
ANGIODISPLASIA DO CÓLON. RELATO DE CASO E ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

MARIA DE LOURDES P. BIONDO-SIMÕES – FSBCP
LUIS MARTINS COLAÇO
DANIELLE DUCK
RAFAEL PASINI DEL CLARO
ANDREA LOÍSE FERREIRA
VIVIANE ALINE BUFFON

BIONDO-SIMÕES MLP, COLAÇO LM, DUCK D, CLARO RP, FERREIRA AL & BUFFON VA - Angiodisplasia do cólon. Relato de caso e atualização da literatura. *Rev bras Coloproct.* 19(2): 108-111

RESUMO: Nas últimas décadas as lesões vasculares do ceco e do cólon ascendente têm sido reconhecidas como causa freqüente de hemorragias do trato digestivo baixo, principalmente em pacientes idosos, causa esta atribuída, anteriormente, principalmente à doença diverticular do cólon. Contudo, quando diante de paciente com sangramento digestivo baixo, nem sempre este diagnóstico é aventado, motivo que levou os autores a descrever este caso para ilustrar esta realidade e revisar a literatura.

UNITERMOS: angiodisplasia; cólon

Antes de 1960, poucas publicações ou revisões sobre angiomas e malformações vasculares eram encontradas na literatura (Holman, 1948; Gentry e cols., 1956; Bailey e cols., 1956 e River, 1956)^{1, 8, 12, 20}. A maioria referia-se ao intestino delgado e estômago e somente algumas ao cólon. Quando localizadas no intestino delgado, eram tidas como únicas e mais comumente encontradas no cólon sigmóide e reto. Entretanto após a primeira demonstração angiográfica desta alteração por Margulis em 1960 e com a introdução da angiografia seletiva por Baum em 1965, com o propósito de localizar a origem das hemorragias digestivas, este assunto passou a ser amplamente considerado (Goligher, 1990)¹⁰.

Nas últimas décadas as lesões vasculares do ceco e do cólon ascendente têm sido reconhecidas como causa freqüente de hemorragias maciças do trato digestivo baixo. Atualmente estima-se que 6% dos casos de hemorragia digestiva baixa sejam decorrentes da angiodisplasia com prevalência de 0,83%^{6, 7}. Esta patologia mais comum em pacientes idosos não deve ser desconsiderada em pacientes mais jovens^{2-6, 9, 10}.

As doenças vasculares colorretais, do ponto de vista clínico, podem ser divididas em doenças isquêmicas e

hemorrágicas³¹. Considerando somente as doenças vasculares hemorrágicas podemos classificá-las em neoplásicas, como os hemangiomas e não neoplásicas, como as ectasias vasculares e angiodisplasias. O termo ectasia vascular aplica-se às lesões em que ocorre dilatação dos vasos preexistentes e angiodisplasia às lesões em que os vasos sofrem perturbações na gênese, correspondendo a malformações vasculares. No entanto, não se pode considerar em que momento ocorre o processo de alteração do vaso, porque tal fato não está perfeitamente estabelecido³¹.

Dependendo de sua manifestação clínica, a angiodisplasia de cólon pode levar a importantes alterações hemodinâmicas, como o choque hipovolêmico.

Os autores relatam mais um caso de angiodisplasia, enfatizando a importância dessa doença como diagnóstico diferencial nos quadros de choque hipovolêmico na vigência de hemorragia gastrointestinal e revisam a literatura buscando atualização.

Relato de caso

Estudou-se R.M.L., 48 anos, do sexo feminino. Em maio de 1998 apresentou três episódios de evacuações de fezes liquefeitas de coloração escura, sem serem precedidas ou acompanhadas de dor abdominal ou qualquer outro sinal ou sintoma. Dois dias depois ocorreram três novos episódios, agora de evacuação de fezes de cor vermelho vivo, o que fez procurar um hospital da periferia de Curitiba onde ficou internada. Foi submetida à endoscopia digestiva alta e realizou-se um hemograma. Permaneceu internada por quatro dias sendo então liberada para casa. No dia seguinte procurou cirurgia que a internou no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Na admissão tinha-se uma paciente em mau estado geral, astênica, hipocorada, pele fria e úmida, taquicárdica, hipotensão arterial (80 x 50 mmHg) e com queixa de sangramento anal. O exame do abdome mostrou-o indolor à palpação e à percussão, sem visceromegalias e com ruídos hidroaéreos presentes. Como história pregressa relatava hipertensão arterial desde os 36 anos. Fazia uso, há 12 anos, de dihidroclorotiazida 100 mg ao dia. Era tabagista de 20-30

cigarros ao dia e não era etilista. Relatou que três anos antes apresentara um quadro de distensão abdominal cujos exames diagnosticaram síndrome do cólon irritável. Desde então não apresentara nenhum sintoma intestinal. Não referiu antecedentes familiares de hemorragias digestivas.

O hemograma revelou hemoglobina de 8,2 g/dl e volume globular de 22%, plaquetas e leucograma normais. Fez-se hidratação e foram necessárias três unidades de concentrado de hemácias. Realizou-se colonoscopia e constatou-se a presença de displasia vascular no ceco, de 1,3 cm de diâmetro, com coágulo aderido à superfície (Fig. 1). Não foram identificados óstios diverticulares e não havia sinais diretos ou indiretos de espasticidade colônica.

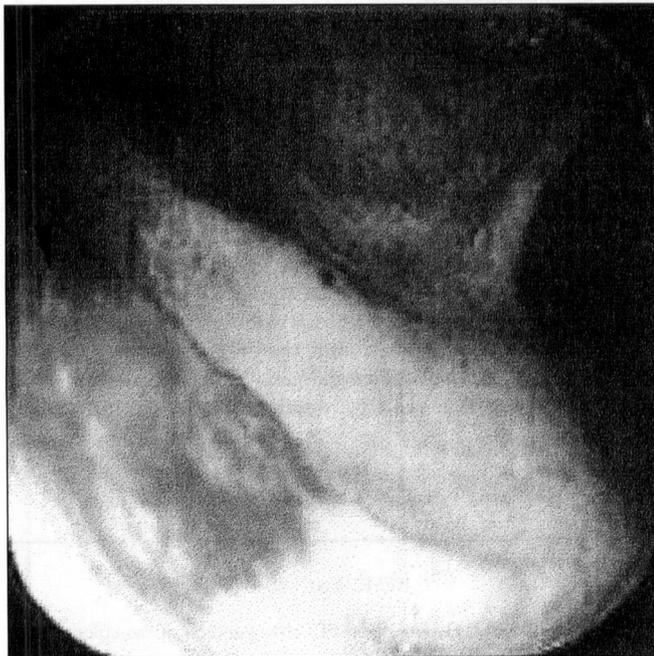


Fig. 1 - Imagem endoscópica de lesão angiodisplásica localizada no ceco.

A paciente foi submetida à hemicolectomia direita com anastomose término-terminal íleo-transverso e no sexto dia de pós-operatório recebeu alta hospitalar. Acompanhada por sete meses, apresenta-se em bom estado geral tendo reassumido suas atividades normais.

O estudo histopatológico revelou presença de capilares sanguíneos dilatados em toda a submucosa do segmento de intestino grosso, além do local macroscopicamente identificado como lesão, compatível com angiodisplasia (Fig. 2).

Discussão e atualização da literatura

Frente ao estudo da angiodisplasia de cólon discute-se: a incidência e a localização, a patogênese, as manifestações clínicas, o diagnóstico, os diagnósticos diferenciais e as possibilidades terapêuticas.

a) *Incidência e localização*: Fernández e col. (1996) avaliaram 311 colonoscopias em pacientes com idade entre 42 e 76 anos que apresentavam-se com hemorragia intestinal baixa. Relataram a angiodisplasia como a sétima causa de

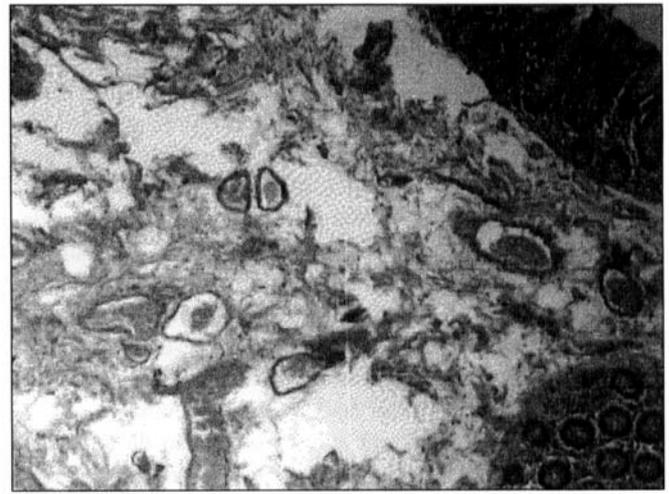


Fig. 2 - Fotomicrografia de corte histológico da lesão biopsiada, mostrando riqueza de vasos sanguíneos dilatados em toda a submucosa.

sangramento contribuindo com 1,9% dos casos⁽⁵⁾. Segundo Foutch e col. (1995) a angiodisplasia do cólon tem prevalência de 0,83%⁽⁷⁾. Foutch (1997) relata que aproximadamente 6% dos casos de hemorragia digestiva baixa têm como causa a angiodisplasia⁽⁶⁾. Reinus e Brandt (1994) referem que as duas causas mais comuns de sangramento intestinal baixo nos hospitais norte-americanos são a doença diverticular e as ectasias vasculares⁽¹⁹⁾.

Esta doença é mais comum em idosos (Giordano e col., 1995 e Zamir e col., 1997)^(9, 24), principalmente acima dos 60 anos (Boley e col., 1963; Dodda e Trotman, 1997)^(2, 4). Já Greason e col. (1996) apontam que em pacientes com mais de 40 anos esta hipótese deve ser considerada⁽¹¹⁾.

Na literatura foram relatados casos de angiodisplasia em adultos, jovens e crianças. Torre Mondragón e col. (1995) estudaram nove casos de angiodisplasia em crianças cuja idade média foi de 2,3 anos⁽¹⁷⁾ e Greason e col. (1996) relataram-na em um rapaz com 21 anos⁽¹¹⁾.

Constatou-se que em idosos o hemicólon direito é frequentemente a sede das angiodisplasias (Giordano e col., 1995; Hsu e col., 1995; Lewiss e col., 1995; Sharma e Gorbien, 1995 e Zamir e col., 1997)^(9, 13, 15, 22, 24). Já em crianças e adultos jovens, o local mais acometido é o hemicólon esquerdo (Torre Mondragón e col., 1995 e Greason e col., 1996)^(11, 17).

b) *Patogênese*: as ectasias vasculares adquiridas são resultado da dilatação das veias da submucosa, produzidas por dificuldade de fluxo através da parede muscular. As veias dilatam-se retrogradamente, produzindo dilatação do anel capilar da mucosa, dos aferentes arteriolares e dos esfíncteres que controlam o fluxo através da mucosa resultando na formação de fístulas arteriovenosas. Do ponto de vista histopatológico, produz-se uma dilatação de capilares agrupados em torno de uma veia dilatada, cuja drenagem está prejudicada, assumindo a conformação que lembra um rochedo de coral e cuja ulceração expõe uma rede de capilares que pode sangrar abundantemente⁽³⁾.

Boley (1963) acredita que as contrações periódicas da musculatura durante a peristalse e outras atividades do cólon submetem as veias a compressão e obstrução temporárias,

que são todavia insuficientes para impedir o fluxo arterial, levando à dilatação das veias da submucosa. Devido aos processos degenerativos dos tecidos vasculares que acompanham a idade, estas dilatações tornam-se permanentes e com o tempo se estendem às vênulas e capilares das criptas da mucosa. Contudo, fica difícil explicar porque estas lesões estão restritas ao cólon direito e a uma porção deste cólon. Argumenta que a pressão intraluminal e a tensão intramural são maiores na porção intestinal que apresenta maior calibre⁽²⁾. Roskell e col. (1998) sugerem o aumento da pressão no cólon causada pela constipação como um possível mecanismo etiológico especialmente se existir deficiência de colágeno tipo IV na membrana basal do endotélio vascular⁽²¹⁾.

Alguns autores descreveram a associação de angiodisplasia com outras doenças como: estenose aórtica, insuficiência renal, hipertensão portal, doença de Von Willebrand, cirrose hepática, doença diverticular do cólon e doença de Rendu-Weber-Osler^(4, 13, 18).

c) *Manifestações clínicas*: a apresentação clínica pode variar desde um achado acidental em paciente assintomático com sangramento oculto ou cursar com anemia ferropriva, melena ou hematoquezia (Sharma e Gorbien, 1995 e Dodda e Trotman, 1997)^(4, 22). Goligher (1990) afirma que o sangramento pode ser maciço, levando o paciente a choque. Muitas vezes cessa com tratamento conservador, podendo ou não voltar a sangrar após alguns dias, semanas ou meses⁽¹⁰⁾.

d) *Diagnóstico*: o diagnóstico das ectasias vasculares faz-se essencialmente através da colonoscopia. A angiografia, que serviu de base para a identificação inicial dessa afecção, tem hoje seu uso reservado à investigação de pacientes na vigência de sangramento profuso e essencialmente como caráter diferencial do sangramento de origem diverticular⁽³⁾. Outros métodos diagnósticos têm sido utilizados como: ultrasonografia transendoscópica e doppler (Jaspersen e col., 1994)⁽¹⁴⁾. Martinez e col. (1997)⁽⁶⁾ referem-se ao diagnóstico através da cintilografia com eritrócitos marcados com Tecnécio 99, técnicas de análise óptica e de medicina nuclear, espectrografia endoscópica digital associada a antagonistas opióides. Lewise e col.(1995) dizem que quando todos os métodos diagnósticos falharam a laparotomia está indicada⁽¹⁵⁾.

e) *Diagnóstico diferencial*: Fernández e col. (1996), avaliando hemorragias digestivas baixas, referiram como causas: pólipos (25,1%), doença diverticular (24%), neoplasias (12,6%), doença inflamatória intestinal (9,4%), proctite inespecífica (2,4%), colite isquêmica (2,4%), angiodisplasia (1,9%), colite infecciosa (1,1%) e outras menos comuns (0,7%)⁽⁵⁾. Assim, todas estas causas devem ser consideradas. Não se deve esquecer, contudo, que algumas situações de doenças orificiais podem ser as responsáveis.

f) *Possibilidades terapêuticas*: identificada a ectasia vascular, duas condutas podem ser adotadas: a expectante, uma vez que muitas não voltam a se manifestar ou a intervencionista. Segundo Goligher (1990) e Usu e col. (1995) a única maneira de se obter a absoluta certeza do controle do sangramento é a ressecção^(10, 13). Em pacientes com angiodisplasia em ceco ou cólon ascendente, o tratamento é a hemicolecomia direita. Nas localizadas em cólon sigmóide,

está indicada a ressecção segmentar (Giordano e col., 1995)⁽⁹⁾. Outras opções de tratamento são: obliteração endoscópica, embolização angiográfica (Dodda e Trotman, 1997) e o uso do agente antifibrinolítico ácido tranexâmico (Vujkovic e col., 1998)⁽²³⁾.

Embora a literatura chame a atenção para a inclusão da angiodisplasia no diagnóstico diferencial das hemorragias digestivas baixas, pode-se ver que esta hipótese não foi aventada no caso desta paciente quando da primeira busca de tratamento e, mesmo tendo a paciente relatado sangramento anal, a busca inicial foi de um foco de sangramento no trato digestivo alto. Este fato nos motivou a relatar este caso chamando a atenção para que se pense nesta doença como causa de sangramento.

BIONDO-SIMÕES MLP, COLAÇO LM, DUCK D, CLARO RP, FERREIRA AL & BUFFON VA - Angiodysplasia of the colon. A case report and review of the literature.

SUMMARY: Over the last few decades, vascular lesions of the cecum and ascending colon have been recognized as a frequent cause of hemorrhage of the lower digestive tract, especially in elderly patients, as opposed to the previous proposal of diverticular disease of the colon as the cause of these phenomenon. However, in view of the fact that this diagnosis is not always considered in patients with lower digestive bleeding, we report a case illustrating this reality, together with a review of the literature.

KEY WORDS: angiodysplasia; colon

REFERÊNCIAS

1. Bailey JJ, Barrack G, Jenkinson EL. Hemangioma of the colon. J Am Med Ass 1956; 160: 658.
2. Boley SJ, Schwartz S, Lash J, Sternhill V. Reversible vascular occlusion of the colon. Surg Gynecol Obstet 1963; 116: 65-7.
3. Coelho JCU. Doenças vasculares do intestino grosso. In: _____. Aparelho Digestivo - Clínica e Cirurgia. E. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1996: 2: 741-47.
4. Dodda G, Trotman BW. Gastrointestinal angiodysplasia. J Assoc Acad Minor Phys 1997; 8: 16-19.
5. Fernández E, Linares A, Alonso JL, Sotorrio NG, de la Veja J, Artimez ML, Giganto F, Rodriguez M, Rodrigo L. Colonoscopic findings in patients with lower gastrointestinal bleeding send to a hospital for their study. Value of clinical data in predicting normal pathological. Ver Esp Enferm Dig 1996; 88: 16-25.
6. Fouch PG, Rex DK, Lieberman DA. Prevalence and natural history of colonic angiodysplasia among healthy asymptomatic people. Am J Gastroenterol 1995; 90: 564-67.
7. Fouch PG. Colonic angiodysplasia. Gastroenterol 1997; 5: 148-56.
8. Gentry RW, Dockerty MB, Clagett OT. Vascular malformations and vascular tumors of the gastrointestinal tract. Int Abstr Surg 1949; 88: 281.
9. Giordano P, Testa S, Sfarzo A, Caliendo RA. Colonic angiodysplasia: important cause of digestive hemorrhage. Minerva Chir 1995; 50:737-40.
10. Goligher J. Doenças vasculares - ectasias vasculares e colite isquêmica. In: _____. Cirurgia do ânus, reto e colo. 5. ed., São Paulo, Manole, 1990. v.2, pp. 1147-1163.
11. Greason KL, Acosta J, Magrino TJ, Choe M. Angiodysplasia as the cause of massive lower gastrointestinal hemorrhage in a young adult. Dis Colon Rectum 1996; 39: 702-4.

12. Holman CC. Haemangioma of the sigmoid colon. *Br J Surg* 1948; 36: 210-
13. Hsu CH, Wang JY, Hung CF. Concurrent colon polyp with angiodysplasia causes lower gastrointestinal bleeding: a case report. *Chang Keng I Hsueh* 1995; 18: 280-4.
14. Jaspersen D, Korner T, Schorr W, Hammar CH. Diagnosis and treatment control of bleeding colorectal angiodysplasias by endoscopic Doppler sonography: a preliminary study. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 40-4.
15. Lewis MP, Khoo DE, Spencer J. Value of laparotomy in the diagnosis of obscure gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1995; 37: 187-90.
16. Martinez MN, Martinez-Caballero A, Serrano J, Onrubia JA, Beneitez C, Martinez-Egea A, Verdu J, Caballero O, Mayol MJ, Coronas M. Recurrent rectorrhagia caused by angiodysplasia of the colon localized exclusively by scintigraphy with Tc-99m red blood cells. *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20: 138-40.
17. De la Torre Mondragón L, Vargas Gomes MA, Mora Tiscarreno MA, Ramirez Mayans J. Angiodysplasia of the colon in children. *J Pediatr Sur* 1995; 30: 72-5.
18. Naveau S, Leger-Ravet MB, Houdayer C, Bedossa P, Lemaigre P, Chaput JC. Nonhereditary colonic angiodysplasias: histomorphometric approach to their pathogenesis. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 839-42.
19. Reinus JF, Brandt LJ. Vascular ectasias and diverticulosis. Common causes of lower intestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 1-20.
20. River L. Benign neoplasms of the small intestine: a critical comprehensive review with report of 20 new cases. In *Abstr Surg* 1956; 102: 23-8.
21. Roskell DE, Biddolph SC, Warren BF. Apparent deficiency of mucosal vascular collagen type IV associated with angiodysplasia of the colon. *J Clin Pathol* 1998; 51: 18-20.
22. Sharma R, Gorbien MJ. Angiodysplasia and lower gastrointestinal tract bleeding in elderly patients. *Arch Intern Med* 1995; 155: 807-12.
23. Vujkovic B, Lavre J, Sabovic M. Successful treatment of bleeding from colonic angiodysplasias with tranexamic acid in a hemodialysis patient. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 536-8.
24. Zamir D, Zinger C, Jarchofski J, Fireman Z, Magadle R. Gastrointestinal angiodysplasia as a cause of hemorrhage in the digestive tract and treatment. *Harefuah* 1997; 133: 12-16.

Endereço para correspondência:

Rua Ari José Valle, 1987 - Santa Felicidade
82030-000 - Curitiba - PR