

DIVERTICULITE AGUDA

Diagnóstico Primário por Ecografia de 4 Casos com Apresentação Simulando Doença Urológica (Diverticulite com Sintomas Urológicos)

J.P. CANSADO CARVALHO

Serviço de Radiologia. Hospital Militar Principal. Lisboa

RESUMO

Quatro homens com sintomas clínicos de cólica renal, infecção vesical, prostatite e tumor da sigmoideia com fistula colovesical, respectivamente, foram submetidos a exame por ecografia, cujo resultado indicou muito provável diverticulite aguda. A suspeita ecográfica foi confirmada por evolução clínica, exames subseqüentes ou cirurgia.

SUMMARY

Acute sigmoid diverticulitis presenting urological symptoms - diagnosis with Us

Four men with clinical signs of left ureteric colic, bladder infection, prostatitis and sigmoid colon tumor with colo-vesical fistula, respectively, were ecographically found to have very suggestive signs of acute diverticulitis. US suspicion was confirmed by clinical course, follow up examinations or surgery

INTRODUÇÃO

As possibilidades da ecografia no diagnóstico da diverticulite começam apenas agora a ser reconhecidas. Os quatro casos que aqui se descrevem ilustram a possibilidade de propôr e manter este diagnóstico contra a impressão clínica, que propunha uma patologia urológica primária em todos eles.

CASOS CLÍNICOS

1. Um homem de 45 anos, previamente saudável, apresentou-se no serviço de urgência queixando-se de dor intensa na fossa ilíaca esquerda e de pirexia a 38°C nas últimas horas.

Foi pedida ecografia como estudo imagiológico inicial com o diagnóstico proposto de cólica renal. A eco foi realizada antes do conhecimento dos resultados laboratoriais, que revelam depois leucocitose de 12 800.

Na eco, o rim esquerdo, ureter e bexiga pareciam normais.

No entanto, encontrou-se uma formação tubular em forma de U invertido, com cerca de 180 mm de comprimento, tendo eixo oblíquo para cima e para fora, na fossa

ilíaca esquerda. Esta formação tinha uma parede externa espessa, cerca de 8 mm, heterogénea, e ecos centrais intensos (fig. 1). A periferia da parede externa, sobretudo projectando-se para fora dela, detectavam-se formações hiperecóicas punctiformes. A passagem da sonda por esta zona era electivamente dolorosa.

Não se encontraram ascite nem colecções.

O aspecto ecográfico foi interpretado como fortemente sugestivo de diverticulite aguda da sigmoideia, que se enquadrava perfeitamente na situação clínica e laboratorial.

Não foram executados exames adicionais.

Sob antibióticos, houve recuperação clínica rápida e completa.

Três semanas mais tarde a ecografia era normal mas um clister opaco (fig. 2) confirmou a interpretação da ecografia de urgência.

2. Um homem previamente saudável, de 54 anos, queixou-se de disuria na semana anterior, com febre ligeira, acompanhando-se de piúria e leucocitose também ligeiras. Foi pedida a ecografia com suspeita de infecção urinária.

A ecografia (fig. 3) encontrou parede vesical espessada mas, em continuidade, uma formação complexa incluindo uma porção relativamente longa (100 mm) de intestino, de

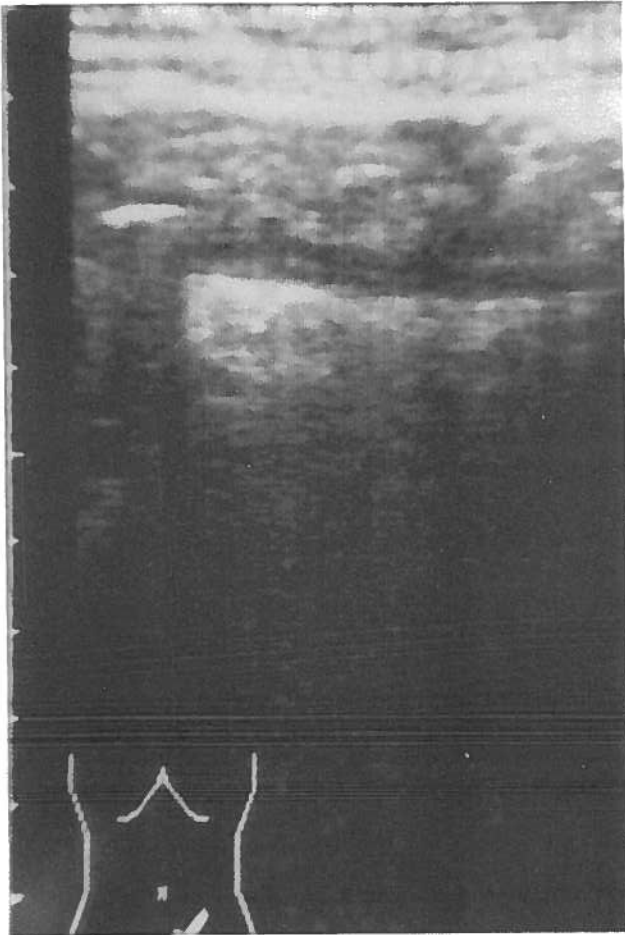


Fig. 1 — Doente 1 Segmento de sigmoideia heterogeneamente hipoeicoica com um foco hipereicoico proeminente, provavelmente correspondendo a um divertículo. Sonda linear 5 MHz compressão moderada



Fig. 3 — Doente 2 A — Massa complexa, adjacente à bexiga, que o doente não conseguia manter repleta.

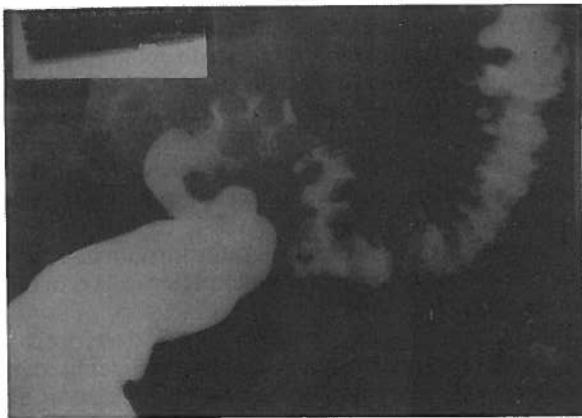


Fig. 2 — Doente 1 Espasticidade e inúmeros divertículos da sigmoideia 3 semanas mais tarde, quando o doente não tinha já queixas. Nesta altura a ecografia tornara-se normal

parede francamente espessada (20 mm) e hipoeicoica, sem dilatação do lume, centrada na fossa ilíaca esquerda, dolorosa a pressão pela sonda. Existia ascite mínima no espaço hepato-renal.

Foi proposto o diagnóstico de diverticulite, suportado por interrogatório que revelou episódios intermitentes de dor na mesma zona desde vários meses antes.

O doente foi enviado então a um gastroenterologista e depois a um urologista que requisitaram TAC, ecografia e colonoscopia noutras instituições, consideradas normais.

No entanto, nova ecografia pelo autor, três semanas mais tarde, manteve a possibilidade de diverticulite. O doente encontrava-se então melhor, mas não curado, com o tratamento dirigido a suposta infecção urinária, apesar de uroculturas negativas. Mais tarde, desenvolveu pneumaturia, levando a cancelar uma cistoscopia planeada.

Foi operado um mês e três semanas após a primeira ecografia. Encontraram-se dois pequenos divertículos na sigmoideia, perfurados, com focos periféricos de fibrose e infecção, interpretados como resultando de longa evolução, além de uma fístula colovesical.

3. Um homem de 56 anos queixou-se durante 10 dias de dor hipogástrica mal definida e de disúria. Foi pedida uma ecografia prostática com o diagnóstico de prostatite.

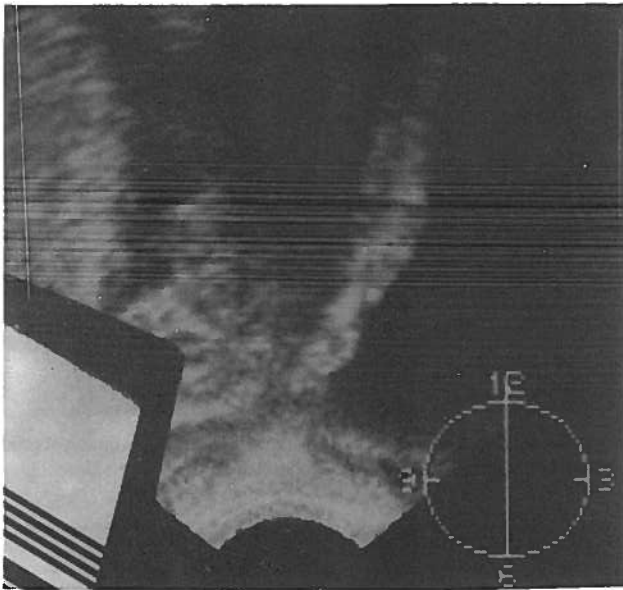


Fig. 4 — Doente 2 Via trans-rectal mostrando claramente irregularidade e espessamento da parede vesical. Marcadas queixas urinárias levaram os clínicos a afastar o diagnóstico ecográfico de diverticulite

Na ecografia observou-se uma próstata ligeiramente aumentada bem como parede vesical um pouco espessada. No entanto, o achado dominante foi o de uma porção de 10 cm de comprimento de sigmoideia francamente espessada, 22 mm, com estrutura hipoeoica quase homogénea, com foco hiperecoico periférico (fig. 5). A interpretação ecográfica foi de diverticulite.

O doente melhorou sob antibióticos e estava bem 3 semanas mais tarde, quando se efectuou um clister opaco, revelando espasticidade e 3 divertículos na sigmoideia. Por esta altura, a ecografia já não revelava alterações.

4. Um homem de 82 anos, previamente saudável, começou com febre de 40 graus 5 dias antes de se apresentar no serviço de urgência, seriamente doente.

A urina era fecaloide e existia uma massa dura de cerca de 15 cm na fossa ilíaca esquerda. Coexistia leucocitose a 30 000.

Na ecografia foi detectada na massa, formada por porção alongada de sigmoideia com parede heterogeneamente hipoeoica, com múltiplos focos hiperecoicos periféricos, além de abscesso; conseguiu-se visualização directa de uma fístula colo-vesical. Descreveram-se estes aspectos como sugerindo fortemente diverticulite.

Efectuou-se clister opaco com gastrografina que não conseguiu atingir a área de interesse principal (fig. 6).

Apesar destes achados, a interpretação clínica permaneceu a de neoplasia da sigmoideia infectada e perfurada.

3 dias mais tarde, foram efectuadas nova ecografia e TAC (fig. 7 e 8) que reforçaram a interpretação da ecografia de urgência. Uma colonoscopia entrou inúmeros e enormes divertículos.

O doente melhorou com tratamento de antibióticos e após 5 dias já eliminava urina límpida mas faleceu 2 semanas mais tarde por AVC.

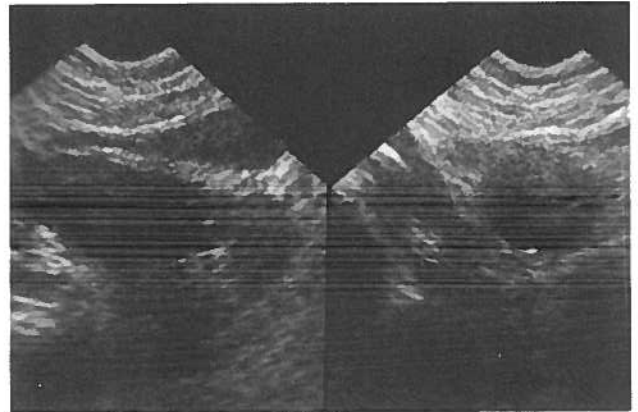


Fig. 5 — Doente 3 Secções longitudinal da sigmoideia espessada, com estrutura hipoeoica quase homogénea, claramente demonstrando um divertículo.



Fig. 6 — Doente 3 Três semanas mais tarde o doente estava quase bem. O clister opaco mostrava ainda espasticidade e 3 pequenos divertículos.

DISCUSSÃO

A diverticulite tem recebido pouca atenção na literatura ecográfica. Os primeiros artigos tratavam de casos com abscessos; o principal artigo tratando directamente a doença relata uma série de 16 doentes¹ em 1985, dos quais 7 tinham abscessos.

No entanto, recentemente apareceram vários artigos^{2,3,4} mostrando muito boas sensibilidades e especificidades da ecografia em casos de suspeita clínica de diverticulite, independentemente da presença de abscessos.

Nos casos agora apresentados, no entanto, o diagnóstico foi sugerido apenas por ecografia, contra a impressão clínica e, no segundo, contra a interpretação de outros exames imagiológicos.

Excepto em situações de diverticulite conhecida, em que me foi solicitada, geralmente com sucesso, a pesquisa de abscessos suspeitados, so houve 5 outros casos, também confirmados, em que apresentei este diagnóstico como primeira possibilidade, em mais de 10 000 ecografias abdominais, incluindo cerca de 1000 em ambiente de urgência.



Fig. 7 — Doente 4 O clister opaco com gastrografina não foi capaz de ultrapassar a obstrução ao nível de sigmoideia, falhando a demonstração da diverticulite; o efeito de massa, por outro lado, é claramente demonstrado.

Por outro lado, tenho mantido um seguimento informal dos meus doentes, incluindo aqueles em que a ecografia e inconclusiva, e em apenas dois, até agora, se veio a demonstrar uma diverticulite não detectada pela eco.

Os achados nos doentes que aqui se apresentam estão de acordo com a descrição de Parulekar¹ que não era do meu conhecimento quando do primeiro caso. No entanto, todos foram diagnosticados contra a suspeita clínica.

A diverticulite produz habitualmente um segmento contínuo, não curto, de espessamento intestinal, de contorno mais ou menos regular, de estrutura de base hipoeicoica. Observam-se directamente divertículos em mais de metade dos casos. Podem detectar-se abscessos na proximidade.

O diagnóstico diferencial deverá incluir muitas outras patologias mas 3 causarão preocupação especial:

— Tumores, que tendem a afectar um menor segmento de cólon, são menos hipoeicoicos e têm contorno mais irregular. Além disso, não haverá geralmente sintomatologia inflamatória.

— Doença de Crohn, que é frequentemente descontínua, inclui também o delgado e afecta um grupo mais jovem de pacientes.

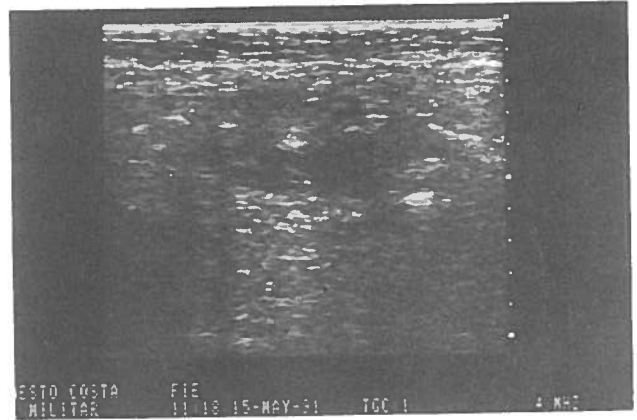


Fig. 8 — A ecografia feita 3 dias mais tarde mostrou uma sigmoideia com inúmeros divertículos hiperecoicos confirmados pela sigmoidoscopia.

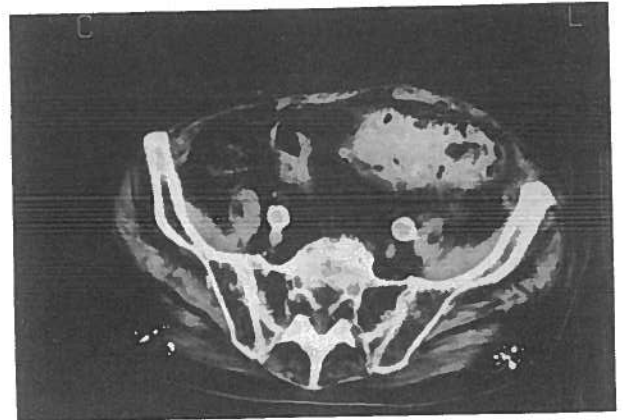


Fig. 9 — A TAC executada

— Isquémia, sobretudo em doentes idosos com diarreia sanguinolenta, com queixas inflamatórias mais ligeiras.

A presença de divertículos aponta no sentido de diverticulite mas a diverticulose por coincidência casual é relativamente frequente. Por outro lado, podem não se identificar divertículos em talvez 40% das diverticulites.

A possibilidade da diverticulite simular outras patologias é bem conhecida. Segundo Feckzco et al⁶, isto seria mais frequente em doentes com menos de 40 anos mas todos os meus doentes tinham ultrapassado essa idade. Surpreendentemente, nos seus 3 casos estudados por eco os resultados foram negativos.

Um ponto interessante é o pequeno número de diverticulites típicas na minha série. Penso que na presença de um doente com queixas clínicas de diverticulites a maioria dos clínicos não sente necessidade de estudos imagiológicos. Esta atitude deverá certamente mudar quando a percepção da eficácia da eco neste contexto se generalizar.

ADENDA

Desde a preparação original deste trabalho, cujo último caso ocorreu no início de 1991, o pedido de exames em suspeitas de diverticulite cresceu de forma acentuada, levando a que a casuística se situe agora perto das três

dezenas. A rapidez dos exames, a qualidade das imagens e a confiança nos resultados por parte dos clínicos cresceram, de forma significativa. A frequência de detecção de divertículos parece agora superior às estimativas originais.

Aos aspectos originalmente referidos soma-se agora a observação da gordura peri-intestinal infiltrada e a análise fina do contorno dos divertículos, em que a irregularidade fortalece a suspeita de ruptura.

BIBLIOGRAFIA

1. PARULEKAR, S.G.: Sonography of Colonic diverticulitis. *J. Ultrasound Med*, 4: 659-666 Dec 85.
2. HERZOG P.: Sonography in the diagnosis and follow-up of colonic diverticulitis, (abstract). *Z Gastroenterol* 1989. Aug 27 (8): 42631.
3. VERBANK J., LAMBRECHT S., GHILLEBERT G., et al.: Can Sonography diagnose acute Colonic Divericulitis in patients with acute intestinal inflammation? A prospective study. *J.C.U.*, 1989 Nov-Dec, 17(9): 661-6.
4. FEDERMANN G.: (Sonography in the diagnosis of acute colonic diverticulitis). Abstract, *Chirurg* 1989 Jun, Vol: 60(6).
5. WILSON S.R., TOI A.: *AJR* 1990 Jun, 154(6): 1199-202. The value of sonography in the diagnosis of acute diverticulitis of the colon.
6. FRECZCO P.J., NISH A.D., CRAIG B.M., SIMMS S.M.: Acute diverticulitis in patients under 40 yrs of age: radiologic diagnosis *AJR*, 1988 Jun, Vol. 150(6): 1311-4.