

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

MCSP, sexo feminino, raça caucasiana, com nove anos de idade, foi enviada à consulta de Gastroenterologia Pediátrica por rectorragias.

A doente referia a perda intermitente de pequenas quantidades de sangue vermelho vivo juntamente com as fezes, de forma intermitente durante cerca de um ano. Referia igualmente proctalgia ligeira mas não tinha obstipação. Não tinha outros sintomas associados nem antecedentes pessoais de relevo.

Os pais eram trabalhadores rurais saudáveis e tinha uma irmã de 1 ano de idade sem patologia conhecida.

O seu exame objectivo mostrava uma criança com bom desenvolvimento

estatura-ponderal e algum atraso psicomotor, infantilidade. Tinha mau aproveitamento escolar.

O exame físico não revelava alterações e a região anal e parianal era normal.

Efectuou colonoscopia esquerda que revelou aspecto inflamatório da mucosa anal e hipertrofia e congestão papilar, com recto, sigmoide e cólon esquerdo sem lesões. Fez tratamento tópico com vitamina A ficando clinicamente bem e tendo alta 2 meses depois.

A doente volta a ser observada na consulta 5 anos depois pela mesma razão, rectorragias com proctalgia e sem obstipação, com a duração de 6 meses.

Mantinha bom estado geral e exame objectivo sem alterações.

Efectuou nova colonoscopia que permitiu observar na parede posterior do recto a cerca de 7cm da margem anal o aspecto que mostramos nas figuras 1 e 2, sendo efectuadas biópsias para exame histológico.

Qual é o seu diagnóstico provável?

- 1 – Tumor rectal
- 2 – Lesão iatrogénica da parede rectal
- 3 – DII com manifestação rectal isolada
- 4 – Úlcera solitária do recto

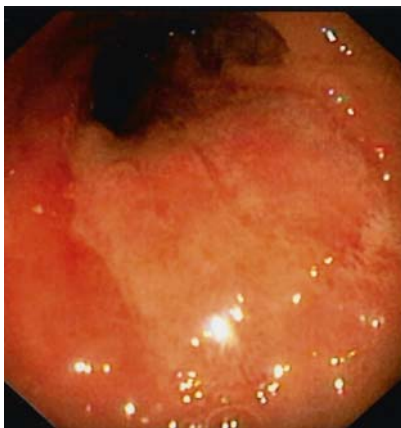


Figura 1

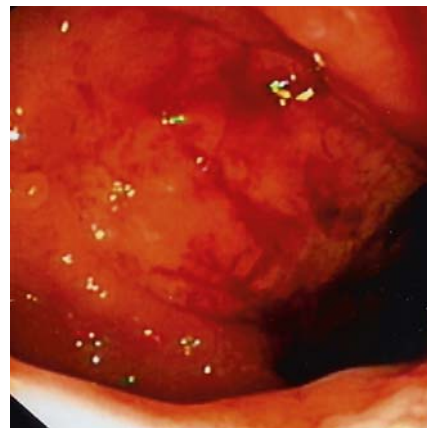


Figura 2

¹Serviço de Gastroenterologia
Hospital de Crianças Maria Pia

COMENTÁRIOS

Nas figuras observa-se uma úlcera da mucosa rectal, de grandes dimensões, 35mm de maior diâmetro, profunda, localizada na parede posterior do recto, com fundo com tecido necrótico e de granulação, com alguns pontos vermelhos e com bordos elevados. A restante mucosa do recto e cólon esquerdo não tinham alterações. As biopsias rectais efectuadas não mostraram a presença de agentes microbianos, as culturas foram negativas e o exame histológico mostrou tecido de granulação, exsudado fibrinoleucocitário e piocitário, deformação das criptas, ectasia vascular e infiltrado inflamatório, bem como áreas de fibrose e hiperplasia das fibras musculares lisas da muscularis mucosa. O estudo analítico efectuado não revelou alterações do hemograma, da função renal ou hepática, o estudo da coagulação foi normal, bem como os exames bacteriológico e parasitológico de fezes. As imunoglobulinas, o complemento, proteína C reactiva e orosomucoide apresentavam valores normais. Foram efectuadas serologias para vírus herpes, CMV, HIV e também para a sífilis que foram negativas. Em face destes

resultados excluímos a hipótese de tumor rectal, pareceu-nos pouco provável a possibilidade de se tratar de DII e não tínhamos dados que permitissem apoiar a hipótese de lesão iatrogénica pelo consideramos como hipótese de diagnóstico a **úlcera solitária do recto**. Solicitamos o estudo funcional com anometria anorectal e defecografia que confirmaram a presença de prolapso defecatório da mucosa rectal. Este achado, juntamente com os dados endoscópicos e histológicos, permite fazer o diagnóstico. A doente efectuou tratamento com budesonido em enemas durante cerca de 6 semanas, verificando-se melhoria clínica com desaparecimento das perdas hemáticas e da dor e endoscopicamente diminuição das dimensões e profundidade da úlcera. A doente desistiu do tratamento médico, com agravamento do quadro pelo que se propôs o tratamento cirúrgico (rectopexia) que a doente efectuou com êxito.

A úlcera solitária do recto é uma entidade pouco frequente e raras vezes observada na criança, mais vezes localizada na face anterior do recto e que muito frequentemente se associa ao prolapso da mucosa rectal durante o esforço de-

fecatório que provoca isquemia, necrose e ulceração crónica. Devemos pensar nesta possibilidade quando uma criança com esforço defecatório persistente apresenta perdas de sangue e úlcera rectal isolada. O estudo histológico e da dinâmica defecatória são importantes para o diagnóstico.

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 41-42

BIBLIOGRAFIA

1. Martin de Carpi J, Vilar P, Varea V. Solitary rectal ulcer syndrome in childhood: a rare, benign and probably misdiagnosed cause of rectal bleeding. Report of three cases. Dis Colon Rectum. 2007; 50(4):534-9
2. Sondheimer JM, Slagle TA, Bryke CR, Hill RB. Solitary rectal ulcer syndrome in a teenaged boy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1985; 4(5):835-8
3. Fitzgerald Joseph F, troncone R, Evans A, Phylis R. Clinical Quis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001; 32(2):214-16