

Contribuição ao estudo clinico-radiológico das diverticuloses e diverticulites do colon terminal

por

Francisco de Paula Forster Camboim
Sinais anatomo-radiológicos da diverticulose (*)

O sinal radiológico característico da diverticulose é a imagem do próprio divertículo.

Procedendo-se ao exame de acôrdo com a técnica que expôremos adiante, verificar-se-á que os divertículos se apresentam como pequenas sombras opacas, o mais das vezes arredondadas ou ovoides, dispostas ao longo das bordas da imagem do colon. Às vezes, se implantam diretamente sobre êle, tomando então o aspêto de dedo de luva: são divertículos sesséis. Mais comumente são providos de um pedículo, que pôde aparecer bem caracterizado no elichê radiográfico; em certos casos mesmo, o pedículo pôde tomar um desenvolvimento exagerado. Finalmente, ho outros em que o pedículo não é visto ao exame e a imagem diverticular se apresenta então como uma mancha suspensa, que não tem com o colon nenhuma relação, além da de proximidade. O tamanho da imagem diverticular é extremamente variável, pois depende não só do volume do divertículo, como também do seu gráo de repleção ou vacuidade no momento em que a substancia opaca atinge o segmento do colon sobre o qual êle assenta. O enchimento mais ou menos completo da cavidade diverticular por matérias extrínhas, ou a obturação do orificio de comunicação com o colon, são fatores que se opõem á penetração da substancia opaca no seu interior, e tornam o divertículo invisível, a menos que uma bolha de gaz, contida no seu centro, venha pô-lo em destaque, pois êle aparecerá então com um centro claro, cercado de uma orla espessa. Um outro fator capaz de se contrapor á descoberta dos divertículos é a sua localização. Compreende-se facilmente que se situados sobre as faces do colon, sua sombra, projétando-se sobre a do colon, poderá passar facilmente despercebida. Aqui também, a existencia de uma bolhinha gazoza ou de uma bola de materia pôde ter o mesmo papel, de pôr em evidencia a imagem diverticular. Num dos elichés que reproduzimos adiante vêem-se as imagens diverticulares projétadas sobre a sombra opaca do colon descendente. Após o esvaziamento do colon, os divertículos permanecem ainda cheios de substancia opaca, por um tempo mais ou menos longo; num dos casos apresentados por Bottaro e Barcia, os divertículos ainda eram vistos, graças a seu conteúdo opaco, 4 dias após a administração da substancia baritada; Le Wald observou um em que ainda havia retenção do bario pelo 10.º dia, e James T. Case, um outro em que a retenção se prolongou até o 16.º dia. Essa demora do divertículo em se desembaraçar da substancia opaca, se explica facilmente, pois

(*) Um dos capitulos da tése inaugural com o titulo acima.

desprovido de tunica muscular, impossibilitado portanto de se contrair, êle não pôde se esvasiar senão lentamente. E' essa retenção uma das melhores características do falso divertículo.

Não insistiremos aqui sobre os detalhes de fôrma, localização, volume, que já foram estudados anteriormente.

A presença de certos elementos opacos ao nível do colon, pôde induzir em erro, fazendo crer em divertículos que na realidade não existem; tais são os flébolitos, glandulas calcificadas, calculos uretrais...

Na maioria dos casos é facil distinguir esses elementos dos divertículos; basta para isso mostrar que êles não têm nenhuma relação com o colon, por meio de chapas radiograficas tiradas em diferentes angulos, ou por meio de manipulações que afastem o colon, enquanto que aquêles elementos permanecem imoveis. Mais simples ainda seria, como recomendam certos autores, tirar sistematicamente uma chapa antes da administração da poção ou da lavagem opacas, e assim se evitaria aquela causa de erro.

Importante tambem é diferenciar os divertículos das bossas colicas. Mas essas são regulares e simetricas, se localizam sobre todo o quadro colico, excéto a sigmoide e não aparecem por meio de lavagem opaca, mas ao contrario quando se recorre á ingestão, enfim só tomam o aspéto diverticular quando o colon é insuficientemente enchido, além do que não permanecem cheias após esvasiamento do colon.

Lembremos ainda que a fixidez de posição, a permanencia dos mesmos caracteres e a persistencia da imagem após esvasiamento do colon, são as mais fieis características do divertículo.

As deformações do colon por processos periviscerais, pôdem dar lugar á formação de imagens radiologicas, semelhantes ás do divertículo. Ainda aqui, a diferenciação é possivel. Essas imagens aparecem de preferencia nos pontos de eleição das periviscerites: angulo subhepatico, bordo externo do colon ascendente, e bordo superior da metade direita do transverso; alteram a imagem do peristaltismo, não se conservam identicas após evacuação do colon, e de ordinario são muito mais volumosas que os divertículos.

Técnica do exame. A sigmoidoscopia ou a rétosocopia poucos ensinamentos pôdem fornecer. Dizem alguns autores que em certos casos esse método permite descobrir os orificios dos divertículos. Entretanto, o resultado é negativo na maioria dos casos, não só em vista da pequenez dos orificios, como tambem porque as dobras da mucosa os dissimulam. Demais, o uso do sigmoidoscopia expõe a traumatismos que poderiam ser perigosos nos casos de divertículo, principalmente se esse já se achar infectado. Em alguns casos, verifica-se com o rétosocopia um estreitamento inflamatório.

O verdadeiro método de exame é, pois, o radiologico. Cumpre observar que é de boa praxe recorrer tanto ao exame radioscopico como radiografico, pois muitas vezes a radiografia nos permite caracterizar um divertículo, sobre cuja identidade se tinha ficado em duvida, quando do exame radioscopico.

Como proceder a esse exame, dando á tomar a poção opaca ou administrando uma lavagem? Não sendo possivel praticar ambos, dar preferencia ao ultimo processo. Bottaro e Barcia citam dois casos de

sua observação, em que os divertículos passaram despercebidos ao exame do colon opacificado por via alta, e que foram facilmente descobertos após administração do enema.

Compreende-se, aliás, facilmente, que o enema ofereça certas vantagens sobre o outro método, quando se trata de divertículos. Realmente, para uma boa visibilidade dos divertículos se requer uma distensão forçada do colon, o que se consegue muito bem com o enema, que é administrado sob pressão, e assim se difunde com muito mais eficiência, tendo, portanto, muito mais probabilidade de atingir as cavidades diverticulares. Doutra parte, a substancia opaca administrada por ingestão muitas vezes se fragmenta, o que dá lugar, em certos casos, a erros de interpretação.

Mais proveitoso seria ainda o exame se fôsse possível dar previamente uma lavativa evacuadora, que desembaraçasse o colon dos materiais não opacos, que podem perturbar a difusão do bario. Em alguns pacientes, é necessario recorrer a uma terapeutica antiespasmódica, no intuito de facilitar a introdução do enema. Às vezes, os divertículos se enchem pouco depois que a substancia opaca atinge a porção do colon, onde se acham implantados. Na maioria dos casos ha sempre uma demora nesse enchimento, maximé quando o bario foi administrado por via alta.

James T. Case considera como a melhor técnica dar a poção opaca, esperar até o 2.º ou 3.º dia, e então examinar o doente, administrando-lhe nesse momento o enema.

Tal é a pratica que, a seu ver, permite colher a maxima soma de informações.

Torna-se indispensavel uma verificação radioscopica, seguida de varias radiografias, após eliminação da substancia opaca dministrada por via oral ou por enema.

Por outro lado, sempre que possível recorrer ao exame relevografico da mucosa do colon, de acôrdo com a técnica de Forsell Berg. Esse método visa pôr em destaque a imagem do relevo interno da mucosa do colon, por impregnação desta após esvasiamento da substancia opaca administrada segundo a técnica do completo enchimento do órgão. Como substancia opaca para exame relevografico do colon são utilizados os preparados comuns de bario (sulfato de bario, citobario, gelobarina, etc.) ou então as soluções de Umbrathor.

Diverticulite, seus sintomas clinicos e expressão radiologica

A maior ou menor intensidade do processo inflamatorio, a sua marcha evolutiva, a localização neste ou naquêlo ponto do colon, são fatores que contribuem para tornar absolutamente inexpressiva a fisionomia clinica das diverticulites.

Apesar disso, Telling individualizou tres tipos de diverticulite, de acôrdo com os sintomas que consubstanciam o quadro clinico.

São êles o tipo **pseudo-apendicite**, o **enteroespasmodico** e o **hiperplastico**.

O primeiro é relativamente contraditório, e realiza, como o nome o indica, um síndrome perfeitamente semelhante ao da apendicite agu-

da, apenas com localização á esquerda. E' opinião corrente que a maior parte das apendicites esquerdas, diagnosticadas sem o exame radiológico, que permite verificar a posição do colon, nada mais são do que diverticulites do colon descendente ou da sigmoide.

Nada de estranho nessa semelhança, visto que, para muitos, a apendicite é apenas uma diverticulite especial.

São sintomas comuns no curso do ataque, a dôr, de ordinario bastante intensa, e comumente localizada no quadrante abdominal inferior esquerdo, onde se nota hiperestesia cutanea e rigidez muscular, náuseas, vomitos, constipação geralmente muito severa, alternando com crises de diarréa, febre, hiperleucocitose. Ao lado disso, tenesmo rétal e vesical. Excepcionalmente se descobre sangue nas fézes. Esses sintomas sobrevêm inopinadamente, e ás vezes não tardam a se acompanhar de reação peritonial. A inflamação aguda pôde se resolver, mas os diverticulos pôdem caminhar para a perfuração, ou se tornar séde de um processo supurativo ou gangrenoso, seguido de peritonite circunscrita ou generalizada.

Podemos incluir aqui uma de nossas observações, tirada da clinica do Professor Anes Dias.

1.^a observação

Trata-se de um paciente de 49 anos de idade, no qual ha 3 anos havia sido feito o diagnostico de ulcera duodenal, o que, aliás, foi confirmado posteriormente por um exame radiológico.

Em maio de 1931, apresentou fortes crises dolorosas, localizadas na fossa iliaca esquerda, com evacuação de fézes moles e ligeiramente sanguinolentas. Essas crises davam ao doente a sensação de espasmo e se acompanhavam de violento tenesmo rétal. Após alguns dias de repetição, as crises cessaram, para reaparecer em Novembro ultimo com os mesmos caracteres.

Taes são os dados anamnesicos, que mais de perto nos interessam.

O exame radiológico por meio de enema opaco, (v. clichés 1 e 2) praticado em Maio, após as primeiras crises, revelou um estado espasmodico muito accentuado do colon descendente, o qual se mostrava doloroso á apalpação na sua parte inferior. Ao longo dêle notavam-se varios diverticulos, alguns destituídos de pediculo. As radiografias tomadas após esvaziamento do colon mostram numerosos diverticulos, ainda opacificados pelo bario. Em alguns dêles observa-se uma parte central transparente, talvez devida á presenca de gases. O transito intestinal se faz facilmente, enchendo-se todos os segmentos do colon, e passando parte do bario ao ileo.

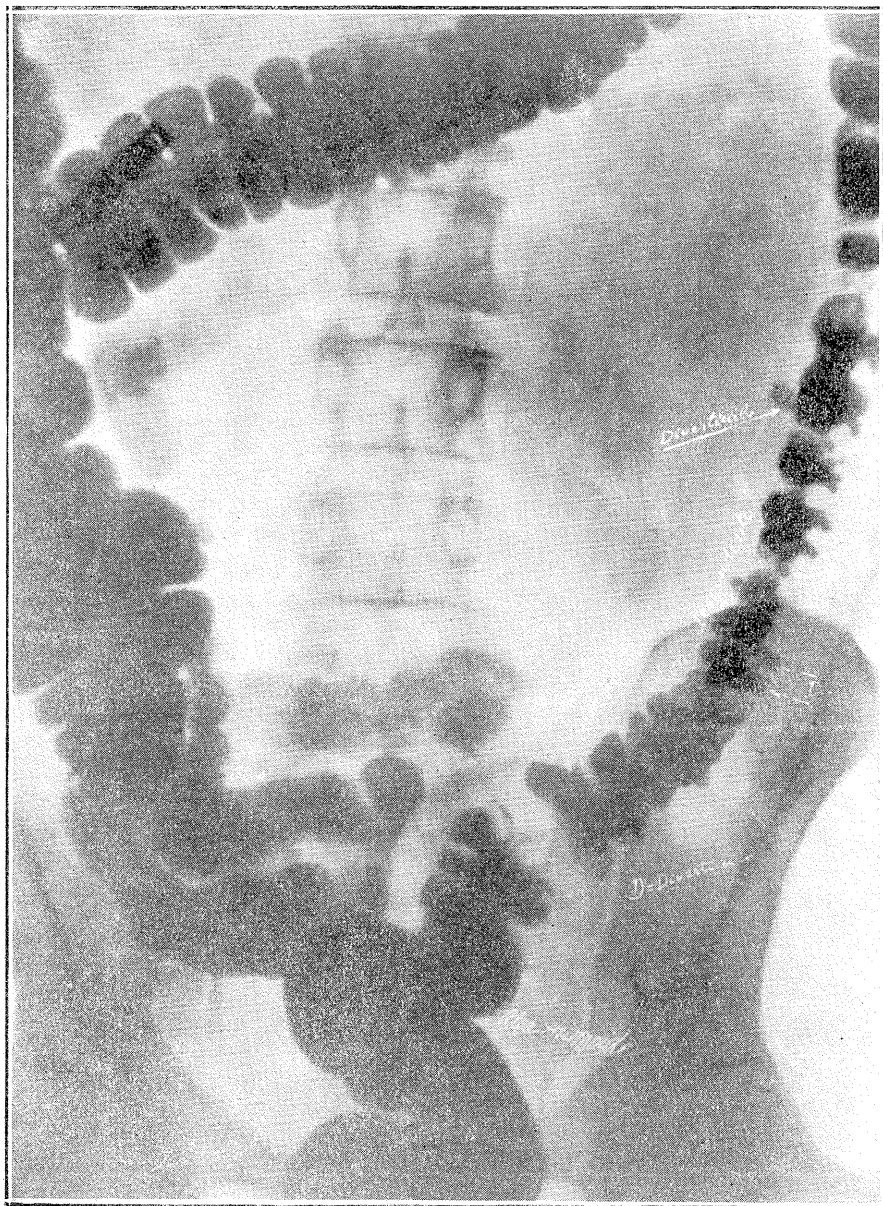
Estáse e dôr apendicular. Cecum normalmente situado, mobilizavel (v. clichés 1 e 2).

O segundo exame radiológico praticado em Dezembro ultimo, nada mais fez do que confirmar as informações colhidas com o primeiro.

Verificou-se, de novo, o estado espasmodico do colon descendente. Coecum levemente doloroso. Incontinencia da valvula ileo-coecal.

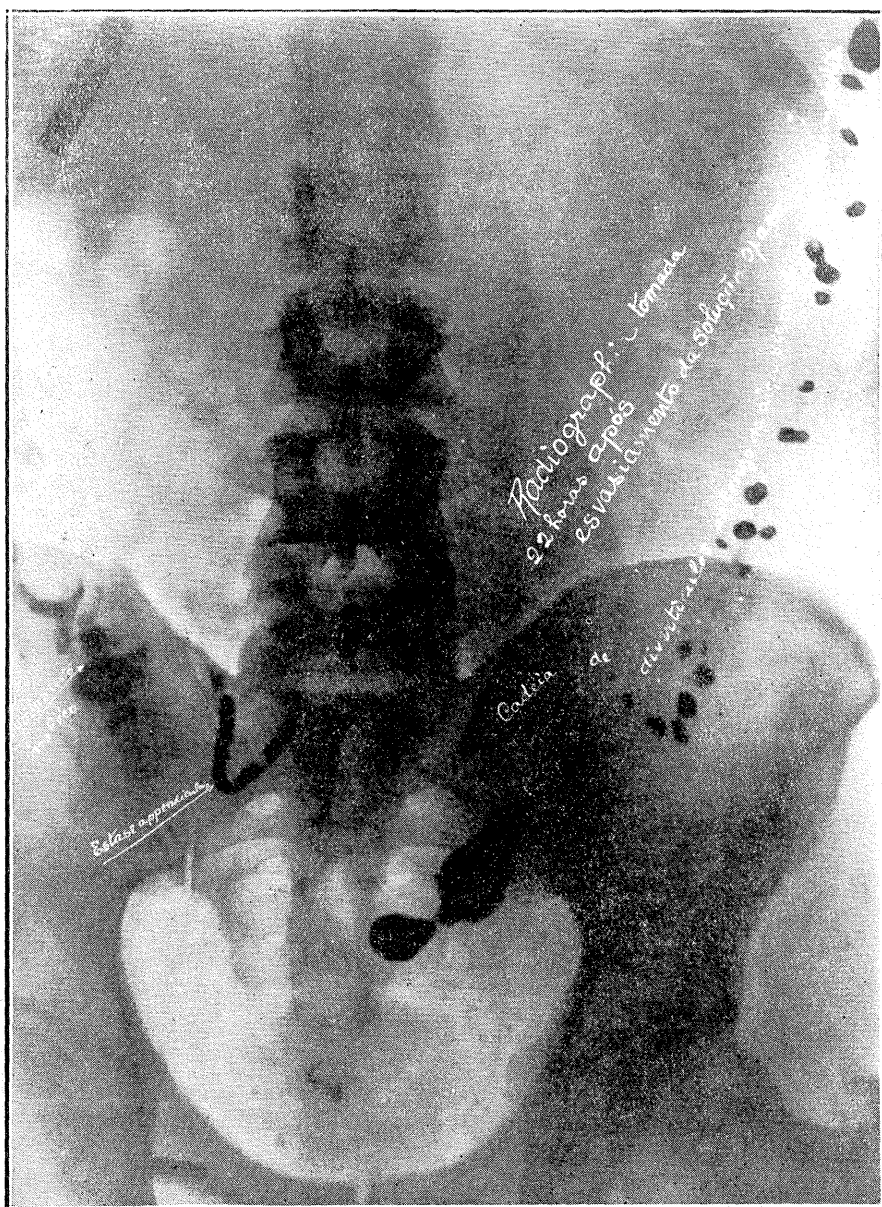
Apendice permeavel e doloroso á pressão.

Sobre o colon descendente alguns diverticulos, que permaneciam cheios, após o esvaziamento do colon (v. clichés 3 e 4).



Cliché n.º 1

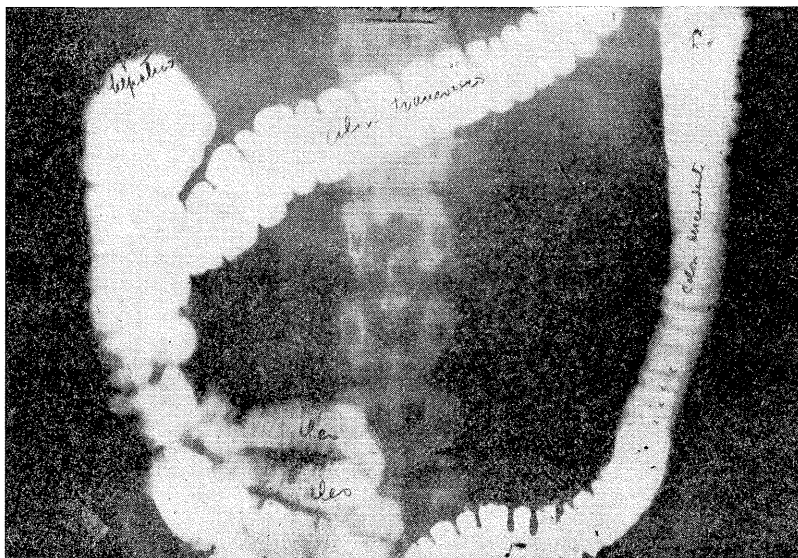
Notam-se varios diverticulos ao longo do colon descendente, e um estado espasmodico muito acentuado.



Cliché n.º 2

Mesmo caso do cliché n.º 1. Retenção de bário nos divertículos.
Em alguns a parte central é clara.

No cliché 3, pôde-se distinguir facilmente a imagem de alguns divertículos da própria sombra do colon, graças á maior opacidade daquêles. Ambos os exames, foram praticados com lavagem opaca.



Cliché n.º 3

Mesmo caso do cliché n.º 1. Estado espasmodico do colon descendente. Note-se a sombra de alguns divertículos, projétada sobre a própria sombra do colon.

As crises, que o doente apresentou duas vezes, estão longe de realizarem o síndrome apendicular esquerdo, a que nos referimos antes. Tratam-se, no entanto, evidentemente de crises diverticulares, que nenhuma outra causa, a não ser a infecção e estado inflamatório dos divertículos, poderá explicar.

Os divertículos, ao que parece, iniciaram, ha pouco, seu processo infeccioso, e daí, a ausencia dos sinais radiológicos que de ordinario acompanham as diverticulites. Aliás, já havíamos assinalado que em muitos casos a imagem do divertículo não trói a infecção que nêle se processa. Só mesmo nos casos já antigos, é que o divertículo infectado perde seus caracteres habituais.

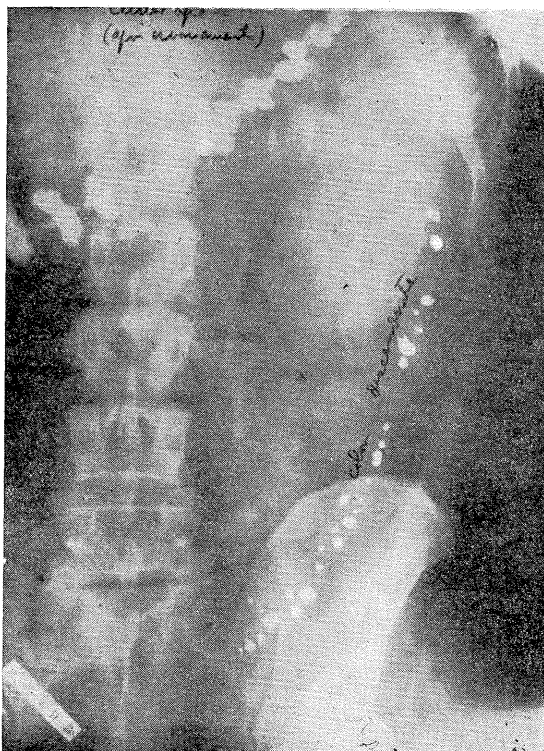
No nosso caso, o unico sinal de reação, é o estado espasmodico do colon, mas muito atenuado, pois nos casos avançados de diverticulite esse espasmo se opõe muitas vezes á progressão da lavagem opaca, forçando o operador a recorrer á uma terapeutica antiespasmodica.

Nos casos subagudos a inflamação evolúe mais lentamente, invade pouco a pouco as diferentes camadas do divertículo; constitue-se uma peridiverticulite que determina a formação de aderencias com os órgãos vizinhos, de modo que, quando chega a fase supurativa, a coleção se abre em um daquêles órgãos, aos quais tinha aderido, e assim se

forma uma fistula. Um dos tipos mais comuns de fistulas é a sigmoideo-vesical. Bryan em 42 casos de fistulas desse tipo, por êle examinados, verificou que em 22, a causa era uma diverticulite da sigmoide. Mayo, na sua clínica, encontrou uma proporção muito menor; só 17% dos casos por êle operados eram devidos á diverticulite. Seja como fôr quanto á frequência, o fáto é que as diverticulites pôdem determinar a formação de fistulas deste tipo. Reproduzimos aqui um cliché, tirado da obra de Pauchet — La Pratique Chirurgicale Illustrée (v. cliché 5).

A bexiga está presa ao colon por aderencias. Uma fistula de origem diverticular põe os dois órgãos em comunicação.

Mas nem sempre a coleção purulenta segue essa via, e a fistula pôde se abrir na péle, na propria cavidade pelvica...

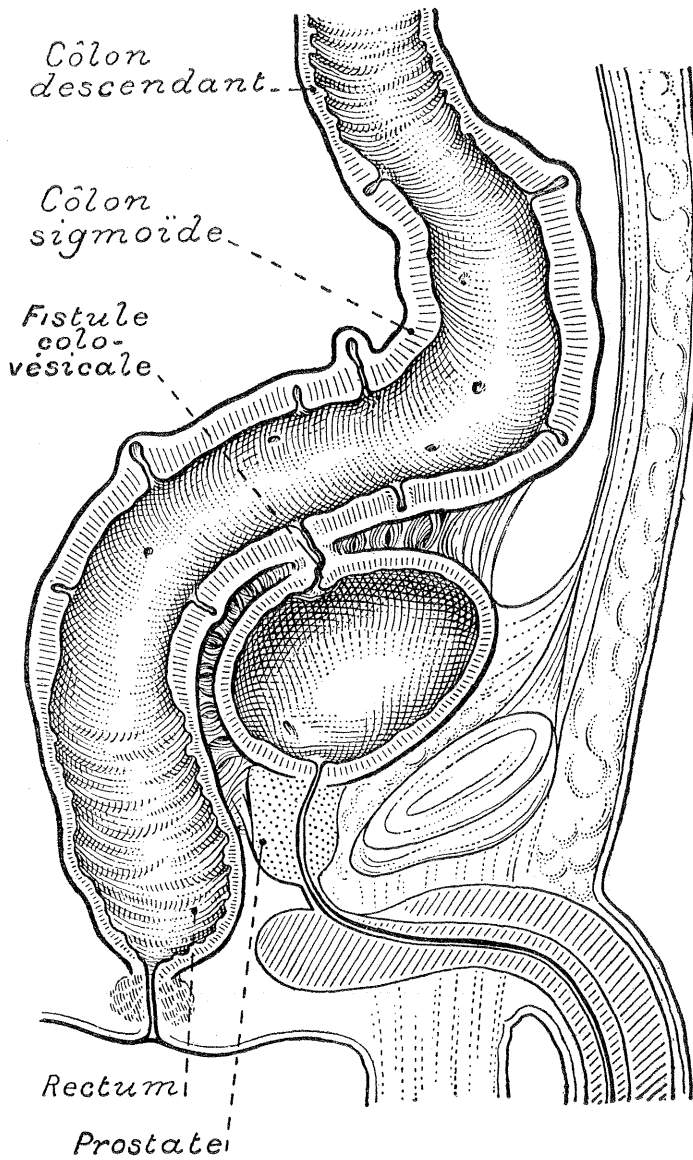


Cliché n.º 4

Mesmo caso do cliché anterior. Radiografia tomada após esvaziamento do colon.

Tal é o caso publicado por Upson e Mac Gregor, e que trasladamos para aqui resumidamente.

— Trata-se de uma paciente de 63 anos, que tres anos antes fôra atacada de uma violenta dôr abdominal, localizada á esquerda, principalmente na parte inferior, e que se irradiava, por cima da sínfise do pubis, na direção da linha mediana.



Cliché n.º 5 (esquema de Pauchet)

Fistula sigmoide-vesical consecutiva á abertura de um diverticulo na bexiga.

Havia hiperestesia cutanea. A dôr durou 2 dias.

Não apareceram náuseas, nem vomitos. Não se notou a presença de nenhuma massa "loco dolenti". Nos 3 anos seguintes os ataques se repetiram duas vezes por ano. Ultimamente a dôr voltou, repetindo-se duas noites sucessivas, com os mesmos caractéres de antes, apenas de maior intensidade. Não havia nenhuma massa perceptível á apalpação. Abdomen tenso e sensível á exploração manual.



Cliché n.º 6

Diverticulite colica. Abscesso extra-colico consequente á
rúture de algum diverticulo.

O exame radiologico veio pôr em evidencia numerosos diverticulos, distribuidos ao longo do colon, principalmente na sua metade distal. Ao nível do colon descendente e iliaco notou-se um espessamento consideravel da parede, estreitamento da luz, e, em certos pontos, verdadeira constricção. Além disso, havia um espaço cheio de gaz, situado para fóra do colon, na fossa iliaca esquerda, medindo 4 polegadas no seu maior diametro (v. cliché 6).

Mais tarde, essa bolsa se encheu de bario, que foi retido por longo

tempo. A laparotomia confirmou todos esses dados. Conclusão — Diverticulite; abscesso extracólico devido á ruptura de algum divertículo.

No segundo tipo da classificação de Telling, os sintomas predominantes são os de espasmo. A retenção dos resíduos nos sacos diverticulares entretem um estado de irritação permanente, o qual, aliás, pôde, dum momento para outro, causar acidentes de caráter agudo.

Finalmente, em outros casos a diverticulite se manifesta pela formação de pseudo tumores. Geralmente, nessa eventualidade os divertículos se acham agrupados. O processo peridiverticular, e a consequente reação conjuntiva nos tecidos vizinhos, tendem a produzir um tumor, pelo simples fato do agrupamento dos divertículos. Uma das melhores características desses tumores de origem diverticular é a intermitência: o tumor é percebido num exame, desaparece no dia seguinte, para reaparecer logo depois. Trata-se de uma modalidade de marcha crônica, com sintomas de constipação. A inflamação do colon dá lugar ao endurecimento de suas paredes, e supressão das contrações normais; junta-se á isso a produção de pseudo-tumores, e compreender-se-á que estase fecal se produza. Ás vezes a marcha crônica é entrecortada por crises diverticulares agudas, ou por pequenas crises de oclusão intestinal aguda. Ha casos, mesmo, em que esta oclusão constitúe o primeiro sinal evidente de uma diverticulite que até aí passara despercebida.

Relatemos aqui uma outra observação nossa, tirada da clinica do Dr. Braga Pinheiro.

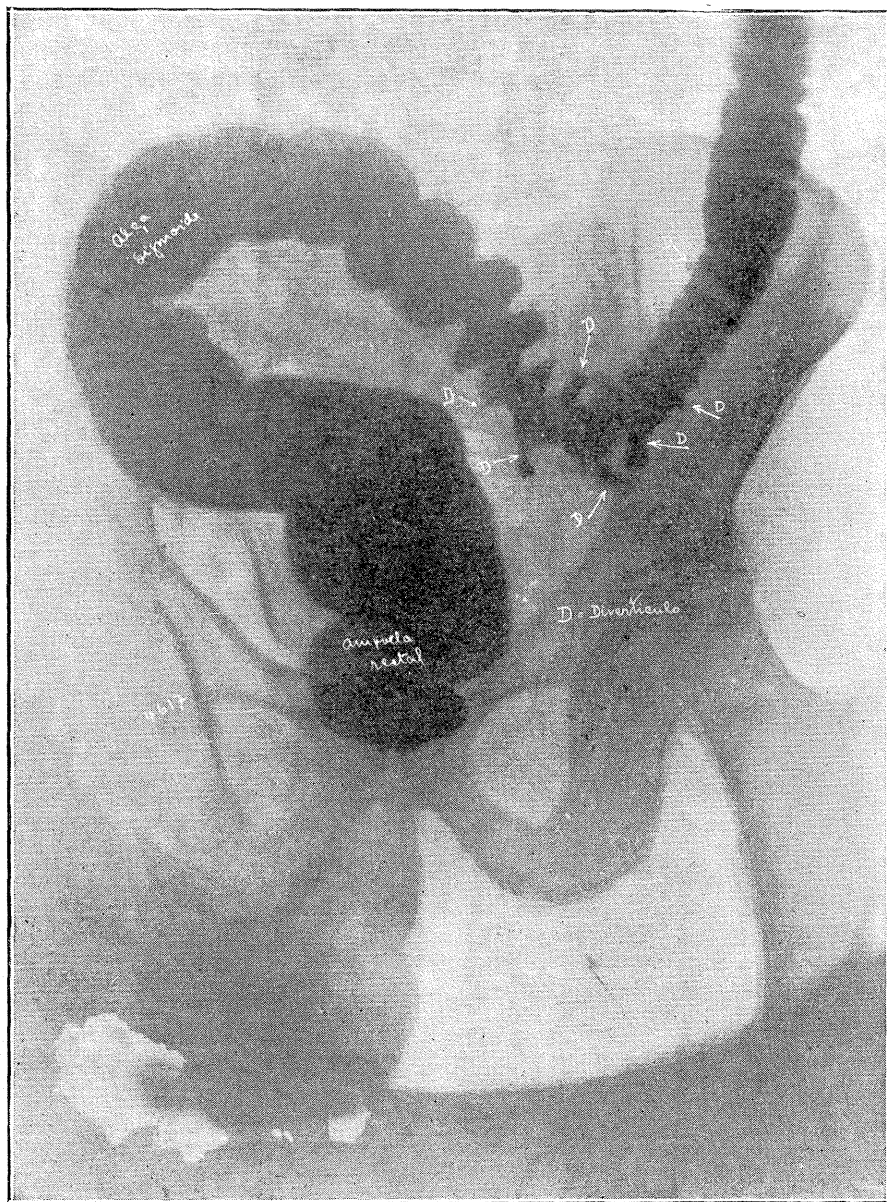
2.^a observação

— G. V., 62 anos. A historia passada nada apresenta que nos possa interessar. Ultimamente havia se manifestado um sindroma disenterico tipico-constipação, colicas, tenesmo retal e evacuações muco-sanguinolentas. Instituído que foi o tratamento pela emetina e yatren, o doente melhorou, mas instalou-se uma pertinaz constipação, que culminou numa crise de grave oclusão. O paciente experimentou então dôres violentas ao longo do colon descendente, parada completa das materias e dos gazes, e reação febril. Esses sintomas se corrigiram ao fim de vinte e quatro horas, espontaneamente. Foi feito então o exame radiológico, por meio da lavagem opaca (clichés 7 e 8).

A ampôla retal e a alsa sigmoide se encheram normalmente, sem provocar dôr. Volume e contornos de aspêto normal. O colon descendente deu livre transito á solução opaca, enchendo-se rapidamente até o angulo esplenico. Logo depois, o colon descendente contrai-se, e permanece em estado espasmodico. O colon transversal e o angulo hepatico se enchem normalmente.

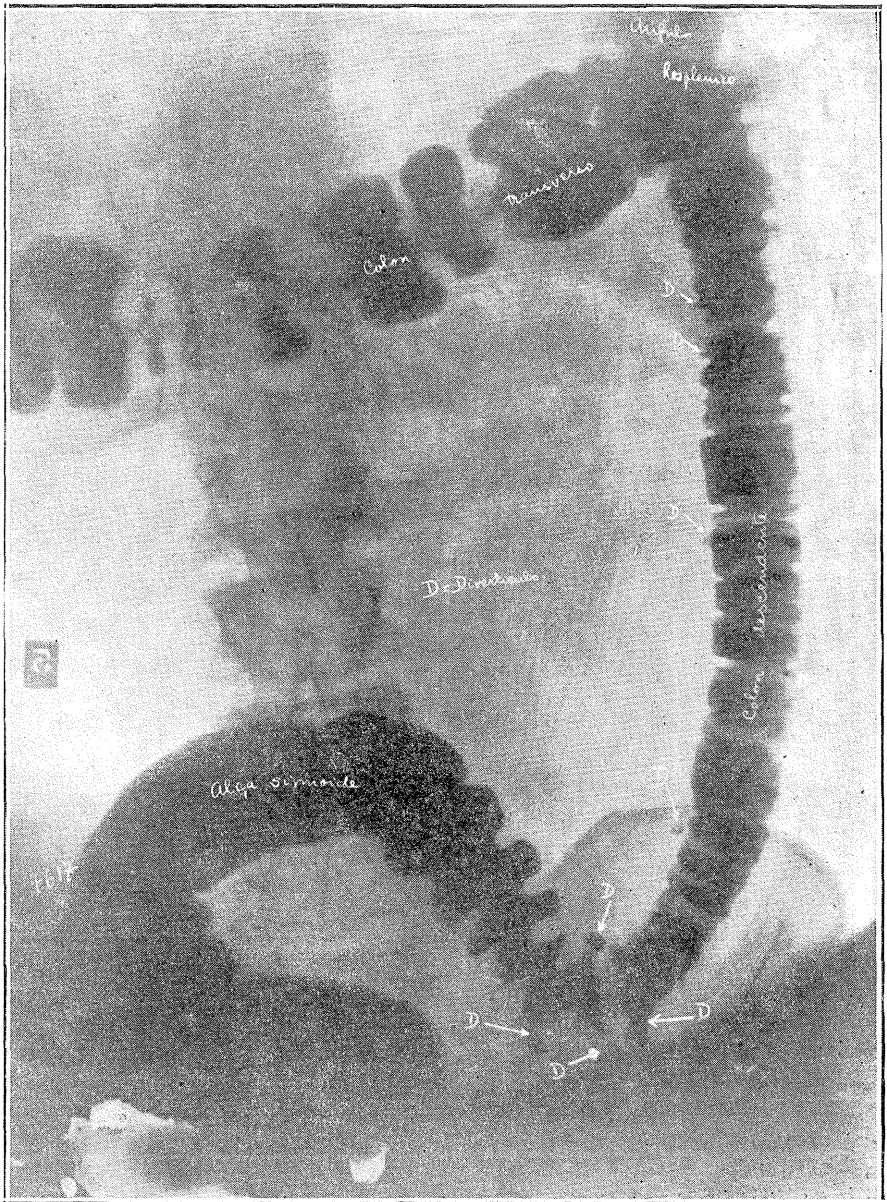
A ampôla retal, a alsa sigmoide e o colon descendente, são facilmente mobilizaveis. No ato do exame a apalpação não provoca dôr. As radiografias revelam a presença de diversos divertículos localizados na alsa sigmoide e colon descendente (v. clichés 7 e 8).

A crise de oclusão é explicavel pela diverticulite do colon descen-



Cliché n.º 7

Diverticulos da alsa sigmoide.

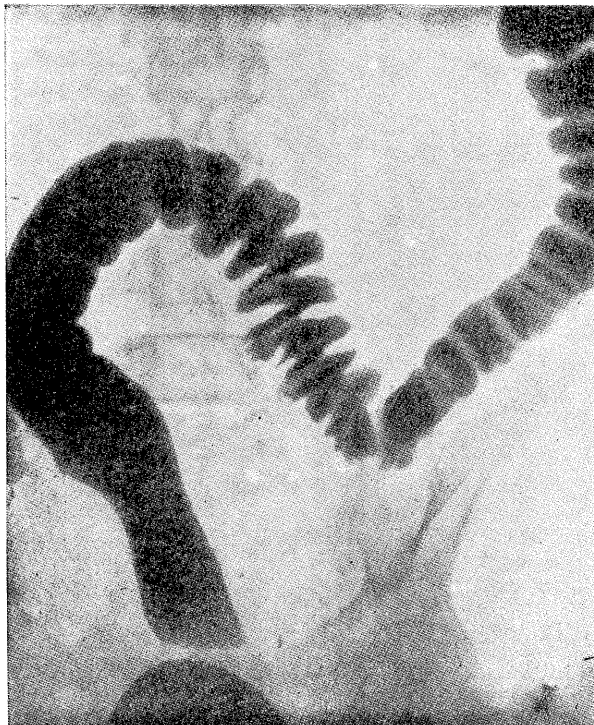


Cliché n.º 8

Mesmo caso do cliché n.º 7. Estado espasmodico do colon descendente. Numerosos diverticulos no colon descendente e alça sigmoide.

dente e da sigmoide, e talvez fosse facilitada pelo processo agudo de que o colon havia sido séde anteriormente.

Passemos agora a estudar resumidamente os sinais radiologicos, que, de ordinario, acompanham as diverticulites.



Cliché n.º 9

Diverticulose colica. Exame pelo método do completo enchimento.

A imagem radiologica do diverticulo é ainda o elemento principal para o diagnostico, mas este não é tão simples como poderia parecer á primeira vista.

Por um lado, já sabemos que as imagens diverticulares pôdem não dar indicação alguma sobre o processo inflammatorio de que são presa os diverticulos.

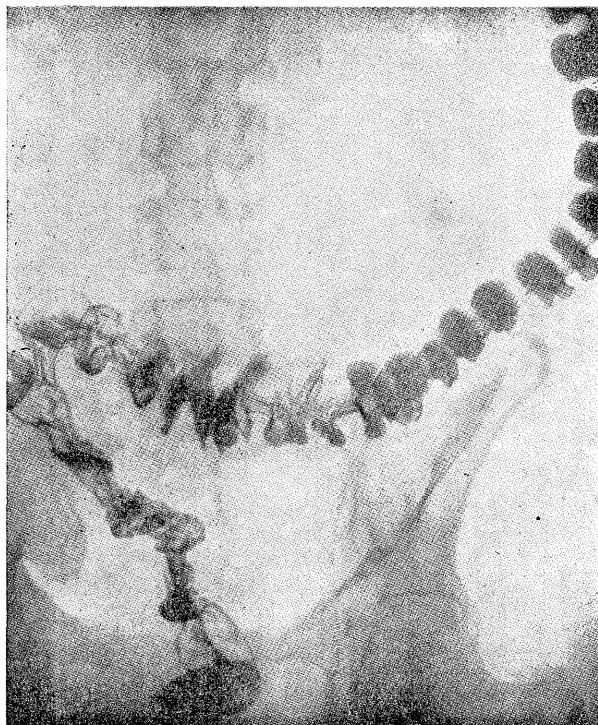
Doutra parte, não basta descobrir a sombra dos diverticulos para afirmar a condição de diverticulite.

O conhecimento dos sinais clinicos vem facilitar em parte o esclarecimento do problema, sobretudo naquêles casos em que a inflamação não fez ainda o diverticulo perder seus caractêres habituais.

De ordinario, o processo inflammatorio não se limita exclusivamente

aos divertículos, mas repereute sobre a porção do colon, onde se implantam e determina deformações na imagem radiologica daquêlê orgão, o que permite reconhecer a sua existencia.

Frequentemente aparece um estado de espasmo, de ordinario pertinaz e que para Bécélère e Porcher tem um alto valor quando não cessa sob a influencia da beladona.



Cliché n.º 10

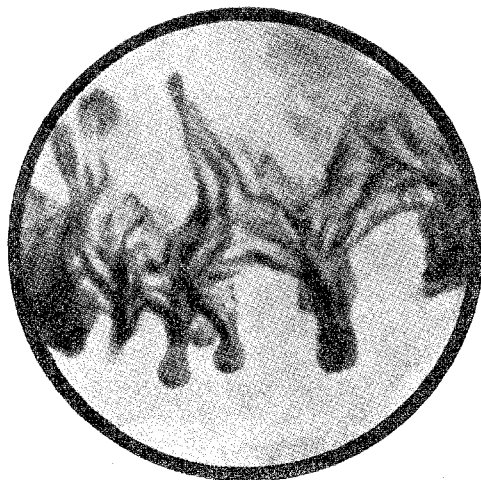
Mesmo caso do cliché anterior. Método relevografico. Note-se, em comparação com o cliché n.º 9, a muito maior visibilidade dos divertículos.

A' exploração radioscopica pôde-se verificar que o colon se torna duro, rijo, o que é um efeito não só do espasmo, como também da infiltração das suas paredes. Comumente vem se juntar a isso uma redução de calibre, um estreitamento da luz do orgão na porção afétada.

Os contornos do colon se modificam: desaparece a segmentação normal, tornando-se liso o seu perfil.

Outras vezes, encontra-se o colon estreitado, apresentando um contorno denteado, cheio de pequenas pontas finas com o tipo de dentes de serra, as quais não mudam de forma nem de tamanho, sob o écran.

E' o chamado estado prédiverticular, descrito por George e Leonard. Já nesse periodo se nota muitas vezes um certo grão de irritação do colon.



Cliché n.º 11

Mesmo caso dos clichés n.º 9 e 10. Imagem relevografica de alguns diverticulos.

Não se deve confundir com o estado prédiverticular um aspéto semelhante, em que o contorno do colon se torna irregular, erigado de anfractuosidades. E' um sinal de colite, e nada tem que ver com o estado antes descrito.

Nas fórmas hiperplasticas, não é raro encontrar-se algum defeito de enchimento, o qual, aliás, póde dar lugar a sérias dificuldades diagnosticas.

