

PÓLIPO PEDUNCULADO DA SIGMOIDEIA

Detecção Inicial por Ecografia com Técnica Compressiva

J.P. CANSADO CARVALHO

Serviço de Radiologia, Hospital Militar Principal, Lisboa

RESUMO

Num doente com história de fezes cobertas por sangue vivo intermitentemente durante 3 anos foi detectado por ecografia um pólipo presumivelmente da sigmoideia. Inicialmente, o pólipo passou despercebido num clister opaco com duplo contraste e numa colonoscopia. O pólipo foi confirmado cirurgicamente.

SUMMARY

Pedunculated polyp of the sigmoid colon — Primary Detection by us with graded compression

A man with a history of intermittent blood stained feces for 3 years was found with US to have a 3 cm polyp, presumably of the sigmoid colon. Double contrast barium enema and colonoscopy first missed the polyp, which was confirmed with surgery.

INTRODUÇÃO

O estudo do intestino por ecografia com técnica compressiva parece-nos simples e útil para muitas doenças intestinais além da apendicite, em que é mais conhecido.

Descreve-se o caso dum pólipo encontrado por esta técnica.

CASO CLÍNICO

Um homem de 44 anos, saudável, solicitou uma ecografia aos intestinos devido a rectorragias intermitentes desde 3 anos atrás. Não tinha quaisquer outras queixas, nem anemia. No início da doença, um clister opaco com duplo contraste tinha sido relatado «normal» e o doente recusara colonoscopia, abandonando o seu médico durante estes 3 anos.

A ecografia com técnica compressiva (Siemens SL1 sonda linear de 7,5 Mhz) segundo Puylaert¹ revelou uma massa mais ou menos arredondada, de 37 mm de maior diâmetro, de estrutura sólida hipoeoica algo heterogénea, na fossa ilíaca esquerda (Fig. 1).

A massa era móvel sob a sonda e parecia encontrar-se no interior do tubo digestivo de aspecto normal.

A massa foi reencontrada em exame subsequente, dias mais tarde, e era a única anomalia.

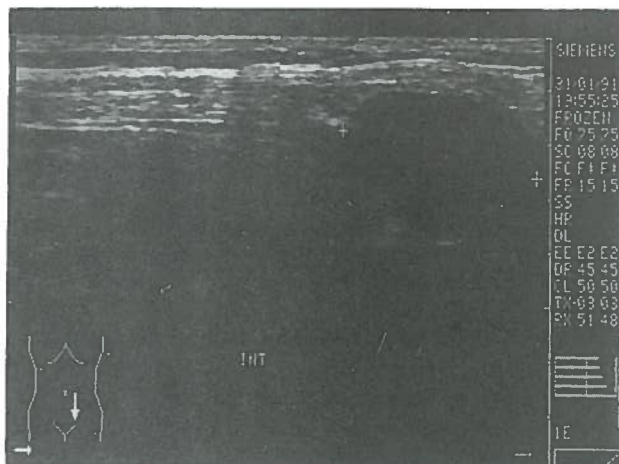


Fig. 1 — A ecografia com técnica compressiva mostrou com facilidade uma massa sólida mais ou menos arredondada no quadrante inferior esquerdo do abdómen.

Relataram-se estes achados como provável pólipo do colón sigmoideu, sugerindo-se colonoscopia. Devido a relutância do doente, foi primeiro efectuado um clister opaco; o clister opaco, com técnica de contraste simples com bário fluído, também executado pelo autor, mostrou um pólipo na sigmoideia com um fino pedículo de cerca de 8 cm (Fig. 2). Causou alguma preocupação a presença de

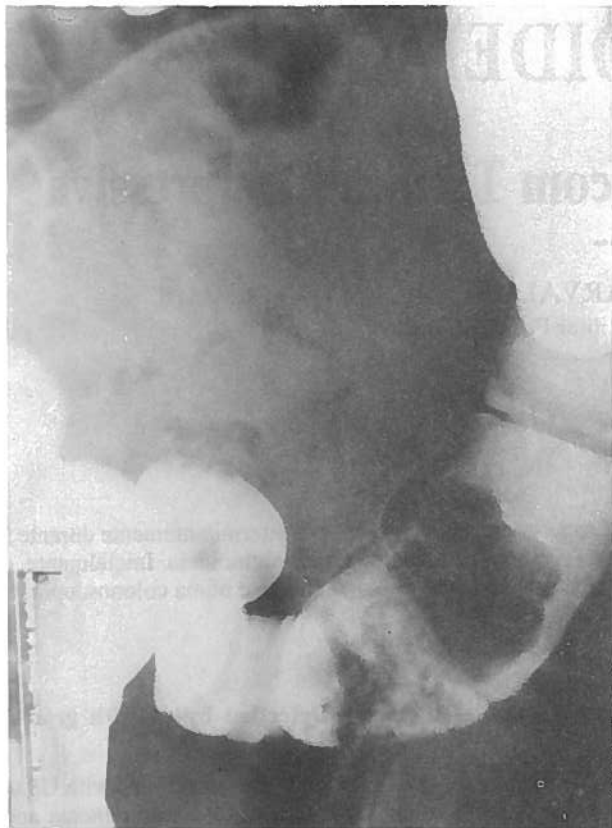


Fig. 2 — Ótima demonstração em clister opaco com técnica de contraste simples com bário fluído.

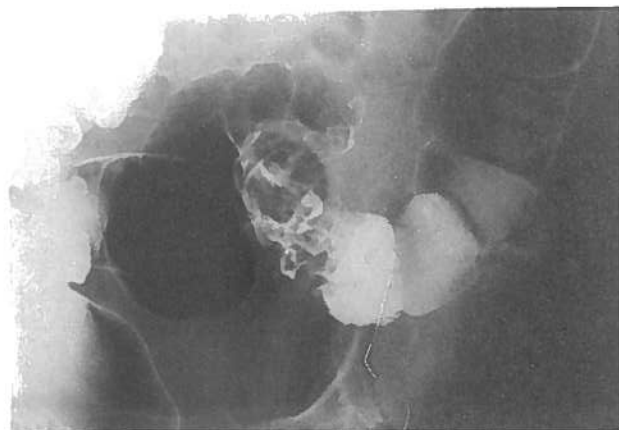


Fig. 3 — O pólipó é muito menos evidente em clister opaco com duplo contraste feito alguns dias mais tarde. Todavia a irregularidade da parede é bem evidente nesta película.

irregularidade na parede do cólon na área de implantação do pedículo, levantando alguma suspeita de malignidade.

Este clister foi mostrado ao gastroenterologista que realizou a colonoscopia 4 dias mais tarde. Inexplicavelmente, apesar de se tratar de pessoa experimentada, o

pólipó não foi encontrado, tendo sido confundido com um segundo pólipó pediculado de cerca de 9 mm presente acidentalmente.

Uma segunda colonoscopia, apenas realizada depois do endoscopista ter visto o pólipó em novo clister opaco, desta vez em duplo contraste (Fig. 3), detectou a lesão, que foi considerada imprópria para ressecção endoscópica.

O doente foi submetido a cirurgia e ambos os pólipós foram retirados. O relatório histológico descreveu adenomas tubulovilosos, com displasia severa no pólipó maior. Não foram encontradas células malignas nem infiltração da parede do cólon.

Retrospectivamente, o pólipó maior era visível no clister de duplo contraste realizado 3 anos antes (Fig. 4)



Fig. 4 — Três anos antes, o pólipó tinha sido confundido com fezes neste clister opaco com duplo contraste

DISCUSSÃO

Este caso tem vários pontos interessantes, nomeadamente que a ecografia foi auto-requisitada, que foi eficaz e ainda que dois exames consagrados, que não deveriam ter falhado um pólipó 37 mm, na realidade não o detectaram.

Há 2 anos que tenho vindo a aceitar autopeditos para ecografia, incluindo ecografia intestinal. Os pedidos feitos pelos próprios doentes acarretam responsabilidade aumentada para o radiologista, por muitas razões. Por outro lado, num certo número de casos, pode poupar-se tempo, dinheiro e passos desnecessários.

Neste caso particular, muito poucos médicos teriam pensado na ecografia. No entanto, a minha experiência pessoal, não publicada, parece demonstrar que quando uma lesão intestinal se torna sintomática, tem uma probabilidade substancial de ser detectada por eco. Além disso, a eco é inócua e relativamente barata.

A decisão de aceitar selectivamente pedidos feitos pelos próprios doentes é, em boa parte, corolário do aforismo tantas vezes repetido «os radiologistas têm de ser também clínicos».

Esta aceitação surge como um alargamento das situações em que durante um exame pedido para determinada área o ecografista decidia expandir o seu âmbito, para responder de forma eficaz ao problema clínico. Por exemplo, num doente com pedido de ecografia abdominal superior, em que existiam dores estendendo-se ao hipogastro, é de há muito minha prática corrente fazer o exame pélvico suple-

mentar, e debitá-lo, após explicação sumária da questão ao doente.

A minha aceitação de pedidos feitos pelos próprios doentes teve início com situações de cólicas renais recidivantes. Se um doente que teve 5 cólicas anteriormente fez uma ecografia por indicação do seu urologista, para o estudo de cada uma delas, com que pretexto se lhe dirá que numa hipotética nova cólica ele precisa de consultar o seu clínico para que este lhe faça a respectiva requisição de ecografia? Obviamente, qualquer doente evoluído interpretará essa atitude restritiva como uma mera defesa corporativa da classe médica e não como a defesa dos seus melhores interesses como doente.

É claro que, quando um radiologista aceitar fazer exames aos doentes que lhes pedem directamente, dos quais resultam para si próprio um ganho económico, isto pode levar a um acréscimo injustificado dos exames; mas, se isto é provável, é evidente que estas considerações se aplicam de forma esmagadora aos ginecologistas, urologistas ou gastroenterologistas que prescrevem e efectuam as suas próprias ecografias, e não aos radiologistas.

Trata-se de uma área melindrosa mas que vem merecendo crescente atenção na literatura científica internacional.

Existem estatísticas americanas que chegam a revelar uma multiplicação por sete do número de exames pedidos a uma população em que os exames são efectuados pelos próprios clínicos, em confronto com outra população comparável em que os exames são requisitados pelos clínicos aos radiologistas, o que mostra o enorme impacto económico, e ético, deste problema⁵.

Repare-se ainda que, quando um radiologista satisfaz a execução de um exame solicitado por um paciente, existirá por norma um clínico independente que poderá avaliar a adequação ética e científica da sua postura, ao contrário do que frequentemente acontece quando um clínico requisita ele próprio para si mesmo ou para o seu grupo fechado os exames auxiliares de diagnóstico para os seus doentes.

Terminemos aqui esta questão do pedido.

Embora tenha usado um clister hídrico em algumas ecografias intestinais, acho esta opção eficaz mas pouco prática. Opostamente, o uso da técnica compressiva é simples e bem aceite.

Na literatura, um pólipó semelhante ao que agora se descreve foi relatado em 1987², mas tinha sido previamente encontrado num clister opaco.

Alguns artigos recentes mostram que, com preenchimento retrógrado³ ou anterógrado⁴ do cólon por líquido é possível a visualização de pólipos pela eco com sensibilidade na ordem dos 90% para pólipos maiores que 10 mm.

No entanto, estas técnicas são pouco adaptadas à incorporação na rotina diária dum serviço sobrecarregado.

Por outro lado a análise do espaço abdominal infra-mesocólico com técnica compressiva apenas levará uns minutos quando não se detectam anomalias.

Embora neste doente o pólipó fosse bastante grande, parece provável que seja possível detectar pólipos mais pequenos, da ordem dos 15-20 mm, uma suposição que o futuro terá que provar.

O falhanço do clister em duplo contraste original tornou-se um pouco mais compreensível quando eu realizei o duplo contraste para mostrar a lesão ao endoscopista: embora soubesse perfeitamente a localização do pólipó, este não foi nada evidente; a sua mudança de lugar com o mínimo movimento do doente apenas complicava as coisas. Por outro lado, com a técnica de contraste simples com bário fluído nem sequer foi necessária compressão para a lesão se revelar de forma exuberante.

Retrospectivamente, a irregularidade encontrada no clister opaco foi atribuída a forças de tracção mecânicas; neste ponto a eco teve um bom desempenho, já que não mostrou nenhum segmento de parede intestinal espessada.

Não me debruçarei sobre o falhanço da colonoscopia, para o qual não tenho explicação.

Os adenomas tubulovilosos são geralmente assintomáticos mas não deixam de ser importantes devido ao potencial significativo de malignização. Embora a hemorragia seja a manifestação clínica mais frequente, são uma causa pouco comum de perda de sangue nas fezes.

ADENDA

Depois da conclusão original deste trabalho, ocorrida em finais de 91, já foram detectados mais dois pólipos, o mais pequeno com 20x17 mm.

BIBLIOGRAFIA

1. PUYLAERT J.C.B.: Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology* 1986; 158: 355.
2. SKAANE P.: Ultrasonic demonstration of a pedunculated colonic polyp. *J Clin Ultrasound* 1987; 15: 204-206.
3. HIROOKA N., OHNO T., MISONOO M., KOBAYASHY C., et al.: Sonoenterocolonography by oral water administration. *JCU* 1989; 17: 585-9.
4. LIMBERG B.: Diagnosis of large bowell tumors by colonic sonography. *Lancet* 1990; 335: 144-6.
5. HILLMAN B.: Self referral for diagnostic imaging. *Radiology*, 1992; 185: 633-634.