

RADIOLOGIA DOS CÓLONS, ESTUDO DE IMAGENS LIGADAS AOS PROBLEMAS DOS CÓLONS*

Amarino de Oliveira

Eu queria agradecer à organização do Congresso, por ter me convidado para tomar parte neste importante evento. Quero falar a vocês sobre os elementos básicos do estudo do cólon, das imagens ligadas aos problemas do cólon, com a já conhecida e repetida lavagem com bário. Nós usamos a lavagem com bário no Centro de Estudos do Cólon e quero enfatizar que o que eu tenho visto, durante todos esses anos, sobre o estudo do enema, é que é geralmente bem sucedido. Gostaria de enfatizar alguns pontos sobre o estudo do cólon que nós achamos muito importantes para nós hoje.

A radiografia para o estudo do gás de alças intestinais e mesmo da parede intestinal é extremamente rica em informações e em problemas. Na radiologia simples, num paciente que está com diarreia, podemos observar que o cólon está distendido por gás e que é muito aparente o edema de sua parede, edema esse que dá um aspecto peculiar às alças contendo gás. Esse aspecto, que é diagnóstico exatamente de uma colite com um importante edema, e que no caso, é decorrente do uso intenso de antibióticos representa um tipo de problemática que nós precisamos aprender a ver na radiografia simples.

No detalhe, podemos ver o hoje clássico aspecto chamado de impressão de dedo, impressão de polegar, o edema da parede, com engrossamento da parede e edema das alças com o aspecto que na realidade é próprio à presença de edema da parede. Não há aqui infiltração, existe apenas

edema da parede. Esse é um tipo de problema que nós temos que aprender a ver na radiografia simples. Não está indicado, não é necessário e é mesmo inconveniente que se façam estudos com bário desses pacientes.

Não é raro que em uma radiografia simples seja possível a constatação de anormalidades de alças, como uma alça atípica e que corresponde a uma massa palpável. Aprendemos que, quando existe uma massa palpável e que ela, numa radiografia simples, está em correspondência a um padrão gasoso anormal, isso pode corresponder a vários tipos de patologia intestinal de delgado ou de grosso, que vai desde o processo inflamatório ou inespecífico até linfoma ou carcinoma. Tem uma importância especial e nesses casos devemos fazer uso da ultra-sonografia. Se encontramos uma massa palpável e se questiona a possibilidade de se tratar de alça intestinal, é nesse momento que a sonografia passa a ter uma importância grande. Estou salientando a sonografia, porque atualmente, praticamente em todos os hospitais do país e em quase todas as cidades existe alguém fazendo sonografia e esta representa uma ajuda significativa.

Ao se fazer o estudo sonográfico dessa massa

** Conferência realizada durante o 34.º Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Rio de Janeiro – 1984.*

vai se observar um aspecto hoje clássico, que é o chamado de pseudo-rim, uma massa hipocólica com o centro ecóico. Esse aspecto não é específico, porém, caracteriza a massa como sendo intestinal. Tanto pode corresponder à tuberculose, como doença de Crohn, como carcinoma, mas é certamente intestinal. Não se tire daí a conclusão de que, ao se estudar o abdômen vamos poder diagnosticar todas as massas intestinais, todos os tumores. Absolutamente, a sonografia não é o exame adequado para se procurar uma lesão intestinal, mas ela é um exame adequado para se tentar caracterizar o significado de uma massa. Diante do encontro de uma massa, a sonografia é extremamente valiosa para caracterizar a sua característica como massa sólida, como massa intestinal, como massa cística, como adenomegalia; isto é possível e é um ensino valioso.

Isto ocorreu de uma maneira concreta num caso de uma paciente que tinha uma massa palpável na fossa ilíaca direita, na qual o enema opaco não foi possível, por absoluta incontinência. Como era uma pessoa muito idosa, não se quis fazer um tamponamento do reto; então, ela foi operada apenas com a caracterização dessa massa como sendo intestinal e correspondia a um carcinoma de cólon. É portanto uma informação valiosa, útil, que deve ser usada com frequência.

Por outro lado, diante do encontro de uma massa com característica de tumor no intestino, eu considero hoje absolutamente imprescindível que se faça de rotina o estudo sonográfico do fígado. Acho que essa rotina deve ser feita sempre, porque ela é simples, ela é pouco onerosa, não sacrifica o doente de maneira nenhuma e pode identificar uma metástase. Quando se encontra uma informação definida como essa, o exame é altamente recompensador. A ultra-sonografia é certamente hoje o método mais informativo quanto a diagnóstico de metástase do fígado. A tomografia computadorizada pode também ser útil, mas a tomografia computadorizada não tem a difusão, a facilidade de execução que existe na sonografia. A sonografia certamente é a maneira mais prática de se estudar o fígado no estudo rotineiro das colopatias tumorais.

O problema do diagnóstico do abscesso amebiano do fígado foi um problema que nós acompanhamos durante toda a nossa vida profissional, e na verdade, esse problema só veio a ser resolvido a contento com a sonografia. Hoje, diante do problema de amebíase, ou suspeita de abscesso hepático, a sonografia representa a solução adequada, não só para diagnóstico, mas mesmo para orientação de tratamento, que pode ser feito a partir da orientação topográfica dada pela sono-

grafia. É claro que a tomografia computadorizada também permite esse diagnóstico, mas estamos convencidos que é a sonografia o método eletivo, para estudo do fígado diante da suspeita do abscesso amebiano, que representa uma problemática sempre muito importante para nós, e que continua a ser muito prevalente.

Nós hoje damos preferência no preparo do cólon para estudo rotineiro ao método de preparo por via oral. Nós fazemos a administração de laxantes, de dieta sem resíduo e fazemos a administração de água em grande quantidade. Nós não fazemos mais enemas de limpeza. O preparo assim obtido é extremamente satisfatório com visualização do relevo fino da parede cólica e até de pólipos muito pequenos. Esse é um método altamente satisfatório. Nós suspendemos a execução de lavagens como rotina.

O método de duplo contraste que continua sendo o método eletivo, que exige alguns cuidados especiais que continuam sendo difíceis. Um deles é o da demonstração de patologia em alças que se superpõem.

Consideramos extremamente importante que o método de duplo contraste seja feito com radiografias em pé, com radiografias em decúbito lateral direito e decúbito lateral esquerdo, a fim de haver depósito do bário e que haja distensão adequada do cólon. Segundo era preconizado já por Fischer em 1925 e continuou sendo preconizado pelo Wellin já mais adiante. Este método continua sendo fundamental. A tentativa de simplificação do enema opaco com duplo contraste, fazendo poucas radiografias, certamente implica em erros com frequência.

O exame com bário simplesmente, só bário, pode ser extremamente informativo em casos de tumores de algumas reações. Isso é muito importante, porque nós, muitas vezes, fazemos hoje enemas opacos em pacientes idosos ou em pacientes que estão sem condições de fazer preparo unicamente com bário, e fazemos isso com bário diluído. Mesmo com a administração de água, fazemos uma distensão do cólon com o mínimo de bário e muita água. Esse método é muito informativo para demonstração de lesões maiores, é claro que é um método não adequado para demonstração de pequenas lesões.

É muito importante que nos lembremos que se aparecer flocculação do bário o exame é sem valor do ponto de vista de demonstração de lesão parietal. A flocculação do contraste, o que ocorre com alguma frequência se o cólon não está adequadamente limpo, leva a falhas grosseiras, como a não visualização de tumores, que estão evidentes quando se faz um enchimento com

bário, mas que não são identificados nos exames em que havia floculação.

Podemos observar um outro tipo de dificuldade sobre o qual quero dizer uma palavra, que é o problema do fato de que o bário, assim como demonstra, pode ocultar lesões, porque ela se superpõe à outra alça cheia de bário.

O ângulo esplênico do cólon assim como o reto é outra região de identificação difícil, daí as lesões menores são identificadas num primeiro exame, por excesso de bário. Quando usamos menos bário e com a distensão adequada por ar, as lesões se tornam grosseiramente identificáveis.

Assim, se há floculação ou se há acúmulo de bário em alguns segmentos, nós temos que estar cientes que isso pode implicar em não visualização de patologia mesmo grosseira. No caso do reto o exame proctológico deveria ser feito sempre previamente para demonstrar uma lesão retal.

É muito importante o fato de alguns tumores ao crescerem na luz do cólon podem não determinar defeito significativo. É clássico o aspecto do tumor viloso no cólon, que dá esse aspecto assim um tanto espumoso, um tanto impreciso, difícil de ser identificado.

É extremamente comum que nós tenhamos dificuldades no diagnóstico da diverticulite com tumor e é importante que se tenha isso em mente: nem sempre o diagnóstico é possível.

Às vezes não é possível afirmar que uma lesão é decorrente de diverticulite como era, ou se se tratava de um tumor. Esse limite do método deve estar sempre presente na nossa idéia, embora seja possível, muitas vezes, a orientação do diagnóstico, algumas vezes não é possível discernir o que é tumor e o que é diverticulite e isso é uma limitação do método que deve ser conhecida.

Também na diverticulite, com abscesso parietal, nem sempre é possível afirmar que não há tumor. A presença de lesões extracólicas e que

venham a determinar alterações na parede do cólon continua a ser demonstrada graças ao enema opaco. Como no caso de invasão da parede do cólon por um carcinoma de ovário recidivado na pélvis.

No abscesso pélvico com gás e que está determinando alterações próprias à sigmóide, o aspecto especulado tão importante de ser conhecido, indicando a fixação da parede, o enema opaco continua sendo um exame valioso. Naturalmente que a sonografia e a tomografia computadorizada vieram ocupar esse espaço de diagnóstico e demonstrar essas lesões, muitas vezes, sem a execução de exames contrastados, porém o exame contrastado pode continuar a ser necessário para definir a localização exata das lesões.

Estas alterações são muito próprias, muito bem definidas, ligadas a alterações que estão por fora do cólon. Assim como um defeito do fundo do ceco determinado por mucocele apendicular ou um defeito do fundo do ceco e fixação do hilo terminal determinado por abscesso apendicular. O abscesso apendicular continua sendo um pseudo-tumor freqüente e importante.

Existem alterações da parede do cólon por invasão de tumores vizinhos, quer carcinoma de vesícula, quer por invasão de tumores de estômago. Estas invasões podem ser também por implantes peritoneais. Naturalmente todas elas tem características de lesão de um lado da parede, motivo que leva a algumas vezes ser confundida com colopatias inflamatórias.

Eu espero ter enfatizado para os senhores, de maneira satisfatória, o fato de que o exame do cólon continua a ser basicamente o enema opaco, o fato de que o preparo do cólon não precisa ser feito por meio de enemas, pode ser feito por via oral e o fato de que a sonografia tem um papel importante de extremo significado no estudo rotineiro dos tumores do intestino grosso. Muito obrigado.