

---

## DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITE AGUDA PELO ENEMA OPACO COM CONTRASTE HIDROSSOLÚVEL

RAUL CUTAIT, TSBCP  
MARCOS A. COSTACURTA  
PENG Y. SHENG  
MARCO A. PINI  
JOSÉ LUIZ A. BORGES  
EDUARDO CARONE  
MARCELO AVERBACH  
PAULO A. CORREA  
DAHER E. CUTAIT, TSBCP

---

CUTAIT R, COSTACURTA MA, SHENG PY, PINI MA, BORGES JLA, CARONE E, AVERBACH M, CORREA PA, CUTAIT DE - Diagnóstico de diverticulite aguda pelo enema opaco com contraste hidrossolúvel. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10(3): 96-99.

**RESUMO:** Os autores apresentam sua experiência com o uso do enema opaco com contraste hidrossolúvel, sem preparo intestinal prévio, nos casos de suspeita de diverticulite aguda. Dos 43 pacientes examinados, 22 (51,2%) eram portadores dessa condição (18 com espasmo, três com trajeto fistuloso e um com perfuração). A exclusão da diverticulite ensejou a investigação propedêutica de outras patologias, sendo que o uso do contraste hidrossolúvel não impediu a realização de exames por métodos de imagem ou endoscópicos. Dessa forma, conclui-se que este exame deve ser realizado rotineiramente nos pacientes com quadro clínico sugestivo de diverticulite.

**UNITERMOS:** diverticulite; enema opaco; contraste hidrossolúvel

---

Estima-se que 50% das pessoas acima dos 60 anos apresentam moléstia diverticular dos cólons e que cerca de 20% delas venham a ter alguma manifestação clínica de doença, sendo que, freqüentemente, o quadro clínico é de infecção ao nível do cólon sigmóide (1).

O diagnóstico preciso da diverticulite aguda deve ser precoce, a fim de que as medidas terapêuticas possam ser introduzidas de maneira mais acurada. Paralelamente, a exclusão desse diagnóstico induz a se prosseguir com a investigação propedêutica do quadro clínico. Contudo, no nosso meio, mesmo entre os especialistas, é prática corrente estabelecer o diagnóstico de diverticulite apenas através do quadro clínico e de alterações hematológicas, sem o auxílio de exames por imagem. O enema baritado dos cólons é evitado, com sensatez, devido às complicações que podem advir de um eventual extravasamento do bário (2, 3). Já o uso do enema opaco com contraste hidrossolúvel na suspeita de diverticulite é recurso comentado na literatura, mas não extensamente avaliado e divulgado (6).

Assim, o objetivo do presente trabalho é relatar nossa experiência inicial com o enema opaco realizado com contraste hidrossolúvel, sem preparo intestinal prévio, em pacientes que apresentavam suspeita clínica de diverticulite.

## MATERIAL E MÉTODOS

De agosto de 1988 a maio de 1990, foram investigados prospectivamente, no serviço de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, 43 pacientes com dor aguda na fossa ilíaca ou flanco esquerdo, de intensidade variável, comumente associada a outros sintomas e alterações laboratoriais, sugerindo quadro de diverticulite aguda. Vinte e quatro pacientes eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idades variando de 35 a 81 anos (média de 56,6 anos).

O enema opaco foi sempre realizado quando da suspeita clínica de diverticulite, empregando-se contraste hidrossolúvel iodado, administrado por via retal, no volume médio de 200 ml, sem preparo intestinal prévio. O procedimento radiológico obedeceu aos padrões usuais da técnica do exame, apenas tomando-se o cuidado de se introduzir a substância com pressão mínima, a fim de se reduzir o risco de desbloqueio de eventual perfuração existente.

Os critérios radiológicos para considerar a existência de diverticulite foram: a) espasticidade segmentar persistente, com redução do calibre do cólon e desorganização associada a aparente espessamento da mucosa colônica; b) presença de trajeto fistuloso; c) extravasamento de contraste (Figuras 1 a 3).



Fig. 1 - Cólono sigmóide espástico, com diverticulite aguda.

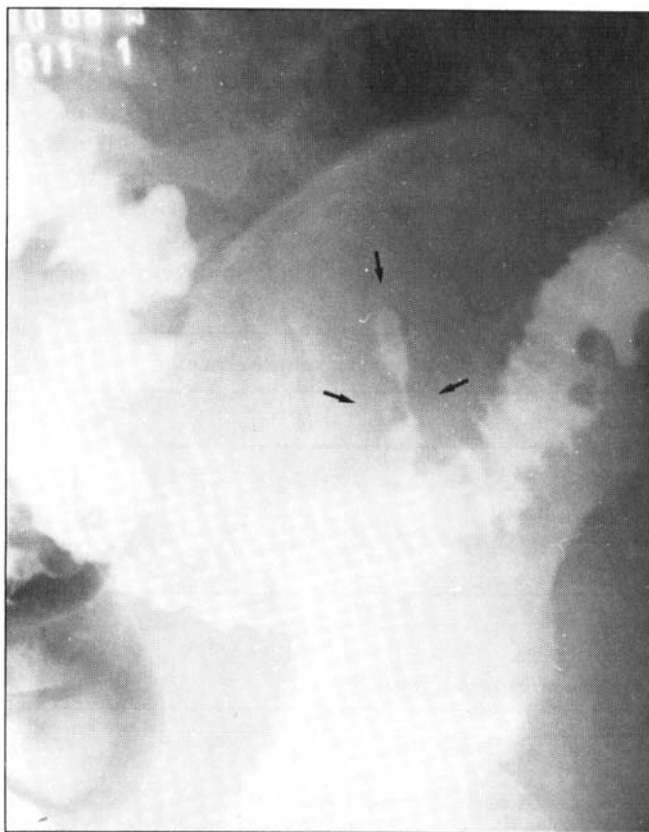


Fig. 2 - Trajeto fistuloso a partir do signóide.

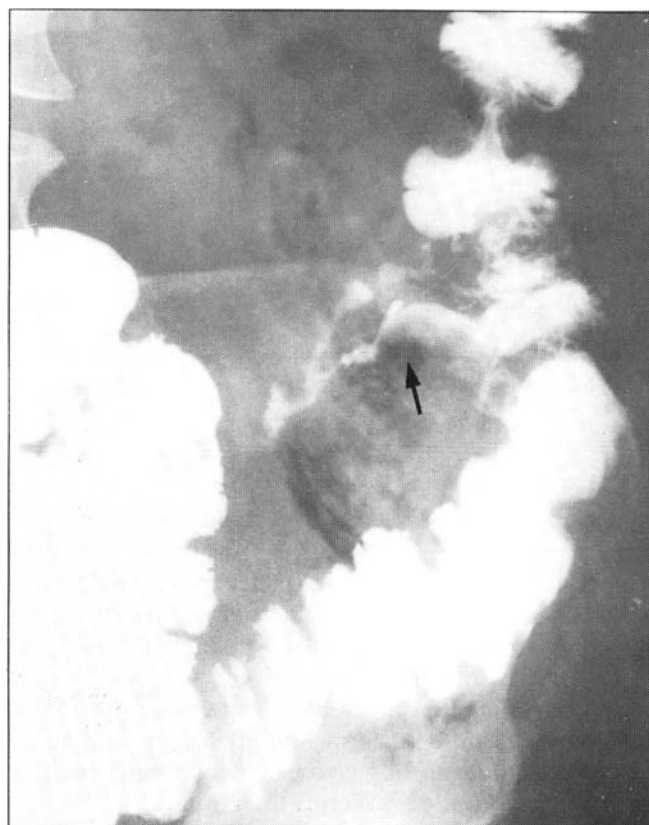


Fig. 3 - Perfuração ao nível do cólon descendente, com extravasamento do contraste hidrossolúvel.

## RESULTADOS

O exame foi sempre bem tolerado pelos pacientes e não se observou qualquer complicação. Dos 43 pacientes examinados, pôde-se firmar o diagnóstico de diverticulite em 22 (Tabela 1). A exclusão de diverticulite permitiu a exploração subsequente em 21 casos, com a realização de outros diagnósticos através da evolução clínica e de métodos laboratoriais ou de imagem (Tabela 2).

**Tabela 1 - Achados relacionados com diverticulite.**

| Diverticulite       | N  | (%)     |
|---------------------|----|---------|
| Espasmo             | 18 | (81,8)  |
| Trajetos fistulosos | 3  | (13,6)  |
| Perfuração          | 1  | (4,6)   |
| Total               | 22 | (100,0) |

**Tabela 2 - Outros diagnósticos.**

| Diagnóstico  | N |
|--|---|
| Abscesso pélvico de origem ginecológica                    | 2 |
| Abscesso por perfuração de intestino delgado               | 1 |
| Litíase urinária   | 1 |
| Doença de Crohn dos cólons                                 | 1 |
| Apendicite aguda   | 1 |
| Hérnia de Spiegel  | 1 |
| Enterite necrotizante                                      | 1 |
| Tumor de cólon sigmóide                                    | 1 |
| Tumor de cólon descendente                                 | 1 |
| Infecção urinária  | 1 |
| Colecistite aguda  | 1 |
| Úlcera duodenal perfurada                                  | 1 |
| Moléstia diverticular hipertônica sem sinais inflamatórios | 2 |
| Indeterminado  | 6 |

## DISCUSSÃO

O diagnóstico de diverticulite aguda pode ser realizado levando-se em conta apenas o quadro clínico de dor, alteração do hábito intestinal e febre, comumente associado a hemograma evidenciando infecção e sedimento urinário normal. Contudo, comumente as manifestações da doença, tanto clínicas, quanto laboratoriais, não são muito exuberantes, o que pode gerar dúvidas quanto à etiologia do quadro clínico. A falta de esclarecimento diagnóstico favorece o retardo da conduta terapêutica clínica ou cirúrgica, ou até mesmo a indicação cirúrgica desnecessária (5). O erro diagnóstico é mais comum em mulheres com menos de 40 anos (6),

muitas vezes mimetizando processo inflamatório aneural (7).

O diagnóstico de diverticulite aguda por imagens pode ser suscitado ou efetivado através de diferentes procedimentos, que incluem a radiografia simples de abdome, a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada e o enema opaco. Dentre todos, o enema opaco é o que apresenta maiores possibilidades de esclarecer definitivamente o quadro clínico. A realização do enema opaco com contraste hidrossolúvel sem preparo intestinal prévio em pacientes com suspeita de diverticulite aguda, embora não seja procedimento inédito (4), não tem sido adequadamente difundido e empregado na prática clínica. Esse método de investigação por imagem apresenta muitas vantagens. Inicialmente, permite o diagnóstico de certeza de diverticulite, que em nossa série foi de 51% dos casos, permitindo segurança para as condutas clínicas ou cirúrgicas. Afastada diverticulite, o processo de investigação propedêutica em nossa casuística permitiu diagnóstico alternativo em 34,4% dos casos. É interessante assinalar que o uso do contraste hidrossolúvel não impossibilita a posterior investigação por imagens ou por colonoscopia daqueles casos onde não se identifica diverticulite. Por esse motivo, e também pelo fato do possível extravasamento causando grave peritonite bácia (2,3), é que, rotineiramente, contra-indica-se o uso de contraste baritado quando há suspeita clínica de diverticulite.

Outros métodos por imagem para a identificação de diverticulite, tais como a ultra-sonografia e a tomografia abdominais, identificam com mais facilidade o processo inflamatório pericólico ou o abscesso (8, 9). Porém, mesmo com interpretação acurada, esses exames aparentemente não acrescentam vantagem diagnóstica sobre o enema opaco (10). No caso da tomografia, tem que se levar também em consideração o seu alto custo e disponibilidade.

Em conclusão, o enema opaco com contraste hidrossolúvel, sem preparo intestinal, é um exame sensível, de fácil execução, e não acrescenta risco aos pacientes, sendo, portanto, recomendado nos casos de suspeita clínica de diverticulite.

CUTAIT R, COSTACURTA MA, SHENG PY, PINI MA, BORGES JLA, CARONE E, AVERBACH M, CORREA PA, CUTAIT DE - Diagnosis of acute colonic diverticulitis with hicrosoluble contrast enema.

**SUMMARY:** The authors show their experience with the hydrossoluble contrast enema performed without previous bowel preparation in patients presenting clinical complaints of diverticulitis. In 43 patients, the diagnosis of diverticulitis was established in 22 cases (51.2%) and dismissed in 21 (48.8%). The exclusion of diverticulitis stimulated further investigation. It has to be noted that the use of hidrossoluble contrast did not prevent

further imaging or colonoscopic exams. Therefore, it is concluded that the hydrossoluble contrast enema should be performed in every patient with suspected diverticulitis.

**KEY WORDS:** diverticulitis; contrast enema; hidrossoluble contrast

---

#### REFERÊNCIAS

1. Ferrucci Jr. JT. Diverticular Disease. In: Dreyfurs JR & Janower ML. Radiology of the Colon - 1.<sup>a</sup> ed., Baltimore: Williams & Wilkins, 1980: 160-183.
2. Cochren DA, Almand CH, Schucart WA. An experimental study of the effects of barium and intestinal contents on the peritoneal cavity. Am J Radiol 1963; 89: 883-887.
3. Han SY, Tishler JM. Perforation of the colon above the peritoneal reflexion during the barium-enema examination. Radiology 1982; 144: 253-255.
4. Gottesman L, Zevon SJ, Brabbee GW e cols. The use of water-soluble contrast enemas in the diagnosis of acute lower left quadrant peritonitis. Dis Colon Rectum 1984; 27: 84-88.
5. Dawson JL, Hanon I, Poxburgh RA. Diverticulitis coli complicated by diffuse peritonitis. Br J Surg 1965; 52: 354-392.
6. Chodak GW, Rangel DM, Passaro E. Colonic diverticulitis in patients under age 40: need for earlier diagnosis. Am J Surg 1981; 141: 699-702.
7. Walker JD, Gray LA, Polk HC. Diverticulitis in women: an unappreciated clinical presentation. Ann Surg 1977; 185: 402-405.
8. Hulnick DH, Negibow AJ, Balthazar EJ e cols. Computed tomography in the evaluation of diverticulitis. Radiology 1984; 162: 491-495.
9. Hulnick DH, Negibow AJ, Balthazar EJ. Diverticulitis: evaluation by CT and contrast enema (letter). Am J Radiol 1987; 149: 644-645.
10. Johnson CD, Baker ME, Rice RP e cols. Diagnosis of acute colonic diverticulitis: comparison of barium enema and CT. Am J Radiol 1987; 148: 541-546.

#### Endereço para correspondência:

Raul Cutait  
Al. Eugênio de Lima, 130  
01403 - São Paulo - SP  
Brasil