

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

Hoje vamos apresentar o caso de uma doente de 5 anos de idade, enviada à consulta de Gastreenterologia por rectorragias.

A doente era filha de pais jovens, saudáveis e não consanguíneos, nasceu de parto eutócico após gravidez de termo sem intercorrências, com peso de 3250gr e apgar 9/10. A doente não tinha antecedentes patológicos, apresentava evolução estatura ponderal e psicomotora normal e o trânsito intestinal com tendência para obstipação. Dois meses antes da consulta começou a notar a presença esporádica de sangue nas fezes, não associada à presença de muco e sem proctalgia; refe-

ria por vezes dor abdominal hipogástrica que calmava após as dejectões. Três semanas antes da nossa observação teve episódio de rectorragias abundante com emissão de coágulo e acompanhada de ligeiro mal estar abdominal.

O exame objectivo revelava doente com bom estado geral, peso de 19Kg(p 50) e estatura 1,6m (p10-25), com mucosas coradas. O exame abdominal não evidenciava alterações nomeadamente áreas dolorosas ou organomegalias. A região anal não apresentava fissuras ou eritema. O estudo analítico efectuado duas semanas antes (Hemograma com plaquetas e VSG, estudo da coagulação,

ionograma e ureia, função renal e hepática e proteinograma, sumária de urina e parasitológico de fezes) era normal.

A doente realizou colonoscopia total que permitiu observar no recto a 5cm do canal anal o aspecto que mostramos na figura anexa. O restante exame não evidenciou alterações.

Qual lhe parece o diagnóstico mais correcto:

- 1 – Lesão traumática do recto
- 2 – Variz rectal
- 3 – Pedículo de polipectomia
- 4 – Hiperplasia linfoide

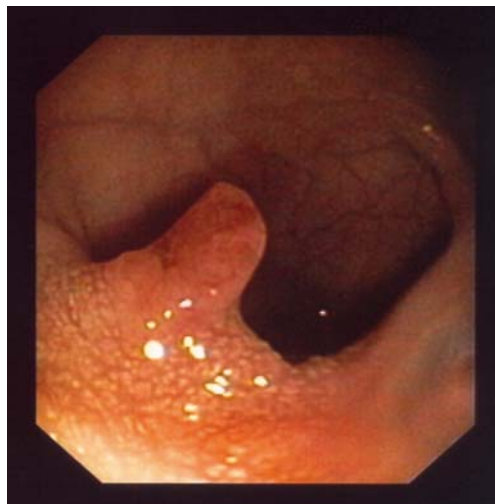


Figura 1

¹Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto

COMENTÁRIOS

A situação apresentada é de uma criança do sexo feminino saudável que teve episódio de rectorragias com emissão de coágulo e associado a dor hipogástrica. A imagem que observamos mostra uma estrutura polipoide com cerca de 5mm de comprimento, com extremidade distal irregular e ulcerada e rodeada na base por mucosa com aspecto em pele de galinha. Esta imagem corresponde ao coto do pedículo de pólipos existente no local e que foi alvo de polipectomia espontânea. Não se verificando hemorragia activa ou sinais de hemorragia recente não foi efectuada qualquer atitude terapêutica sobre a lesão descrita. A doente foi seguida na consulta de gastroenterologia durante 6 meses não

se verificando qualquer episódio de rectorragias ou dor hipogástrica. Quanto às outras hipóteses formuladas, a lesão não tem características vasculares, a hiperplasia linfoide caracteriza-se por pequenos nódulos múltiplos com 2-3mm de base sésil e as lesões traumáticas apresentam aspecto ulcerativo ou equimótico que não vemos nesta imagem.

Embora com pouca frequência acontece por vezes a polipectomia espontânea de lesões colorectais, provocando uma hemorragia mais abundante que o habitual e com resolução sem necessidade de tratamento. A realização de endoscopia pouco tempo após a ocorrência permite observar o aspecto agora descrito. A evolução é benigna.

Nascer e Crescer 2006; 15(1): 41-42

BIBLIOGRAFIA

- Pereira F A C; "Pólipos do Colon e do recto na Criança – Revisão 93-2000. " Acta Paediatrica Port 2002; 33(3), 153-155.
- Warren Hyer, Iain Beveridge, Paola Domizio and Robin Phillips; «Clinical Management and Genetics of Gastrointestinal Polyps in Children»; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2000; 31:469-479