
HEMANGIOMA DO RETO — RELATO DE UM CASO

ELEODORO CARLOS DE ALMEIDA, TSBCP
ELPÍDIO ARISTIDES DE FREITAS NETO, TSBCP
CARLOS EUGÊNIO PEDROSA DE SOUZA
ROGÉRIO CASTILHO FIGUEIRÓ
ANADIL ROSELLI

ALMEIDA EC, FREITAS NETO EA, SOUZA CEP, FIGUEIRÓ RC, ROSELLI A — Hemangioma do reto — Relato de um caso. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(2): 72-75.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de hemangioma do reto. Tecem breves considerações sobre a raridade deste tipo de patologia e fazem uma análise do valor dos diversos métodos diagnósticos. No tratamento cirúrgico efetuado, houve preservação da musculatura esfínteriana, procedimento que deve ser divulgado e preferido, sempre que possível.

UNITERMOS: hemangioma; reto, operação com preservação dos esfínteres.

Aproximadamente 160 anos se passaram, desde que Philips descreveu em 1839, pela primeira vez, um caso de hemangioma retal num indivíduo com hemorragia intermitente. Atualmente existem documentados na literatura cerca de 200 casos de pacientes portadores deste tipo de lesão vascular em segmento colorretal, sendo que, em mais de 50% destes casos, apenas o reto está comprometido.

Histologicamente divididos em capilares mistos e cavernosos, os hemangiomas colorretais, quando do tipo cavernoso (75 a 80%), podem se apresentar circunscritos assumindo um aspecto polipóide⁵, como difusos e expansivos, caracterizando-se por uma forma infiltrante, podendo comprometer órgãos e estruturas como a bexiga ou mesmo o útero.

Apesar de raras, constituindo-se nas lesões benignas colorretais menos comuns, têm sido frequentemente confundidas com hemorróidas internas, pólipos adenomatosos, carcinoma, doenças inflamatórias e outras condições.

Relato de caso

O paciente ASSR, registro do HSE de número 683146, sexo feminino, 22 anos, casada, cor parda, natural e residente no Rio de Janeiro, foi internada no Serviço de Colo-Proctologia do HSE em 07/03/1988. Com queixa de sangramento importante às evacuações. Referia uma internação um ano atrás com o mesmo quadro, necessitando reposições sangüíneas, quando recebeu alta sem diagnóstico.

No momento, o sangramento era do tipo "vivo", não acompanhado de dores e intermitente nos últimos dois meses, com agravamento do estado geral, tonteira e fraqueza nos MIs.

O exame físico revelou mucosas hipocoradas (+ +/4 +) e o ACV sem anormalidades. O abdome era flácido, indolor e sem visceromegalias. O exame proctológico até 22 cm exibia mucosa pálida, com tumoração mole em submucosa, de cor azul-acinzentada em parede anterior do reto, iniciando-se em linha pectínea e medindo 8 x 5 cm, além de sangrar facilmente ao toque. O aspecto sugeria ectasia venosa e a biópsia de áreas próximas à lesão foi de "proctite crônica inespecífica".

Exames laboratoriais pré-operatórios apenas mostraram anemia importante (HT de 26%). Ultra-sonografia pélvica, urografia excretora, cistoscopia e cintigrafia hemorrágica digestiva com tecnécio foram normais e inconclusivas, assim como o RX simples de abdome (*Fig. 1*), clister opaco com duplo contraste (*Fig. 2*), arteriografia seletiva da mesentérica inferior (*Fig. 3*) e colonoscopia, para verificar ou afastar a presença de lesões sincrônicas nos demais segmentos do cólon, também não mostraram alterações.

O paciente foi hemotransfundido e, em 05/04/88, foi submetido a retossigmoidectomia abdômino-perineal, com abaixamento do cólon por via endoanal após mucosectomia do coto retal conservado de aproximadamente 3 cm. Portanto, com anastomose retardada por acolamento.

Evoluiu bem no pós-operatório e, em 21/04/88, foi



Fig. 1 - R-X simples - Ausência de flebólitos calcificados em pelve.

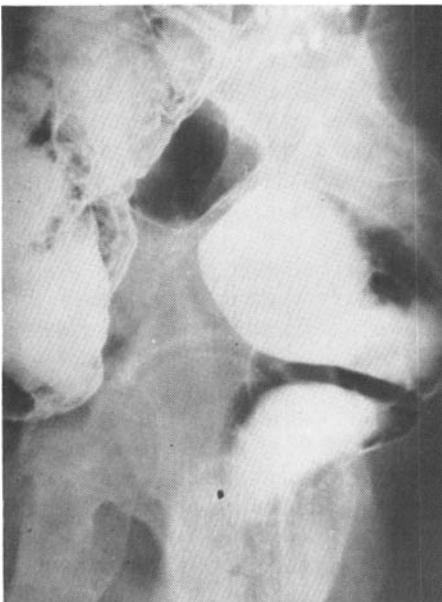


Fig. 2 - Clister opaco - Visão lateral do reto não evidencia sinais da lesão.

realizada a complementação do tratamento cirúrgico, através da amputação do segmento do cólon abaixado e exteriorizado. O paciente recebeu alta em 27/04/88, sem queixas de sangramento nem incontinência fecal.

Patologia - Reto e canal anal medindo 13 cm de comprimento por 8,5 cm de circunferência. A mucosa, edemaciada, exibia nos 7 cm distais aspecto grosseiramente bocelado com áreas friáveis e espessas de tonalidade castanho-avermelhada (Fig. 6). Aos cortes, esta área irregular e bocelada exibia numerosos vasos dilatados e congestionados, predominantemente na submucosa, que se encontrava extremamente alargada (Fig. 7). A lesão era constituída por estruturas vasculares de médio e grande calibres, parede fina, contendo significativa quantidade de



Fig. 3 - Arteriografia seletiva sem alterações importantes.



Fig. 4 - Eversão do reto, exibindo as lesões hemangiomatosas modulares.

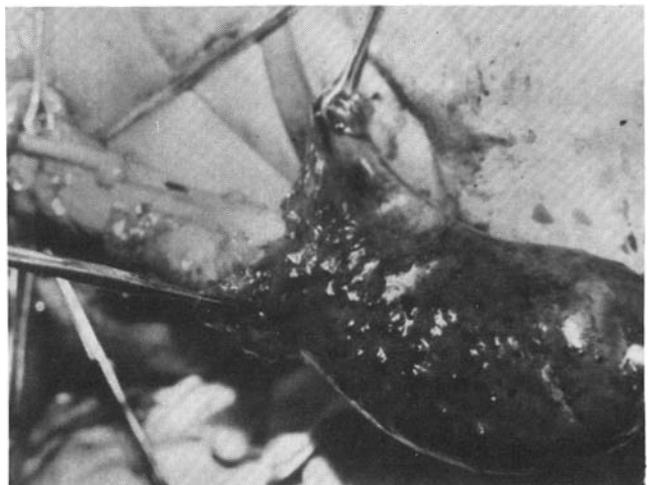


Fig. 5 - Secção do reto evertido após mucosectomia do segmento retal distal.

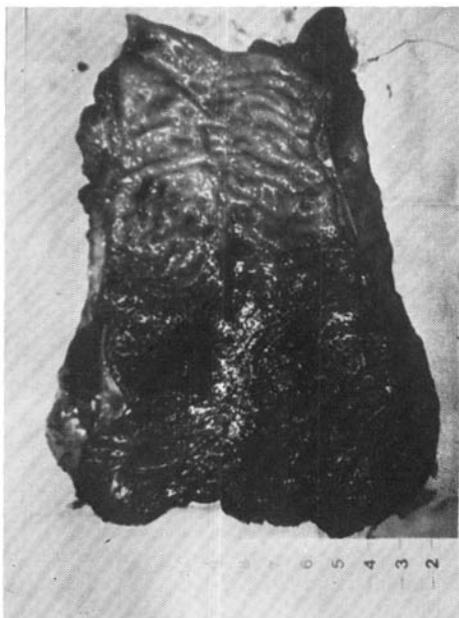


Fig. 6 - Aspecto macroscópico da lesão; área bocelada, irregular, exibindo vasos congestos.

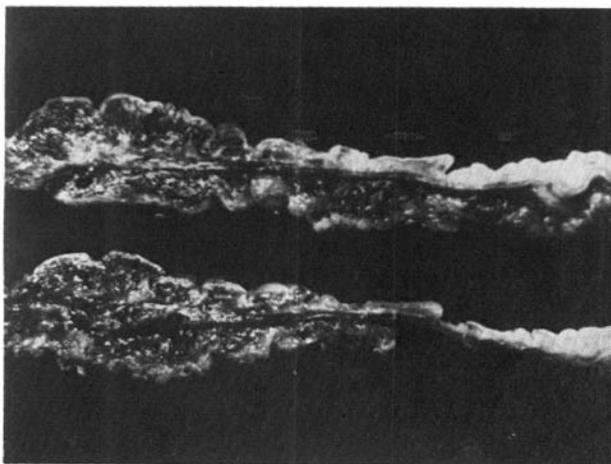


Fig. 7 - Aos cortes, submucosa extremamente alongada pela presença dos numerosos vasos.

sangue (Fig. 8). O diagnóstico, portanto, foi o de hemangioma do reto com áreas de ulceração.

DISCUSSÃO

Este tipo de lesão é encontrado em praticamente todos os órgãos e estruturas do organismo, sendo a pele o local mais comum. Entretanto sabe-se que o hemangioma é um dos tumores mais raros do cólon e reto.

O sintoma mais freqüente é o sangramento retal, presente em cerca de 90% dos pacientes devido ao traumatismo relacionado à passagem das fezes². Sintomas locais podem se somar à hemorragia, tais como tenesmo, urgência fecal e sensação de evacuação incompleta. Surge geralmente em crianças e adultos jovens, e o sangramento tende a ser indolor. Os hemangiomas cavernosos tendem a sangrar maciçamente com uma freqüência muito maior

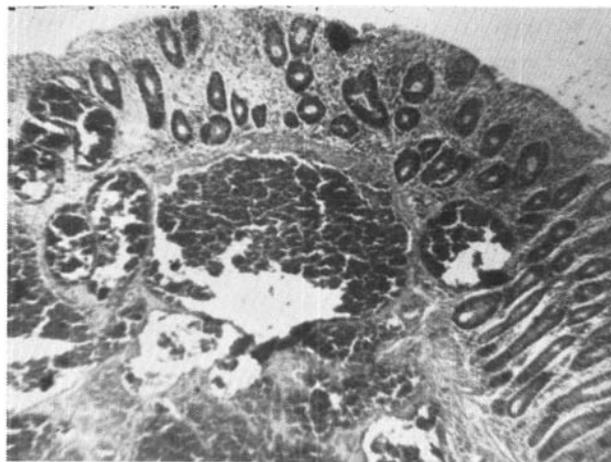


Fig. 8 - Estruturas vasculares predominante na submucosa.

que os hemangiomas capilares. O sangramento tende a se tornar mais severo em cada episódio recorrente¹.

O diagnóstico do hemangioma cavernoso que envolve o reto e/ou sigmóide não é difícil. Apesar de não ser palpável ao toque retal por ser um tumor vascular, a simples história de retorrágia indolor em crianças ou adultos jovens associada a achados retossigmoidoscópicos de modulações vasculares e veias anormais, em parede retal, nos leva a pensar nesta hipótese. Outro dado importante seria o achado de flebólitos calcificados próximos à lesão, visíveis ao raio X simples de abdome, representando seqüela de trombose ocorrida no interior da tumoração causada por uma perivasculite e conseqüente lentidão do fluxo sanguíneo⁴.

Neste paciente, a radiografia não demonstrou tal característica (Fig. 1), o que na verdade ocorre em cerca de 50% dos casos, significando, pois, que a ausência deste achado não exclui a presença de um tumor hemangiomasioso.

Alterações radiológicas no clíster opaco, tais como estenoses, particularmente no reto e sigmóide, ou falhas de enchimento, não foram visualizadas neste caso (Fig. 2).

A arteriografia mesentérica, em pacientes selecionados, tem por finalidade esclarecer o sítio de sangramento ativo, confirmar um diagnóstico incerto ou para delimitar os limites da massa tumoral. Apesar disto, o método tem seu valor questionado, já que é alto o número de exames inconclusivos como se mostrou o de nosso paciente (Fig. 3). Wang CH⁷, citando Westerholm, sugere que radiografias da fase venosa prolongada durante angiografia e venografia com compressão da veia cava inferior podem aumentar a opacificação das lesões.

A biópsia retal, onde existem grandes dilatações vasculares, pode causar hemorragia importante, o que não ocorre se efetuada em área cuidadosamente escolhida, a mais próxima possível das lesões, mas cujo local seja firme e consistente. Entretanto, o laudo histopatológico pode ficar prejudicado e ser inconclusivo, como o foi o deste caso.

Quanto ao tratamento, a cirurgia para remoção da lesão é o procedimento de escolha, necessária pela severidade dos episódios de sangramento. Pequenos tumores podem ser removidos por endoscopia (polipectomia com eletrocautério), ou excisão local com preservação da

parede sero-muscular do intestino ou reto. No entanto, a maioria dos hemangiomas colorretais são sésseis e histologicamente cavernosos, necessitando ressecções amplas.

Por serem lesões benignas e em pacientes jovens, tem-se dado preferência às cirurgias de abaixamento, com preservação dos esfíncteres, evitando-se assim as complicações hemorrágicas que resultam da dissecação perirretal extensa, diminuindo o risco de impotência sexual e preservando a fisiologia evacuatória. A amputação abdômino-perineal do reto permaneceria como cirurgia de escolha, num pequeno número de pacientes onde os hemangiomas anorretais fossem difusos, comprometendo as paredes laterais da pelve, e estruturas próximas, como útero, bexiga etc. Neste caso aconselha-se o clampeamento temporário das artérias ilíacas interna e externa, bilateralmente, para diminuir o sangramento peroperatório e facilitar a remoção do tumor.

Em 1976, Jeffery e cols. descreveram uma técnica cirúrgica, que consistia em se ressecar o reto em seus 2/3 proximais e o posterior abaixamento do colo, através do 1/3 distal que permanecia e cuja mucosa havia sido retirada por via anal. A anastomose era feita ao nível da linha pectínea e ocorria por acolamento entre a serosa normal do colo abaixado e a submucosa do coto retal exposta^{3, 4, 6, 7}.

Tanto pelo risco de ocorrer necrose na extremidade do colo abaixado como pela possibilidade de pequenas deiscências, escapes e formação de abscessos pélvicos, optou-se por uma modificação da técnica: uma vez evertido o reto (Fig. 4), processou-se a dissecação da mucosa de todo o coto retal a permanecer, partindo da linha pectínea e, só então, realizamos a secção do reto (Fig. 5). Foi efetuada a exteriorização do colo abaixado, tipo colostomia perineal, após dilatação esfíncteriana, já com o coto retal tendo voltado à sua posição de origem. Num segundo tempo, aproximadamente duas semanas depois, é que o tratamento foi complementado, com a amputação deste segmento exteriorizado.

Não houve problemas quanto à continência fecal, o que tem sido confirmado por estudos que demonstram não ser a mucosa do reto necessária à manutenção do

controle evacuatório, assim como o desejo de defecar está relacionado aos esfíncteres anais e ao músculo puborretal, e não à parede retal.

Desta forma, a permanência de um curto segmento de canal anal de reto, de 3-4 cm, é suficiente para se evitar a incontinência fecal, favorecendo com isto as cirurgias de abaixamento endoanal com anastomoses colo-anais imediata ou retardada, no tratamento do hemangioma cavernoso do reto.

ALMEIDA EC, FREITAS NETO EA, SOUZA CEP, FIGUEIRO RC, ROSELLI A - Hemangioma involving the rectum - A case report.

SUMMARY: A case of hemangioma involving the rectum is presented. Some considerations about this rare condition is summarized and the value of the different methods of diagnosis is discussed. Sphincter-saving procedure was applied as the surgical treatment and we believe that it should be promoted and given first choice whenever possible.

KEY WORDS: hemangioma; rectum; sphincter-saving procedure

REFERÊNCIAS

1. Corman ML. Colon and rectal surgery. Philadelphia: JB Lippincott, 1984; 456-461.
2. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Essentials of anorectal surgery. Philadelphia: JB Lippincott 1980; 176-8.
3. Goligher JC. Surgery of the Anus Rectum and Colon. Fourth Edition, London: Baillière Tindall, 1980; 680-1.
4. Lyon DT, Mantia AG. Large bowel hemangiomas. Dis Colon Rectum 1984; 27: 404-414.
5. Pontecorvo C, Lombardi S, Mottola L, Donisi M, Dituoro A. Hemangiomas of the large bowel: report of case. Dis Colon Rectum 1983; 26: 818-820.
6. Rebel K, DeLima EA, Ferreira JJ. Hemangioma do reto e sigmóide - Apresentação de um caso. Rev bras Colo-Proct 1981; 1: 152-160.
7. Wang CH. Sphincter-saving procedure for treatment of diffuse cavernous hemangioma of the rectum and sigmoid colon. Dis Colon Rectum 1985; 28: 604-607.