

Resumo de Artigo

Tomografia computadorizada de pacientes com câncer de cólon ascendente e espessamento da parede ileal distal.

Kim AY, Ha HK, Seo BK, *et al.* CT of patients with right-sided colon cancer and distal ileal thickening. *AJR* 2000;175:1439-44.

Como já demonstrado por outros pesquisadores, o segmento colônico proximal a um câncer de cólon obstrutivo pode tornar-se espessado devido às alterações isquêmicas associadas à distensão intestinal. Contudo, há poucos relatos descrevendo as alterações do íleo distal em pacientes com câncer de cólon, particularmente do ceco ou do cólon ascendente. Quando a parede do íleo distal de pacientes sabidamente portadores de câncer de cólon está espessada, não é evidente se este representa um processo neoplásico ou não-neoplásico. Além disso, caso os radiologistas não tenham conhecimento da história de câncer de cólon, a presença de espessamento da parede do íleo distal e do cólon proximal pode ser interpretada erroneamente como sendo uma outra condição neoplásica ou inflamatória, como o linfoma ou a doença inflamatória intestinal. O objetivo deste estudo foi determinar a incidência e as causas do espessamento da parede ileal distal em pacientes com câncer do cólon direito.

No período de setembro de 1997 a agosto de 1999, foram coletadas informações de 131 pacientes que foram submetidos a hemicolecomia direita e ressecção parcial do íleo distal devido a câncer do cólon. Uma análise retrospectiva das tomografias computadorizadas (TC) desses 131 pacientes, realizada por dois radiologistas em consenso, revelou 15 pacientes com espessamento da parede ileal distal. A revisão da peça cirúrgica pós-operatória desses pacientes revelou achados positivos em 13 dos 15 pacientes. As TCs desses pacientes foram avaliadas quanto a localização, extensão, tipo (polipóide/infiltrativo) e padrão de impregnação (homogêneo/heterogêneo) de cada tumor, bem como o grau de infiltração da gordura pericolônica e a presença ou ausência de linfonodomegalia e engurgitamento vascular regional. O íleo foi avaliado quanto a espessura, extensão e

padrão de impregnação de todos os segmentos afetados, e quanto a presença ou ausência de obstrução intestinal e envolvimento da valva ileocecal.

No estudo histopatológico, o envolvimento ileal distal foi causado por processo neoplásico em nove pacientes (69%). A disseminação tumoral ocorreu por invasão direta em cinco pacientes, por disseminação linfática em dois e por ambos em dois pacientes. Nos quatro pacientes restantes (31%) o espessamento ileal distal foi causado por edema e congestão, sem infiltração por células neoplásicas. Em quatro pacientes com obstrução intestinal o espessamento ileal distal foi um processo neoplásico em três e não-neoplásico (edema e congestão) em apenas um paciente. Quando comparamos os aspectos tomográficos dos pacientes com espessamento ileal neoplásico, com os dos pacientes com espessamento ileal não-neoplásico, descobrimos que o primeiro grupo apresentava tumores maiores, segmentos mais extensamente acometidos, envolvimento mais grave da valva ileocecal e maior incidência de linfonodopatia, engurgitamento vascular, obstrução do intestino delgado e infiltração pericolônica.

O estudo demonstrou que o íleo distal foi acometido em 10% dos pacientes com câncer de cólon direito. O íleo distal foi acometido por processos neoplásicos (disseminação tumoral por contigüidade ou por via linfática) e por processos não-neoplásicos (com congestão e edema). A incidência de envolvimento neoplásico ($n = 9$) foi maior que do envolvimento não-neoplásico ($n = 4$). A disseminação tumoral por contigüidade parece estar relacionada principalmente ao acometimento da valva ileocecal e ao tamanho do tumor. Em outras palavras, o envolvimento ileal distal ocorre quando o tumor cresce o suficiente para invadir a valva ileocecal. Em quatro pacientes com câncer de cólon (31%) o espessamento ileal distal foi resultado de processos não-neoplásicos, como edema da submucosa e congestão. A principal causa da isquemia seria a distensão intestinal proximal causada pela obstrução. Da mesma forma, se a valva ileocecal está

incompetente nos casos de obstrução colônica, o íleo distal pode estar acometido pelo aumento da pressão intraluminal e isquemia da parede. Todavia, outros fatores podem contribuir para o desenvolvimento do espessamento não-neoplásico da parede ileal distal. A isquemia focal pode ocorrer quando os ramos periféricos dos vasos íleo-cólicos são englobados pela infiltração tumoral pericólica e perientérica. E como mencionado previamente, o íleo distal pode estar espessado devido ao acúmulo do líquido linfático causado pelo bloqueio dos vasos linfáticos regionais. Adicionalmente, o espessamento da parede do íleo distal pode ser um achado falso-positivo. Em pacientes com espessamento leve da parede intestinal, sua espessura pode ser interpretada como normal no exame patológico, pela retração dos tecidos edemaciados durante a fixação e desidratação das peças cirúrgicas ressecadas.

Os padrões de envolvimento da parede intestinal no linfoma e na doença inflamatória intestinal podem ser semelhantes aos do câncer de cólon com espessamento ileal distal. Contudo, a espessura da parede pode ser um fator discriminante. Em contraste com as doenças neoplásicas, a espessura da parede intestinal nas doenças inflamatórias intestinais geralmente não excede 2 cm. O acometimento da região ileocecal pela doença de Behçet intestinal pode se apresentar como espessamento difuso da parede intestinal ou massa polipóide. Contudo, a impregnação dos segmentos intestinais envolvidos é acentuada, em muitos casos. Em casos de linfoma intestinal, a parede está concêntrica e simetricamente envolvida. Além disso, a maioria dos segmentos envolvidos apresenta pouca impregnação pelo meio de contraste.

Em conclusão, o íleo distal pode estar anormalmente espessado em cerca de 10% dos pacientes com câncer de cólon direito. Este espessamento resulta da extensão tumoral (69%) ou de um processo não-tumoral (31%).

Daniel Andrade Tinoco de Souza
Médico Residente do Serviço de
Radiodiagnóstico do HUCFF-UFRJ