

## DIVERTÍCULO RETAL

### *Rectal diverticulum*

Renato Borges **FAGUNDES**, Guilherme Lang **MOTTA**, Kalil **FONTANA**, Carla Bortolin **FONSECA**, Marcelo **BINATO**

Trabalho realizado no Departamento de Gastroenterologia do Hospital Universitário de Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

#### **Correspondência:**

Renato Borges Fagundes, e-mail: fagundesrb@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 23/07/2010

Aceito para publicação: 30/02/2011

## INTRODUÇÃO

**D**oença diverticular do cólon é condição comum nos países ocidentais e desenvolvidos. Sua prevalência aumenta com a idade, estando presente em mais de 50% da população com mais de 80 anos. O cólon distal é a parte mais atingida, principalmente, o sigmóide que é afetado em até 70% dos pacientes<sup>6</sup>. Ao contrário, a ocorrência de divertículos retais é incomum. De acordo com algumas séries, esta condição é encontrada em apenas de 0,07 a 0,08% dos enemas baritados<sup>11,14</sup> e em 2% a 2,4% dos pacientes com doença diverticular do cólon<sup>12,14</sup>. Devido à raridade, quatro pacientes com divertículos retais são relatados e esta condição é discutida com base em revisão da literatura.

## RELATO DOS CASOS

Caso 1) Uma mulher de 72 anos reclamando dor abdominal no quadrante inferior esquerdo há duas semanas. A dor geralmente era aliviada após as evacuações. Ela tinha história médica de obesidade crônica, hipertensão arterial e hemorroidectomia prévia. Retossigmoidoscopia revelou divertículos múltiplos em sigmóide e um divertículo na parede lateral direita do reto com óstio de 3 cm. Tomografia computadorizada de abdome e enema opaco mostraram doença diverticular do cólon transverso e sigmóide, bem como o divertículo retal.

Caso 2) Mulher de 59 anos de idade com dor no quadrante inferior esquerdo do abdômen e diarreia alternando com prisão de ventre por dois

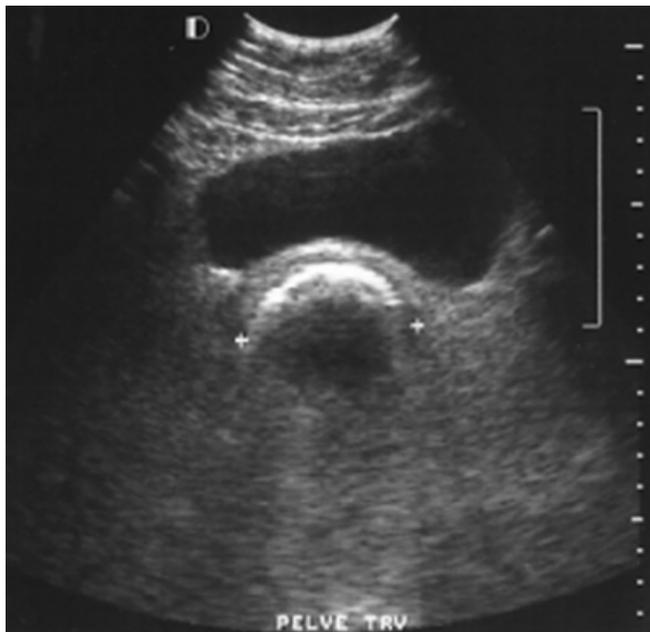
anos apresentou-se para exame clínico. Exceção de obesidade, ela não tinha história com dados relevantes ao aparelho digestivo. Colonoscopia mostrou doença diverticular do cólon descendente e sigmóide associada a um divertículo na parede posterior do reto. Este divertículo tinha pequeno óstio (0,7 cm), uma depressão central e margens elevadas.

Caso 3) Homem de 77 anos com obstipação crônica apresentou dor retal por duas semanas. História médica revelou megacólon chagásico corrigido pela técnica de Duhamel há 14 anos. Ele era fumante e tinha hipertensão, diabete melito e hipotireoidismo. Colonoscopia mostrou atonia e dilatação retal, modificações anatômicas da operação de Duhamel e um divertículo retal com diâmetro de 2,5 cm de óstio na parede posterior.

Caso 4) Homem de 56 anos com episódios recorrentes de dor intensa na região anal associados à constipação intestinal durante seis meses. Ele também se queixava de alterações urinárias. Era um fumante e não tinha registros médicos anteriores. Enema opaco e tomografia computadorizada abdominal mostrou doença diverticular do cólon descendente e sigmóide e um divertículo retal na parede anterior do reto (Figura 1 e 2).



**FIGURA 1** - Enema baritado com doença diverticular do cólon sigmóide e um divertículo retal grande na parede anterior do reto (setas)



**FIGURA 2** - Ultrassonografia pélvica mostrando divertículo retal de 5,3 centímetros de diâmetro comprimindo a bexiga

O paciente foi submetido à diverticulectomia. Análise do divertículo ressecado revelou tecido colônico normal. Um ano e seis meses após a diverticulectomia o paciente estava totalmente assintomático.

## DISCUSSÃO

Divertículos do reto são raros. Na maioria dos casos são assintomáticos e o achado é acidental. A verdadeira prevalência da doença é difícil de definir. Em enemas baritados de 4.854 casos, Walstad et al.<sup>14</sup> encontrou 0,08% de prevalência. Outras séries relatam de 2% a 2,4% em pacientes com doença diverticular do cólon<sup>12,14</sup>. A faixa etária mais acometida é entre 55 e 85 anos, e pacientes do sexo masculino são três vezes mais afetados<sup>1</sup>. A prevalência de divertículos retais é de 0,15% de todas as colonoscopias, e 0,74% em pacientes com diverticulose do cólon.

Teorias para explicar a baixa prevalência de divertículos do reto têm sido propostas. Disposição anatômica das camadas muscular no reto, especialmente nas paredes anterior e posterior, promovendo maior resistência à variações intraluminais poderia justificar a menor prevalência em comparação com diverticulose colônica<sup>15</sup>. Menos intensa pressão retal e menores movimentos peristálticos do sigmóide poderia ser outra razão para esta baixa prevalência<sup>13</sup>. Relatório de divertículo retal em um recém-nascido levanta a possibilidade de ser congênita. A teoria congênita é reforçada pela semelhança com a forma diverticular da duplicação congênita do reto<sup>7</sup>.

Divertículos retais em geral são únicos, mas há os

casos de até três divertículos<sup>1</sup>. Na maioria dos casos, o diâmetro do óstio é de 2 cm ou mais, enquanto os divertículos do cólon geralmente apresentam diâmetros menores variando de 0,5 a 1,0 cm<sup>1,10</sup>. Em contraste com divertículo do cólon, ele contém todas as camadas da parede e por isso é considerado divertículo verdadeiro<sup>4</sup>. Normalmente ele é visto no exame endoscópico como um óstio grande, com comunicação para o lúmen e nas paredes laterais do reto<sup>9,11,12,14</sup>. Eles são frequentemente associados à diverticulose<sup>10</sup>. Estes quatro pacientes tinham doença diverticular do cólon sigmóide.

Divertículos podem manifestar-se como diverticulite, infecções, ulceração, perfuração, fístula, prolapso ou massa perineal<sup>14</sup>. A diverticulite ocorre devido à impação fecal, trauma ou outros irritantes. A infecção leva à formação de abscessos se não tratado adequadamente. Perfuração pode ocorrer, no entanto, é menos problemática quando comparada à perfuração do divertículo do cólon porque eles são extraperitoneais<sup>1,8</sup>. Tanto a infecção quanto a perfuração pode resultar em fístula<sup>7</sup>. Divertículos grandes podem prolapso através do ânus ou produzir uma massa perineal que aumenta durante a evacuação<sup>2,5</sup>. Nesta série, um paciente apresentava divertículo retal com diverticulite recorrente. O fecaloma grande dentro dele foi a possível explicação para diverticulite e também teve alterações urinárias recorrentes causadas pela compressão da bexiga.

Alguns fatores, tais como constipação, obesidade e impação fecal recorrente estão associados com a presença de divertículos retais, provavelmente porque essas condições poderia aumentar a pressão retal. No entanto, Martinez et al estudaram pacientes com divertículos retais com manometria anorretal e não encontraram alterações no padrão normal das pressões do esfíncter, sensibilidade retal ou complacência. Ausência de estruturas de apoio como cóccix, infecções ou trauma retal, hemorroidas, atrofia muscular ou degenerativa anomalias genéticas também são considerados fator de risco para a ocorrência de divertículo retal<sup>8,14,15</sup>.

Divertículos retais geralmente não necessitam de tratamento cirúrgico já que a maioria dos casos é assintomática. Acompanhamento periódico é recomendado devido à possíveis alterações metaplásicas e posterior malignidade na mucosa<sup>2,3,14</sup>.

A intervenção cirúrgica está reservada à divertículo sintomático ou complicações. A abordagem depende da gravidade ou extensão da doença. Drenagem local, invaginação e diverticulectomia são preferidos. Procedimentos cirúrgicos como retosigmoidectomia ou amputação abdominoperineal estão reservados para a doença de forma complicada ou quando há malignidade<sup>3,8</sup>. Em um destes pacientes somente diverticulectomia foi realizada por causa dos episódios recorrentes de dor e diverticulite. Ele também apresentava sintomas de compressão de bexiga. A

operação foi eficaz, e um ano e seis meses depois ele estava totalmente assintomático.

## REFERÊNCIAS

1. Damron JR, Lieber A, Truman S. Rectal diverticula. *Radiology* 1975;115:599-601.
2. Edwards VH, Chen MY, Ott DJ, King GT. Rectal diverticulum appearing as a prolapsed rectum. *J Clin Gastroenterol* 1994;18:254-5.
3. Giffin HZ. Diverticulitis of rectum: report of two cases operated upon, one of them with carcinomatous degeneration. *Ann Surg* 1911;53:533-7.
4. Halpert RD, Crnkovich FM, Schreiber MH. Rectal diverticulosis: a case report and review of the literature. *Gastrointest Radiol* 1989;14:274-6.
5. Henry MACA, Vercesi LAP, Lautenschlager MFM. Divertículo de reto: apresentação de um caso. *Arq Gastroenterol* 1982; 19:139-41.
6. Jun S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2002 Aug;16(4):529-42.
7. Kumar R, Shun A, Arbuckle S, Gaskin K. Diverticular rectal duplication with heterotopic gastric mucosa in a child: a rare cause of rectal bleeding. *J Paediatr Child Health* 2000;36:191-2.
8. Kyaw MM, Haines JO. Rectal diverticula. *Radiology* 1971;100:283-4.
9. Martinez CAR; Priolli DG; Palma RT; Waisberg J. Divertículo do reto: relato de caso. *Rev Bras Coloproct*, 2003;23(4): 296-30.
10. Piercy KT, Timaran C, Akin H. Rectal diverticula. *Dis Colon Rectum* 2002; 45:1116-7.
11. Plavsic BM, Taider L, Drnovsek VH, Kogutt MS. Association of rectal diverticula and scleroderma. *Acta Radiol* 1995;36:96-9.
12. Spriggs EI, Marxer OA. Multiple diverticula of the colon. *Lancet* 1927;212:1067-74.
13. Tweddell TN. Diverticulitis of the rectum. *An Surg* 1964;70:569.
14. Walstad PM, Sahibzada AR. Diverticula of the rectum. *Am J Surg* 1968;116:937-9.
15. Weston SD, Schlachter IS. Diverticulum of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1959;2:458-64.