TÍTULO

ESTENOSES DO CÓLON SIGMOIDE: AVALIAÇÃO EM CLÍSTER DUPLO COTRASTE.

AUTORES

F Anthony Blakeborough; F Anthony H. Chapman; F Sarah Swift; F Gary Culpan.

INSTITUIÇÃO

ST. James's University Hospital; Leeds; England.

REVISTA

Radiology – Agosto de 2001

RESUMO

As estenoses do cólon sigmoide são frequentemente causadas por carcinoma ou diverticulite.

Apesar de abordagem multidisciplinar (*clínica, endoscopia, CDC, TAC*), persistem alguns problemas no diagnóstico de certas estenoses, particularmete quando carcinoma e doença diverticular coexistem ou quando um tumor causa perfuração, desencadeando um processo inflamatório envolvente.

O objectivo do estudo foi determinar a exactidão da interpretação radiológica na distinção entre estenose benignas e malignas do cólon sigmoide, na ausência de informação clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram seleccionados 78 casos, com estenoses documentadas a nível do cólon sigmoide, de 8.000 CDC realizados entre 1991 – 1996, no ST. James's University Hospital. Nestes casos, houve confirmação histológica do diagnóstico ou seguimento clínico e radiológico posterior dos pacientes.

35 ð estenoses malignas;

43 ð estenoses benignas.

Todas as lesões malignas tinham confirmação histológica *(ressecção cirúrgica = 32, biópsia endoscópica = 1, ex. postmortem = 2)*. O diagnóstico de estenose benigna foi estabelecido após ressecção cirúrgica *(n = 10)*, ou seguimento

durante pelo menos 6 meses, o qual incluía tanto biópsia endoscópica *(n = 7)* ou repetição de CDC *(n = 26)*.

Estenoses Malignas *(F: 23, M: 12; 49 – 89 Anos; Média = 74 Anos)*	**- carcinoma colon *(n = 26)*** **- recidiva anastomotica ca. colon *(n = 3)*** **- metástases de t. pâncreas *(n = 2)*, estômago *(n = 1)*, ovário *(n = 1)*, mama *(n = 1)*, bexiga *(n = 1)*;**
Estenoses Benignas *(F: 30, M: 13; 24 – 85 Anos; Média = 65 Anos)*	**- doença diverticular *(n = 34)*,** **- DII *(n= 3)*,** **- enterite rádica *(n = 1)*,** **- isquémia *(n = 1)*,** **- inflamação de apêndicite adjacente *(n = 1)*,** **- condições desconhecidas *(n = 3)*.**

Para a realização do exame a todos os doentes foi administrado um antiespasmódico *(Buscopam, 20 mg, ev.)*. Foi usado ar para insuflar o cólon.

Sem qualquer informação clínica, 4 radiologistas independentes, analisaram retrospectivamente e de forma aleatória as imagens .

A presença de uma transição abrupta no local da obstrução, destruição da mucosa e configuração em "caroço de maçã" foram considerados aspectos de malignidade pelos observadores, enquanto uma zona de transição progressiva, relevo mucoso preservado e a presença de divertículos foram considerados aspectos benignos.

Aos observadores foi pedido para classificarem a estenose usando uma das 5 categorias seguintes:

1. ***– Definitivamente maligna;***
2. ***– Provavelmente maligna;***
3. ***– Indeterminada;***
4. ***– Provavelmente benigna;***
5. ***– Definitivamente benigna.***

Todo o processo foi repetido 3 meses depois; de novo, nenhuma informação clínica foi cedida, e os casos foram revistos de forma aleatória.

Os resultados de ambas as leituras foram analisados. Os graus 1 e 2 foram agrupados como estenoses malignas e os graus 4 e 5 como benignas. Foi definido que havia consenso quando pelo menos 3 dos 4 observadores tinham a mesma interpretação. Este parâmetro foi usado para identificar os casos nos quais a maioria dos observadores tomaram a mesma decisão e para salientar aqueles que, de forma unânime, foram mal interpretados.

RESULTADOS

Observer Classification of Strictures

Assessment	Observer 1	Observer 2	Observer 3	Observer 4	Mean	Consensu
Total decisions*	74/73	75/69	71/71	72/71	73/71	68/66
Total correct decisions	64/66	62/60	62/65	64/61	63/63	60/60
Malignant strictures	28/30	22/23	24/29	27/25	25.25/26.75	23/24
Correct decisions	26/28	21/22	23/26	25/23	23.75/24.75	22/23
Incorrect decisions	2/2	1/1	1/3	2/2	1.5/2.0	1/1
Benign strictures	46/43	53/46	47/42	45/46	47.75/44.25	45/42
Correct decisions	38/38	41/38	39/39	39/38	39.25/38.25	38/37
Incorrect decisions	8/5	12/8	8/3	6/8	8.5/6.0	7/5
Sensitivity (%)						
Malignant strictures	74/80	60/63	66/74	71/66	68/71	63/66
Benign strictures	88/88	95/88	91/91	91/88	91/89	88/86
PPV (%)						
Malignant strictures	93/93	96/96	96/90	93/92	94/93	96/96
Benign strictures	83/88	77/83	83/93	87/83	82/86	84/88

Note.—A total of 78 strictures (35 malignant, 43 benign) were classified. Data are the findings at assessment 1/findings at assessment 2.
* Differences between these numbers and 78 (total cases reviewed) reflect the number of instances in which a decision could not be mac (indeterminate finding). The mean for indeterminate decisions was 8% (six of 78 cases).

Não houve diferença significativa entre as 2 leituras para qualquer dos observadores.

O número de estenoses indeterminadas *(grau 3)* foi de 5 na primeira leitura e de 7 na segunda *(média de 6 casos em 78 ± 8 %)*.

A média de decisões correctas foi de 63, resultando numa exactidão diagnostica de 81 %.

Em ambas as leituras houve consenso numa proporção semelhante de casos. Na primeira, 68 dos 78 casos, dos quais 60 *(77 %)* foram correctamente identificados. Na segunda leitura, em 66 dos 78 casos, dos quais 60 *(77 %)*, foram correctamente identificados.

O VPP(*nº diagnósticos correctos/nº total diagnósticos*) no caso de consenso, para estenoses malignas, foi de 96 % em ambas leituras *(sensibilidade 63 % e 66 %)*.

Apenas uma estenose benigna foi classificada de maligna. Este caso envolvia um doente de 24[A] com d. de Crohn conhecida, com envolvimento do sigmoide pelo processo inflamatório adjacente do ID.

Para estenoses benignas o VPP, no caso de consenso, foi de 84 % e 88 % na primeira e segunda leituras respectivamente *(sensibilidade, 88 % e 86 %, respectivamente)*.

Nove estenoses malignas foram classificadas como benignas: 5 è Ca. sigmoide *(2 associados a perfuração local; 1 tumor mostrando infiltração sub mucosa, 1 tumor pequeno num segmento com diverticulose; 1 tumor grande com invasão local extensa);* 4 è tumores primários da bexiga, mama, ovário e pâncreas envolvendo colon sigmoide.

Num caso de estenose maligna não houve consenso entre os observadores, em ambas as leituras, e este envolvia uma recidiva, no local da anastomose, de um tumor primário do sigmoide.

DISCUSSÃO

O CDC é frequentemente usado para investigar a suspeita de patologia do tracto GI baixo, porque pode avaliar a mucosa cólica e o lúmen e identificar eventuais trajectos fistulosos.

Apesar de vários aspectos, sobejamente conhecidos, caracterizarem as estenoses inflamatórias benignas e as malignas, nos estudos baritados, persistem dificuldades na diferenciação entre ambas, sobretudo nos casos associados a doença diverticular.

Os dados clínicos - DII, ressecção cólica prévia, ou d. maligna extra intestinal - são de importância relevante, na medida em que podem influenciar e alterar a interpretação dos achados radiologicos. Contudo, na prática, o diagnostico é feito mesmo quando a informação clínica falha ou é inespecífica.

O uso de múltiplos observadores permitiu avaliar a variabilidade inter e intra observador, e ao procurar-se o consenso entre estes, foram sublinhados os casos de difícil diagnóstico.

O estudo demonstrou existir um alto grau de exactidão para todos os observadores.

Quando houve consenso no diagnóstico de uma estenose maligna, este estava correcto em todos os casos, menos num, o que sugere um elevado grau de confiança. Nesse caso, se a informação clínica fosse fornecida, a interpretação teria sido diferente.

Os casos preocupantes, foram as lesões malignas *(4 neo. extra cólicas, 5 Ca. sigmoide)* que foram interpretadas como benignas, de forma consensual, numa ou em ambas as leituras e o caso da recidiva anastomótica, para o qual não houve unanimidade.

a) Recidiva na zona da anastomose ou infiltração maligna extrínseca, podem simular uma estenose benigna, porque nestes casos a mucosa pode permanecer intacta e as margens serem progressivas. A presença de divertículos pode levar a pensar em estenose inflamatória, embora estes

possam coexistir com estenoses malignas; a sua presença foi demonstrada em 28 % dos casos de Ca. sigmoide.

b) Tumores com infiltração submucosa podem ter aspectos que geralmente são considerados benignos; a estenose pode ser longa e progressiva e ter mucosa intacta. A inflamação associada a um carcinoma que sofreu perfuração, pode mascarar o tumor subjacente e resultar numa estenose de aspecto benigno.

Conclusões:

Os aspectos radiologicos usados para diferenciar estenoses benignas e malignas são relativamente inespecíficos e falíveis.

Na maioria das vezes, o CDC permite a diferenciação entre ambas.

Quando uma estenose parece maligna, o diagnóstico geralmente está correcto, mas o diagnóstico de estenose benigna sugere precaução e a sua avaliação por outros exames complementares (endoscopia, TAC) ou repetição a curto prazo de novo CDC.

Olga Vaz, HUC 01/03/02