o reto

anteriormente, enquanto que a ténia mesocólica, posteriormente, formando nestes locais uma parede muscular resistente a variações pressóricas.

Estes fatos ficam evidentes ao verificarmos que a maioria dos casos publicados de divertículo de reto, assim como o relato no presente artigo, tipicamente surgem nas paredes laterais, onde a camada muscular é menos desenvolvida, conferindo menor resistência a variações de pressões intra-luminares.

Uma segunda explicação para a raridade da presença do divertículo retal baseia-se na evidência de que o reto teria pressão interna menor e mais inconstante, provocada possivelmente pelo acúmulo de fezes, além de possuir atividade peristáltica menos evidente quando comparado com o cólon sigmoide^{9,12}. Apesar da etiologia incerta, alguns fatores são descritos como predisponentes e entre eles merecem destaque na literatura, constipação, impactação fecal recorrente, relaxamento do septo reto-vaginal em mulheres, atrofia muscular, obesidade com infiltração gordurosa da parede muscular do reto, ausência de estruturas de suporte tais como o cóccix, traumatismos retais, infecção, ulceração e anomalias congênitas¹¹⁻¹³. Cabe destacar a possibilidade de que a formação do divertículo verdadeiro do reto tenha origem congênita pela descrição da enfermidade em recém nascido de 25 dias. Outra observação que reforça a possível origem congênita da doença é a semelhança entre o divertículo retal e a forma diverticular da duplicação congênita do reto^{18,19}. Talvez exista uma fraqueza muscular congênita que evoluiria para a formação do divertículo na presença de fatores desencadeantes ao longo da vida.

Os divertículos retais acometem com maior frequência o sexo masculino, sendo geralmente únicos, podendo se encontrar até três divertículos no mesmo paciente¹². Na maioria dos casos, apresentam diâmetro de dois cm ou mais, contrastando com os divertículos do cólon que apresentam diâmetro menor, geralmente entre 0,5 a 1,0 cm^{1,12}. Na maioria dos casos publicados e assim como observamos nos presentes casos, os divertículos do reto possuem óstio largo com ampla comunicação com a luz retal.

Apesar de incidir numa faixa etária semelhante à dos divertículos do cólon, não existem evidências de relação direta entre os divertículos retais e colônicos^{6,14}. Os do cólon na realidade são divertículos falsos, já que são formados apenas por protruções da mucosa cólica através da parede do órgão, enquanto os divertículos do reto são verdadeiros, possuindo todas as camadas da parede retal. No entanto cabe destacar que, à semelhança do paciente do presente relato, existe uma associação freqüente entre doença diverticular dos cólons e o divertículo do reto^{1,5,10,13,15-17}.

Os divertículos do reto apresentam curso assintomático, sendo freqüentemente achado incidental durante a realização de exame proctológico, colonoscópico ou durante a realização do enema opaco⁵. Como freqüentemente estão associados a divertículos dos cólons, a sintomatologia decorre geralmente da doença colônica¹. A concomitância com doenças orificiais não é rara, assim como observado no paciente do presente relato, em que a perda sangüínea retal era decorrente da doença hemorroidária, sendo o divertículo do reto um achado do exame proctológico. A presença de sangramento hemorroidário observado durante a realização do exame, bem como sua interrupção após a ligadura elástica, reforça esta constatação.

Ocasionalmente, os divertículos do reto podem ser acompanhados de complicações, como infecção, perfuração, fístulas, estenoses, ulcerações e sangramento^{4,6}. A presença de diverticulite decorre da impactação fecal ou pelo traumatismo ocasionado por corpo estranho ou outros agentes irritantes agindo no interior do divertículo⁴. A evolução do quadro infeccioso para formação de abscesso e eventual perfuração pode provocar formação de fístulas⁴. Felizmente, como estas perfurações acontecem na maioria dos casos abaixo da reflexão peritoneal, são menos problemáticas se comparadas à perfuração dos divertículos do cólon que ocorre no interior da cavidade abdominal^{1,4,12,13}. Cabe lembrar que a perfuração do divertículo também pode ocorrer durante a realização do exame endoscópico ou mesmo na realização de

biópsias retais que devem ser efetuadas, portanto, com particular cuidado¹².

A presença de epitélio metaplásico gástrico no interior do divertículo pode levar à formação de úlceras presumivelmente secundárias à secreção cloridropéptica, oriunda da presença de mucosa gástrica heterotópica^{19,20}. Esta possibilidade torna a biópsia da mucosa no interior do divertículo, com estudo histopatológico, procedimento importante, sobretudo nos doentes que apresentam sangramento ou ulcerações no interior do divertículo retal.

A diverticulite perfurada pode tornar problemático o diagnóstico diferencial com o carcinoma do reto^{4,11,16,21}. Referências demonstrando a possibilidade de coexistência entre divertículo retal e carcinoma fazem do exame proctológico, com biópsia dirigida nos casos suspeitos, procedimento indispensável^{1,6,22}.

O diagnóstico dos divertículos retais é difícil de ser realizado somente com base no exame clínico^{5,6}. Excepcionalmente os divertículos de maiores dimensões podem prolapsar através do ânus, mimetizando o prolapso retal ou provocarem abaulamento na região perineal que aumentam de tamanho durante a evacuação^{10,17}.

O exame proctológico completo pode diagnosticar os divertículos retais de maiores proporções. Entretanto, os divertículos de menor porte são encontrados com maior frequência durante a realização do enema opaco com técnica de duplo contraste¹¹. O exame contrastado apresenta alguma dificuldade no diagnóstico dos divertículos retais muito próximos ao canal anal quando o reto encontra-se completamente preenchido pelo contraste¹³. No paciente do presente relato, em virtude das dimensões do divertículo, a retossigmoidoscopia pôde demonstrar, com facilidade, sua presença, bem como permitiu com segurança a realização da biópsia mucosa.

A ultrassonografia endorretal, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética permitem, além do diagnóstico da enfermidade, verificar a associação com outras doenças, tais como o carcinoma do reto ou duplicação retal²³. A ultrassonografia endorretal é útil na presença de complicações, pois permite demonstrar o processo infeccioso, avaliando sua extensão e identificando ainda possíveis trajetos fistulosos. Utilizamos a ultra-sonografia tridimensional que, além de mostrar o divertículo retal, fornece importantes detalhes quanto a localização, relação com estruturas vizinhas, excluindo a presença de processo inflamatório. Este método propedêutico, até onde se

sabe, não havia sido utilizado anteriormente em doentes portadores de divertículo do reto.

A ressonância magnética foi utilizada com o intuito de estudar alterações do trato urinário ou do canal medular que freqüentemente acompanham as duplicações do reto^{19,24}. O exame também demonstrou ser útil na identificação e localização do divertículo ao longo da parede retal, afastando a possibilidade de complicações locais.

A presença de constipação intestinal tem sido imputada como fator etiológico na formação do divertículo retal. A constatação de que o divertículo aumenta de tamanho durante o esforço empreendido na evacuação ou com manobras que aumentem a pressão intra-abdominal,¹⁶ fez com que alguns autores sugerissem que o aumento da pressão intrarretal pudesse estar relacionado na etiologia da doença^{11-13,16,17}. Com o objetivo de verificar a presença de distúrbio da dinâmica evacuatória, submetemos o paciente do presente relato à manometria anorretal. Até onde temos conhecimento, pela primeira vez a manometria foi utilizada para estudar um paciente portador de divertículo do reto. Os resultados do exame revelaram perfil pressórico esfíncteriano normal, tanto em repouso quanto em esforço de contenção ou de evacuação. A sensibilidade e complacência retais

encontravam-se dentro de valores normais. Ao nosso ver, tais achados reforçam a possível origem congênita da enfermidade.

O divertículo retal habitualmente não requer tratamento cirúrgico em virtude da maioria dos casos ser assintomática¹. Cabe lembrar, todavia, da necessidade de acompanhamento periódico desses pacientes devido a possibilidade de metaplasia de mucosa no interior do divertículo e a associação com o câncer de reto^{4,22}.

A necessidade de intervenção cirúrgica fica reservada aos doentes que apresentem sintomatologia local (desconforto perianal, prolapso diverticular), na presença de complicações (abscessos, fístulas, estenoses, sangramento) ou quando a doença estiver associada com o carcinoma do reto^{4,11}. Conforme a complicação, a conduta cirúrgica varia desde drenagens locais, invaginação do divertículo, ressecções locais ou até mesmo a realização de colostomias derivativas¹³. A associação com neoplasias malignas impõe a ressecção do reto, realizando-se, sempre que possível, a retossigmoidectomia anterior associada à ressecção do divertículo. Nos casos de divertículos próximos à linha pectínea ou nos doentes em que existir invasão esfíncteriana pela neoplasia, a amputação abdomino-perineal do reto deve ser considerada.^{6,9}

Agradecimentos:

Ao Dr. Edson Iglesias, Médico Responsável pelo Serviço de Ultra-sonografia do Hospital e Maternidade Brasil, Santo André, pela inestimável colaboração na interpretação dos métodos de imagem utilizados no presente artigo.

SUMMARY: Diverticular disease of the colon presents high prevalence in Western society and, although it may affect all parts of the large intestine, it most frequently affects the sigmoid colon. Involvement of the rectum is extremely rare. The purpose of the present article is to describe a case of rectal diverticulum, diagnosed during proctological examination and studied by means of barium enema, three-dimensional ultrasonography, magnetic resonance and anorectal manometry, as well as making a review of the literature. The patient was a 56-year-old man with complaint of rectal bleeding upon evacuation for eight months. The examinations revealed a single rectal diverticulum of approximately four centimeters in diameter, located on the left lateral wall six centimeters from the anal margin, in association with second-degree hemorrhoid disease and diverticular disease in the sigmoid colon. A biopsy of the rectal mucosa inside the diverticulum was performed, which did not demonstrate any area of metaplasia or dysplasia. It was observed that the bleeding was coming from the hemorrhoidal disease which was successfully treated by rubber band ligation. At present, one year after the diagnosis, the patient is undergoing periodic follow-up and he is asymptomatic without recurrence of the bleeding.

Key words: Rectum. Diverticulum. Diverticulosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piercy KT, Timaran C, Akin H. Rectal diverticula. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:1116-7.
2. Gordon PH. Diverticular disease. In: Nicholls RJ, Dozois RR. *Surgery of the Colon & Rectum*. London: **Churchill Livingstone**, pp 1997, 691-708.
3. Parks TG. Natural history of the diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 1975;4:53-69.
4. Walstad PM, Sahibzada AR. Diverticula of the rectum. *Am J Surg* 1968;116:937-9.
5. Plavsic BM, Taider L, Drnovsek VH, Kogutt MS. Association of rectal diverticula and scleroderma. *Acta Radiol* 1995;36:96-9.
6. Alves Filho EF, Albuquerque IC, Nunes BLBBP, Nossa FLC,

- Silva JH, Formiga GJS. Divertículo de reto associado a adenocarcinoma. **Rev bras Colo-proctol** 1999;19:267-9.
7. Mayo CW. Diverticulosis and diverticulitis of the colon. **Ont Med Rev** 1953;20:715-8.
 8. Govoni AF, Smulewicz JJ. Large diverticulum of the anal canal. Case report and review of the literature on anal canal and rectal diverticula. **Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med** 1974;121:344-7.
 9. Giffin HZ. Diverticulitis of rectum: report of two cases operated upon, one of them with carcinomatous degeneration. **Ann Surg** 1911;53:533-7.
 10. Henry MACA, Vercesi LAP, Lautenschlager MFM. Divertículo de reto: apresentação de um caso. **Arq Gastroenterol** 1982; 19:139-41.
 11. Weston SD, Schlachter IS. Diverticulum of the rectum. **Dis Colon Rectum** 1959;2:458-64.
 12. Damron JR, Lieber A, Truman S. Rectal diverticula. **Radiology** 1975;115:599-601.
 13. Kyaw MM, Haines JO. Rectal diverticula. **Radiology** 1971;100:283-4.
 14. Shoemaker GE. Obstructive pelvic lesions associated with chronic diverticulitis. **Ann Surg** 1914;59:422-5.
 15. Chiu TC, Bailey HR, Hernandez AJ. Diverticulitis of the midrectum. **Dis Colon Rectum** 1983;26:59-60.
 16. Halpert RD, Crnkovich FM, Schreiber MH. Rectal diverticulosis: a case report and review of the literature. **Gastrointest Radiol** 1989;14:274-6.
 17. Edwards VH, Chen MY, Ott DJ, King GT. Rectal diverticulum appearing as a prolapsed rectum. **J Clin Gastroenterol** 1994;18:254-5.
 18. Sener RN, Melikoglu M, Kaya A. Rectal diverticulum in a infant. **Pediatr Radiol** 1991;21:433.
 19. Kumar R, Shun A, Arbuckle S, Gaskin K. Diverticular rectal duplication with heterotopic gastric mucosa in a child: a rare cause of rectal bleeding. **J Paediatr Child Health** 2000;36:191-2.
 20. Parkash S, Veliath AJ, Chandrasekaran V. Ectopic gastric mucosa in duplication of the rectum presenting as a perianal fistula. **Dis Colon Rectum** 1982;25:225-6.
 21. Giustra PE, Root JA, Killoran PJ. Rectal diverticulitis with perforation. **Radiology** 1972;105:23-4.
 22. Tweddell TN. Diverticulitis of the rectum. **An Surg** 1964;70:569.
 23. Lazaro da Silva A, Rodrigues BDS, Mattos MP. Divertículo de reto. **Rev Col Bras Cir** 1997;24:449-51.
 24. Luján AE, Mc Michael ME, Videla RL, Minuzzi F, Moreno E, Higa AL, Adris M, Canga C. Duplicación intestinal. Informe de dos casos. **Acta Gastroenterol Latinoam** 1992;22:45-9.

Endereço para correspondência:

Carlos Augusto Real Martinez
Rua Rui Barbosa, 255 apto. 32. tel/fax: 11- 4438-9203
09190-370 – Santo André (SP) - Brasil.
E-mail: caomartinez@uol.com.br