

---

## DAS FALÁCIAS DO ENEMA OPACO EM COLO-PROCTOLOGIA

PEDRO HENRIQUE SARAIVA LEÃO, TSBCP

---

SARAIVA LEÃO PH - Das falácias do enema opaco em coloproctologia. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(3): 110-112.

**RESUMO:** O autor relata e comenta casos de três pacientes operados por doenças dos cólons, nos quais o enema opaco de duplo contraste mostrou-se etiologicamente inespecífico. Enfatiza ainda as possibilidades de erro diagnóstico deste procedimento quando usado semiologicamente como exame isolado.

**UNITERMOS:** enema opaco; câncer colo-retal; radiologia digestiva

---

A exemplo dos demais exames auxiliares em medicina, o exame radiológico dos cólons dá maior contribuição ao diagnóstico, quando positivo. Com a devida vênia aos Professores (*Wilhelm Conrad*) Roentgen e (*Walter Bradford*) Cannon, o enema opaco muitas vezes não diferencia com precisão as várias moléstias desse segmento digestivo.

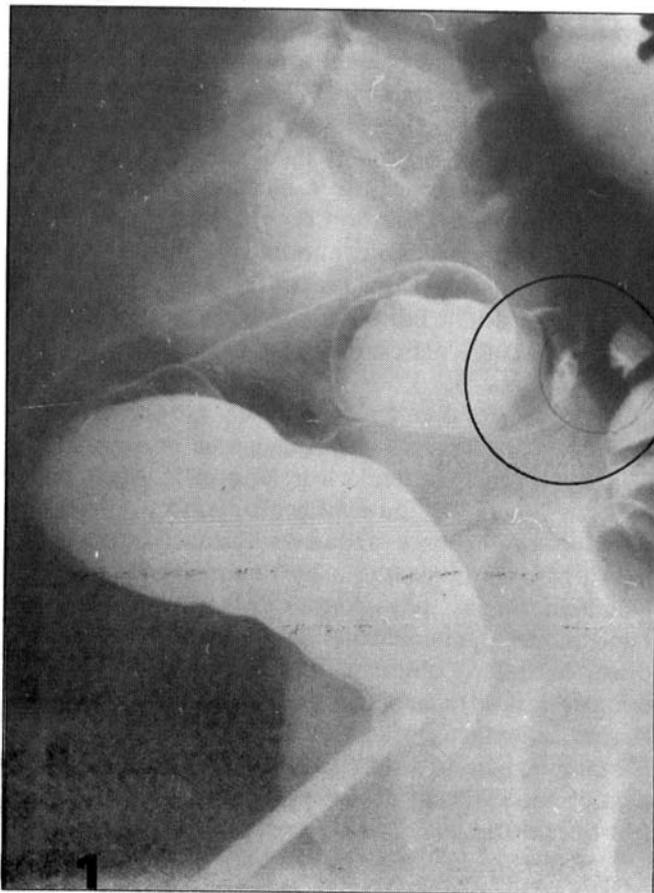
Vale parodiar a citação de *Georges Duhamel* "Le Combat Contre les Ombres" (1), que comparou a interpretação de algumas radiografias do tórax a um verdadeiro "combate contra as sombras"! No intestino grosso, os raios-x travam idêntico duelo, assim comprovando sua eventual inespecificidade, a julgar pelos três casos apresentados a seguir.

**Caso I** - Mulher; casada; 36 anos; 4 partos normais. Há aproximadamente 8 meses com cólicas abdominais no hipocôndrio E, diarreia e enterorragia. Anêmica. Retossigmoidoscopia (16 mm): mucosa levemente edemaciada; secreção sero-sangüinolenta fluindo dos segmentos superiores; borraina hemorroidal. Na oportunidade apresentou coprologia negativa para *E. histolytica*.

---

Trabalho realizado nas Clínicas Colo-Proctológicas do HGF (INAMPS) e da Faculdade de Medicina da UFC.

Enema opaco: "Lesão infiltrativa do sigmóide" (*Fig. 1*). Laparotomia: alça sigmóide solta, palpando-se pequeno tumor intraluminal, antimesentérico; inexistia enfartamento ganglionar; fígado livre. Conduta: hemicolectomia E, oncológica, com anastomose primária. Peça: lesão da mucosa, 3 cm de diâmetro; infiltração das camadas subjacentes até a serosa. Laudo anatomopatológico: "Endometriose".



**Fig. 1** - Lesão infiltrativa do sigmóide. Observe-se o estreitamento luminal unilateral.

**Caso II** - Homem; 54 anos; cirrótico. Cólicas no hipocôndrio e na FIE, fortes, intermitentes, há aproximadamente 6 meses. Sangramento retal eventual. Perda ponderal: 4 kg. Palpação abdominal: *nilil*. Retossigmoidoscopia (14 cm): mucosa edemaciada; varizes hemorroidárias. Biópsias para *E. histolytica* e ovos de SM: negativas. Enema opaco: "Neoplasia anular do ceco" (Fig. 2). Laparotomia: junção íleo-cecal com aspecto tumoral, dificultando a detecção de massa(s) no seu interior; fígado pequeno, cirrótico; ausência de depósitos metastáticos e/ou ganglionares regionais. Conduta: hemicolectomia D com anastomose íleo-transversa primária. Espécime: ausência de quaisquer lesões. Anatomopatologia: "Invaginação íleo-cecal".

**Caso III** - Homem; 56 anos. Há 5 anos dores no hipogástrico; diarreia eventual, sem sangue e/ou mixorréia. Palpação abdominal: n.d.n. Retossigmoidoscopia (10 cm): mucosa edemaciada; distorção e estenose àquela altura; varizes hemorroidais. Enema opaco: "Neoplasia maligna da junção retossigmoidiana" (Fig. 3). Laparotomia: plastrão envolvendo a transição retossigmoidiana e alças delgadas vizinhas; fígado e gânglios regionais normais. Conduta: exérese do segmento intestinal comprometido, arrematada com a técnica de Hartmann,



Fig. 2 - Neoplasia anular do ceco.

para ulterior reconstituição. O exame macroscópico da parte extirpada e aberta longitudinalmente não mostrou quaisquer alterações. O exame anatomopatológico (*reductio ad absurdum!*) revelou inflamação crônica inespecífica e uma pequena perfuração na mucosa.

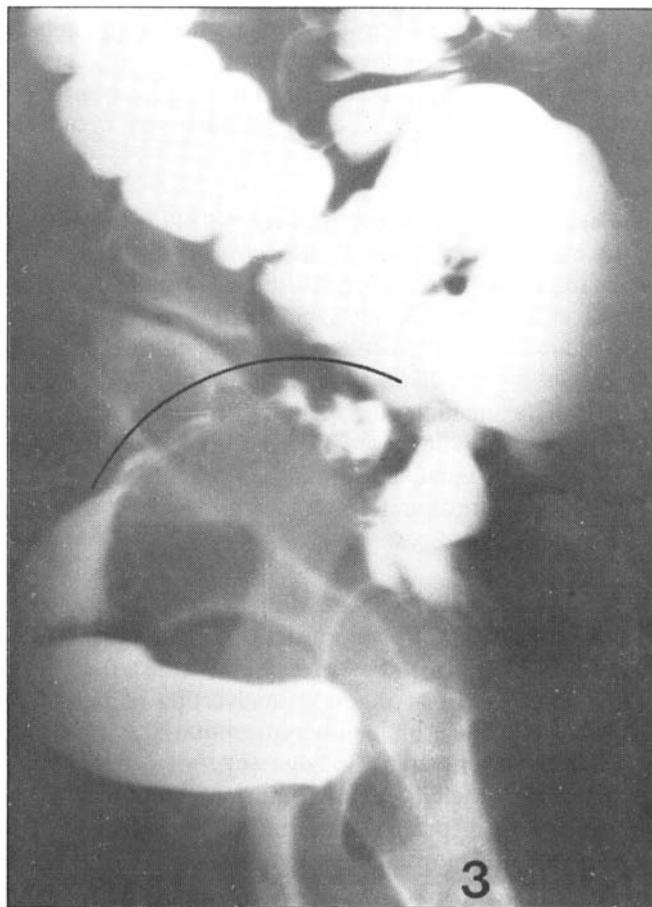


Fig. 3 - Neoplasia maligna da junção retossigmoidiana (grifo nosso). Atente-se para a extensão incomum da estenose.

## COMENTÁRIOS

Especulações clínicas e etiológicas mais alentadas escapam à índole deste trabalho. Contudo, algumas merecem, grosso modo, ser aqui mencionadas.

**Caso I** - Curiosamente, o sangramento transretal era maior fora dos catamênios do que na sua vigência! Outrossim, a imagem radiológica semelhava o carcinoma "em sela", ou "achatado". Na endometriose, os implantes intestinais são basicamente serosos, daí seguindo-se fibrose com infiltração muscular e posterior estenose luminal. A mucosa geralmente permanece intacta, e é raro o sangramento (2).

**Caso II** - Neste paciente, o clister baritado era, em verdade, quase patognomônico de "neoplasia anular"

do ceco. Não obstante, os achados macro e microscópicos revelaram "invaginação crônica primária", palindrômica, incidindo em todas as idades, como se lê em *Wangensteen* (3). Inexistiam, incidentalmente, as tradicionais imagens "em taça" ou "em casca de cebola". Alvitrar-se-ia a presença da invaginação à época do exame radiológico, e a seguir (ou durante a laparotomia?) desfeita! Ainda referendando aquele autor, vale lembrar que 75% dos casos de invaginação ocorrem em crianças menores de 2 anos, e (também) sem causa aparente; no adulto tal se processa, e quase sempre por neoplasia dessa região.

**Caso III** - As alterações estruturais radiológicas neste doente não lembravam os aspectos clássicos de "anel de guardanapo" ou "maçã mordida" - dos adenocarcinomas colo-retais. De fato, pela extensão, essas sugeriam o incomum carcinoma cirroso dos cólons, com 6-8 cm, o qual evoca a *linitis plastica* do estômago. Ademais, as falhas de enchimento, quando malignas, costumam ser "abruptas" e "inferiores a 5 cm" (4, 5) > Não eram evidentes, por igual, as alterações do relevo mucoso, aliás até semanticamente inerentes ao "adeno" carcinoma dessa porção digestiva.

Mercê da inexistência de divertículos, síndrome de úlcera solitária, e tampouco processos isquêmicos a esse nível, a perfuração microscopicamente constatada teria sido determinada por ingestão inadvertida (e já esquecida!) de corpo estranho, ou representaria a variedade espontânea descrita por *Goligher* (6).

Estes três pacientes não foram submetidos a colonoscopia, a qual, praticamente inexequível no Caso III, teria, mediante biópsia, refutado a hipótese de câncer nos Casos I e II. A despeito dos diagnósticos definitivos, havia, em todos, indicação cirúrgica, reconhecendo-se

mesmo a visão dinâmica, fluoroscópica, do radiologista, ao invés da observação estática do cirurgião ao examinar as várias grafias.

Fica novamente comprovada a inespecificidade por vezes observada no enema baritado, como técnica semiótica única, na patologia colo-proctológica.

---

**SARAIVA LEÃO PH - Barium enema fallacies in Colo-Proctology.**

**SUMMARY:** The author reports 3 cases of misdiagnosed barium enemas in patients who nonetheless needed laparotomy. The paper emphasizes the fallacies of radiology alone in etiologic diagnosis of colorectal diseases.

**KEY WORDS:** barium enema; colorectal cancer; digestive radiology

---

#### REFERÊNCIAS

1. Gibbon Jr J. Surgery of the chest. Philadelphia: W.B. Saunders, 1969.
2. Saraiva Leão PH, Camurça MF, Sales JSC. Endometriosis in the rectum. Rev Med Univ Fed Ceará 1973; 13(1/2): 55-60.
3. Wangenstein OH. Intestinal obstructions. Springfield: Charles C Thomas, 1955.
4. Dreyfus JR, Janover ML. Radiology of the colon. Baltimore: William & Wilkins, 1980
5. Marshak RH, Lindner AE, Maklanski D. Radiology of the colon. Philadelphia: W. B. Saunders, 1980.
6. Goligher J. Surgery of the anus, rectum and colon. London: Baillière Tindall, 1984.

**Endereço para correspondência:**  
Pedro Henrique Saraiva Leão  
Av. Bezerra de Menezes, 749  
60325 - Fortaleza - CE