

ÚLCERA SOLITÁRIA DO RECTO

A. MARTINS BARATA, A. CHAVES SERRAS, J. ALMEIDA RICARDO,
M. LIBERATO

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. Lisboa. Portugal

RESUMO

Os A. A. fazem uma breve revisão da literatura sobre úlcera solitária do recto e da síndrome do períneo descendente. A propósito de um caso referem as dificuldades diagnósticas clínicas e anatomo-patológicas experimentadas. Concluem pela importância do conhecimento da síndrome do períneo descendente para o diagnóstico diferencial das úlceras solitárias do recto. Salientam ainda a influência favorável que a gravidez teve na sintomatologia e a cura conseguida pela cirurgia reparadora do períneo.

SUMMARY

SOLITARY ULCER OF THE RECTUM

The authors review the literature on solitary ulcer of the rectum and syndrome of the descending perineum. A case is reported and the clinical and pathological difficulties experienced are emphasized. The authors also stress the importance of the knowledge of the syndrome for the differential diagnosis of solitary rectal ulcers, the benefits of pregnancy upon the symptomatology and the favourable outcome of surgery.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição de uma úlcera do recto, com carácter benigno, coube a CRUVEILHIER em 1830.¹ Em 1930 LLOYD-DAVIES reconheceu esta situação como entidade clínica, dando-lhe pela primeira vez o nome de **úlcera solitária do recto**.² MADIGAN E MORSON em 1969³, a propósito da revisão de 68 doentes seguidos no St. Mark's Hospital, puseram em relevo a incorrecção de tal nomenclatura e salientaram que pode existir mais do que uma úlcera ou a doença manifestar-se num primeiro estágio sem ulceração. O reconhecimento da associação com outras doenças ano-rectais, nomeadamente a que PARKS, PORTER e HARD-CASTLE descreveram em 1966⁴ e à qual deram o nome de **síndrome do períneo descendente**, fez com que certos autores propusessem o termo **síndrome da úlcera solitária do recto** — e não **úlcera solitária** — para a entidade em questão.⁶

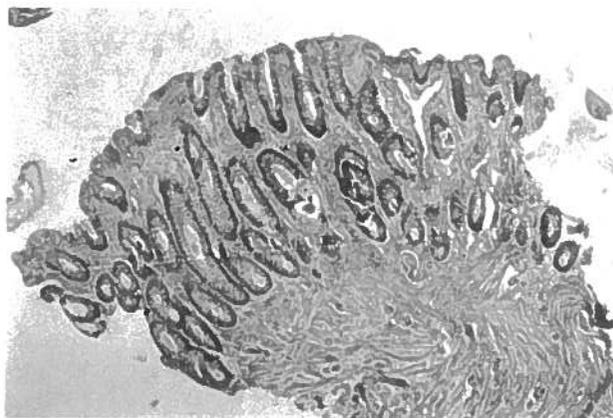
CASO CLÍNICO

P.R.A.C.C., sexo feminino, 18 anos de idade, com regular estado geral, consulta o I.P.O.F.G. em Março de 1972 por dores ano-rectais que se agravam com a defecação, se acompanham de tenesmo e *falsas diarreias* com expulsão de muco e sangue vivo, atingindo 15 dejectões por dia. As queixas, cujo início refere há 3 meses, acompanham-se de emagrecimento de 6 kg. O toque rectal é doloroso.

A rectosigmoidoscopia revela mucosa normal dos 30 aos 15 cm da margem do anus; a mucosa abaixo tem intensa hiperémia, edema, aspecto granuloso com erosões e muco, sendo extremamente friável. O hemograma, velocidade de sedimentação, glicémia, urémia urina tipo II, TGO e TPG e electroforese das proteínas são normais. Biópsias feitas em zonas de aspecto patológico revelam (Figs. 1 e 2): ligeiro processo inflamatório inespecífico.

A doente é medicada com Betametasona tópica, Prednisolona tópica e Salazopirina. Entretanto a doente engravida

Fig. 1 — Processo inflamatório crónico



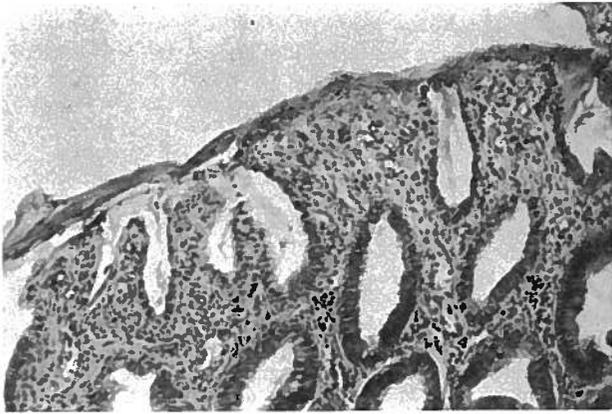


Fig. 2 — Processo inflamatório crónico (maior aumento)



Fig. 4 — Períneo em esforço

e porque passa bem suspende a terapêutica. Em 1973, após o parto, os sintomas reaparecem, pelo que volta à consulta. À observação é notado pela primeira vez o abaixamento do plano perineal com o esforço (Figs. 3 e 4).

A anoscopia e rectoscopia revelam prolapso da parede anterior do recto com o esforço além dos aspectos já descritos. Apesar de retomada a medicação o quadro clínico mantém-se em Outubro de 1973. A rectosigmoidoscopia revela na parede anterior do recto, a 10 cm da margem do anus, ulceração oval de mais ou menos 1 cm no seu maior eixo, fundo cinzento-nacarado, bordos elevados e vermelhos (Fig. 5). Efectuada nova biópsia, revela: ligeiro processo inflamatório crónico (Figs. 6 e 7).

O clister opaco, V D R L, V. S., reacção de Frei e exame de fezes directo e cultural para pesquisa de B K, amibas e ovos de parasitas, são normais. É feito o diagnóstico clínico de úlcera solitária do recto. Em Agosto de 1974 o quadro clínico mantém-se sem qualquer resposta terapêutica. Em Novembro de 1974 a doente engravida e refere melhoria nítida; reaparecimento de toda a sintomatologia após aborto. Em 1975 mantém-se o quadro clínico com agudizações e remissões. Em 1976, em face da persistência dos sintomas, faz-se a revisão do caso clínico e conclui-se pelo diagnóstico definitivo de úlcera solitária do recto e síndrome do períneo descendente de Parks. Pede-se o envio da doente ao Hospital de St. Marks (Londres) onde foi estudada a fisiologia ano-rectal por electromiografia e estudo de pressões, tendo sido feita uma perineografia post-anal por Sir Alan G.

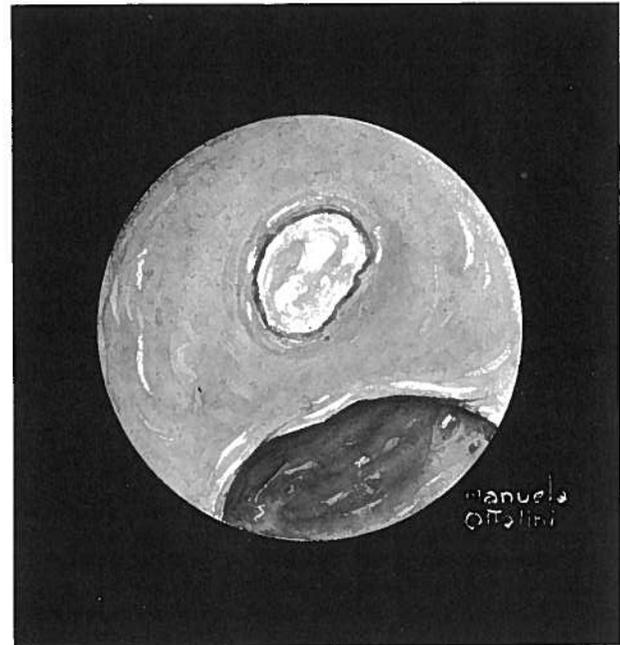


Fig. 5 — Ulceração oval com 1 cm de diâmetro, fundo cinzento-nacarado e bordos elevados e vermelhos

Fig. 3 — Períneo em repouso

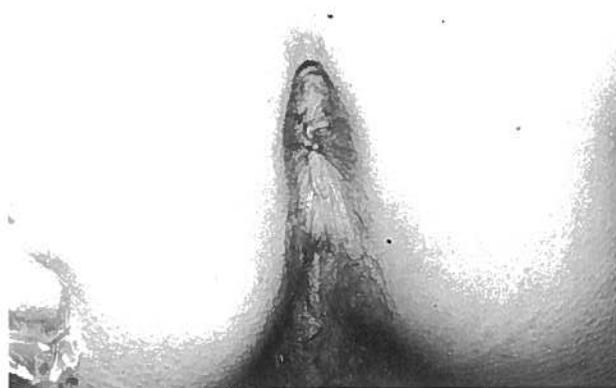
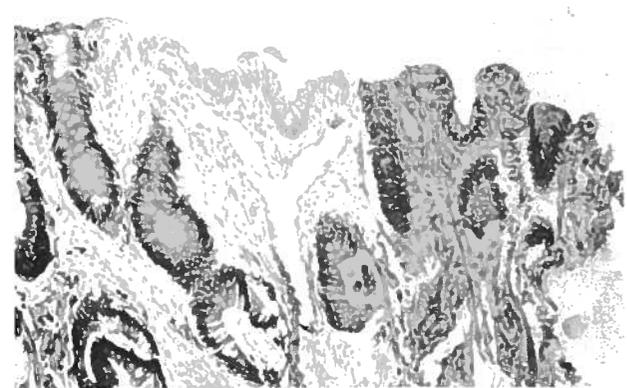


Fig. 6 — Processo inflamatório crónico



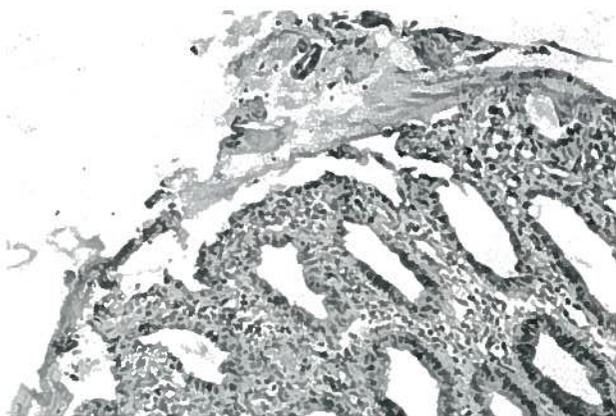


Fig. 7 — Processo inflamatório crónico

Parks, em Janeiro de 1978. Após a intervenção cirúrgica a doente não voltou a ter sintomas, tendo desaparecido a úlcera. Posteriormente engravidou e passou relativamente bem, apenas referindo dores perineais consequentes à pressão exercida pelo útero grávido num períneo sujeito a uma reparação. Contactado o cirurgião, este contra-indicou o parto por via vaginal, tendo sido realizada cesariana de termo. Presentemente a doente encontra-se bem, sem qualquer sintoma.

DISCUSSÃO

O caso apresentado evidencia bem as dificuldades diagnósticas experimentadas quer pelo clínico quer pelo patologista. A sintomatologia desta afecção não permite distingui-la doutras situações benignas ou malignas do recto. O diagnóstico só é possível pela rectosigmoidoscopia e biópsia rectal. Os aspectos endoscópicos são variáveis: pequenas erosões múltiplas, duas a três úlceras ou apenas uma, sendo a situação mais frequente esta última. As lesões encontram-se na maioria das vezes na parede anterior do recto e a uma distância que varia entre 5 e 15 cm da margem do ânus, geralmente entre 7 e 10 cm desta. A úlcera tem bordos bem delimitados por linha de hiperémia com mucosa adjacente normal. O fundo é pouco profundo, de cor branca, cinzento-nacarada ou amarelada. A sua morfologia e tamanho são variáveis; pode ser oval, redonda, linear, estrelada ou mesmo sepiginosa, com dimensões entre alguns milímetros e 4 cm.^{3,5} No diagnóstico diferencial há que excluir a colite ulcerosa, doença de Crohn, carcinoma, tuberculose, sífilis, linfogranuloma venéreo e amibiase. YORK-MASON⁸ descreveu recentemente um caso de úlcera solitária do recto curada por excisão que se verificou tratar-se de uma úlcera péptica em mucosa ectópica.

Os aspectos histológicos são característicos:^{3,6,7}

- 1 — Substituição do córion normal por fibroblastos dispostos perpendicularmente à *muscularis mucosae* com desaparecimento ou redução de infiltrado inflamatório.
- 2 — Hiperplasia da *muscularis mucosae* que envia feixes de fibras musculares por entre as glândulas em direcção ao lume do órgão.
- 3 — Hiperplasia do epitélio com depleção de muco.

- 4 — Espessamento da mucosa, que pode tomar o aspecto de vilosidades por vezes com ulcerações superficiais. (Estes quatro aspectos permitem o diagnóstico diferencial com a colite ulcerosa e a doença de Crohn).
- 5 — Por vezes há invasão da submucosa por glândulas produtoras de muco, sendo o epitélio destas glândulas normal. (Este aspecto pode levar ao diagnóstico incorrecto de carcinoma ou hamartoma).

A etiopatogenia desta entidade continua controversa mas admitem-se cada vez mais, como factores importantes, alterações da fisiologia da defecação evidenciadas pela electromiografia do períneo, testes de pressão rectal e cineproctografia.⁹

No caso apresentado os clínicos só tardiamente associaram a úlcera solitária do recto à síndrome do períneo descendente, estabelecendo uma relação causal. O patologista não valorizou a riqueza em fibras colagénicas do córion, a existência de fibras musculares lisas de direcção vertical, nem o facto de o infiltrado inflamatório ser menor que o habitual noutras situações como a colite ulcerosa, doença de Crohn, etc. O não conhecimento da existência da entidade em causa não permitiu ao patologista valorizar aspectos que são fundamentais para o diagnóstico e que já se encontravam na primeira biópsia. Portanto, perante uma úlcera solitária do recto, que pode ter etiologias diversas, há que considerar a hipótese de se tratar de uma síndrome do períneo descendente, a qual necessita de cirurgia reparadora para correcção definitiva daquele e cura da úlcera consequente.

Bibliografia

1. CRUVEILHIER J.: Ulcère chronique du rectum. In Anatomie Pathologique du Corps Humaine. Vol. II, livre 25, maladies du rectum, p.4, J. B. Bailliére, Paris, 1870.
2. LLOYD-DAVIES O. V.: Personal communication 1969.
3. MADIGAN M. R. e MORSON B.C.: Solitary ulcer of the rectum. Gut, 1969; 10: 871-881.
4. PARKS A. C., PORTER N. H. e HARDCASTLE J.: The syndrome of the descending perineum. Proceedings of The Royal Society of Medicine, 1966; 59: 477-482.
5. MADIGAN M. R.: Solitary ulcer of the rectum. Proceedings of The Royal Society of Medicine, 1964; 57: 403.
6. RUTH, K. R. P., RIDELL, R. H.: Clinics in Gastroenterology, 1975; 4: 505.
7. SCHWEIGER M., ALEXANDER, J.-WILLIAMS: Solitary ulcer Syndrome of the rectum. It's association with occult rectal prolapse, Lancet, Jan 11, p. 170.
8. YORK MASON: Transsphincteric approach to rectal lesions. Surgery Annual, 1977; 9: 171-194.
9. DUTHIE, H. L.: Dynamics of the rectum and anus. Clinics in Gastroenterology, 1975; 1: 467-477.

Pedido de Separatas: A. Martins Barata
Instituto Português de Oncologia
de Francisco Gentil
1000 Lisboa, Portugal