



Tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada: Os desafios no século XXI

Henrique Alvarenga Aratake*, Aristóteles Mesquita de Lima Netto, Mateus Quaresma Mendonça

Curso de Medicina, Centro Universitário de Mineiros – Campus Trindade, Trindade, GO, Brasil

Histórico do Artigo

Recebido em: 26/05/2022

Aceito em: 16/08/2022

Palavras-chave:

diverticulite; diverticulite colônica; doença diverticular do cólon

Keywords:

Diverticulitis; colonic diverticulitis; colon diverticular disease

RESUMO

Conforme o arcabouço científico, explicitamos que as paredes do intestino grosso podem sofrer herniações que envolvem todas as suas camadas (divertículos verdadeiros) ou apenas herniações parciais (pseudodivertículos). Quando essas herniações estão presentes em pacientes assintomáticos são denominadas de doença diverticular. A principal complicação dessa doença é a diverticulite aguda. O objetivo desse estudo é relatar o caso de um paciente com diverticulite aguda complicada, mostrando quais são os melhores tratamentos disponíveis no Brasil, com ênfase em suas abordagens cirúrgicas. Atualmente, a técnica mais utilizada em pacientes com perfuração intestinal e a presença concomitante de líquido abdominal e pneumoperitônio é a colectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal. Como aporte teórico o presente artigo fundamentou-se em Salles (2012) e Peery e Sandler (2013), dentre outros autores que subsidiaram o estudo em questão. Porém, há uma variedade de técnicas que podem ser utilizadas.

Surgical treatment of complicated acute diverticulitis: Challenges in the 21st century

ABSTRACT

According to the scientific framework, we explain that the walls of the large intestine can suffer herniations involving all its layers (true diverticula) or only partial herniations (pseudodiverticula). When these herniations are present in asymptomatic patients, they are called diverticular disease. The main complication of this disease is acute diverticulitis. The aim of this study is to report the case of a patient with complicated acute diverticulitis, showing the best treatments available in Brazil, with emphasis on their surgical approaches. Currently, the most used technique in patients with intestinal perforation and the concomitant presence of abdominal fluid and pneumoperitoneum is colectomy with end colostomy and burial of the rectal stump. As a theoretical contribution, this article was based on Salles (2012) and Peery and Sandler (2013), among other authors who supported the study in question. However, there are a variety of techniques that can be used.

1. Introdução

Os divertículos colônicos são herniações não complicadas da mucosa e da submucosa colônica através da camada muscular do cólon. Essas alterações são adquiridas ao longo da vida e denominadas falsos divertículos ou pseudodivertículos, pois não envolvem todas as camadas da parede dos cólons, como os divertículos verdadeiros (aqueles que envolvem todas as camadas).

A presença de divertículos assintomáticos no cólon é conhecida como diverticulose, sendo denominada de doença diverticular dos cólons quando há a presença de manifestações clínicas. A doença diverticular atinge principalmente o cólon sigmoide, podendo surgir no cólon direito, sendo esta apresentação mais comum nos asiáticos.

Neste âmbito a diverticulose se faz recorrente e afeta até 10% dos adultos de meia-idade

* Autor correspondente: E-mail: henriquea.aratake@gmail.com (Aratake H.A.)

e 50 a 80% dos indivíduos com mais de 80 anos de idade, acometendo em proporções iguais homens e mulheres, e sua incidência aumenta com a idade. A maioria dos divertículos colônicos são adquiridos (não congênitos), no curso de situações experienciadas pelo sujeito no decorrer de sua vida. Comumente assintomática, normalmente ocorre nas populações de regiões industrializadas e ocidentais, devido à alimentação com baixo teor de fibras (1,2).

Sua etiologia é pouco conhecida por parte da sociedade científica internacional, mas sabe-se que a baixa ingestão de fibras gera fezes volumosas com pouca quantidade de água, ocasionando alterações do trânsito intestinal e aumento da pressão intracolônica. Obstante a tal fator, a organização das artérias no cólon (*vasa recta*) somada ao aumento da pressão intraluminal contribui para o surgimento dos divertículos. Esse quadro explica o surgimento da diverticulose colônica no local onde esses vasos penetram na túnica muscular, pois ocorre fraqueza intrínseca da parede intestinal. Por fim, há deposição aumentada de elastina nas tênias do cólon, o que causa seu encurtamento e mais um fator de aumento da pressão intraluminal, contribuindo para a formação do divertículo (1).

A diverticulite aguda não complicada, também conhecida como doença diverticular sintomática sem complicações (DDSSC), é uma alteração no intestino por conta da inflamação e/ou infecção dos divertículos. Apresenta-se com febre, anorexia, dor no quadrante inferior esquerdo do abdome e constipação intestinal. Além disso, a diverticulite aguda é a principal complicação da doença diverticular. Neste âmbito, a doença diverticular complicada ocorre quando há uma perfuração intestinal e, menos comumente, associada à uma fístula.

O tratamento da diverticulite detém uma diversidade de técnicas, que tangem de intervenções conservadoras até tratamentos cirúrgicos mais radicais, que dependem da gravidade clínica da diverticulite e de suas complicações. Diante disso, será discutido ao longo do presente artigo quais são esses tratamentos, com foco nas possíveis abordagens intervencionistas e cirúrgicas.

2. Relato do caso

Paciente, sexo masculino, 61 anos, deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal e início insidioso há 2 dias, localizado em fossa ilíaca esquerda, de caráter progressivo; associado a febre baixa e hiporexia.

Portador de HAS em uso de losartana, sem histórico de cirurgias prévias. Realizada tomografia computadorizada com achado de diverticulite em cólon esquerdo com pequenos focos de pneumoperitoneo difusos (Figuras 1 – Classificação de HINCHEY 1A).

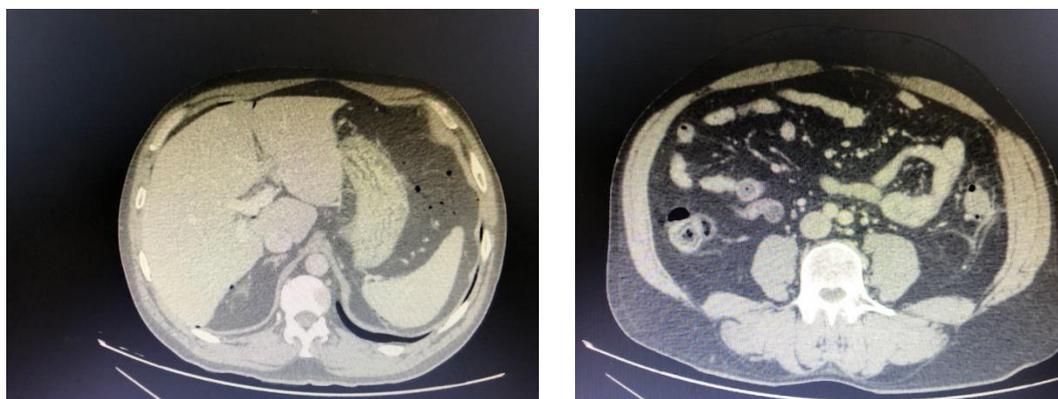


Figura 1 – Tomografia de abdômen em corte axial mostrando pequenos focos de pneumoperitoneo difuso.

Alterações laboratoriais apresentam apenas um leucograma de 17 mil com 4% de bastões. Optada pela internação clínica com antibioticoterapia (Ceftriaxona + Metronidazol). Apresentou melhora parcial após o tratamento inicial, porém com piora da dor abdominal após 6 dias, acompanhado de piora laboratorial. Solicitada nova tomografia de abdome, com evidência de grande pneumoperitônio em andar superior do abdome e aparecimento de coleção pericólica com volume estimado de 50 ml (Figura 2– Classificação de HINCHEY 2A + 2B).

Devido a piora em vigência do tratamento clínico instituído e piora do pneumoperitônio, foi optado por tratamento cirúrgico, sendo submetido a colectomia esquerda com colostomia terminal e sepultamento do coto retal. Apresentou boa evolução, recebendo alta no 5º dia pós-operatório.

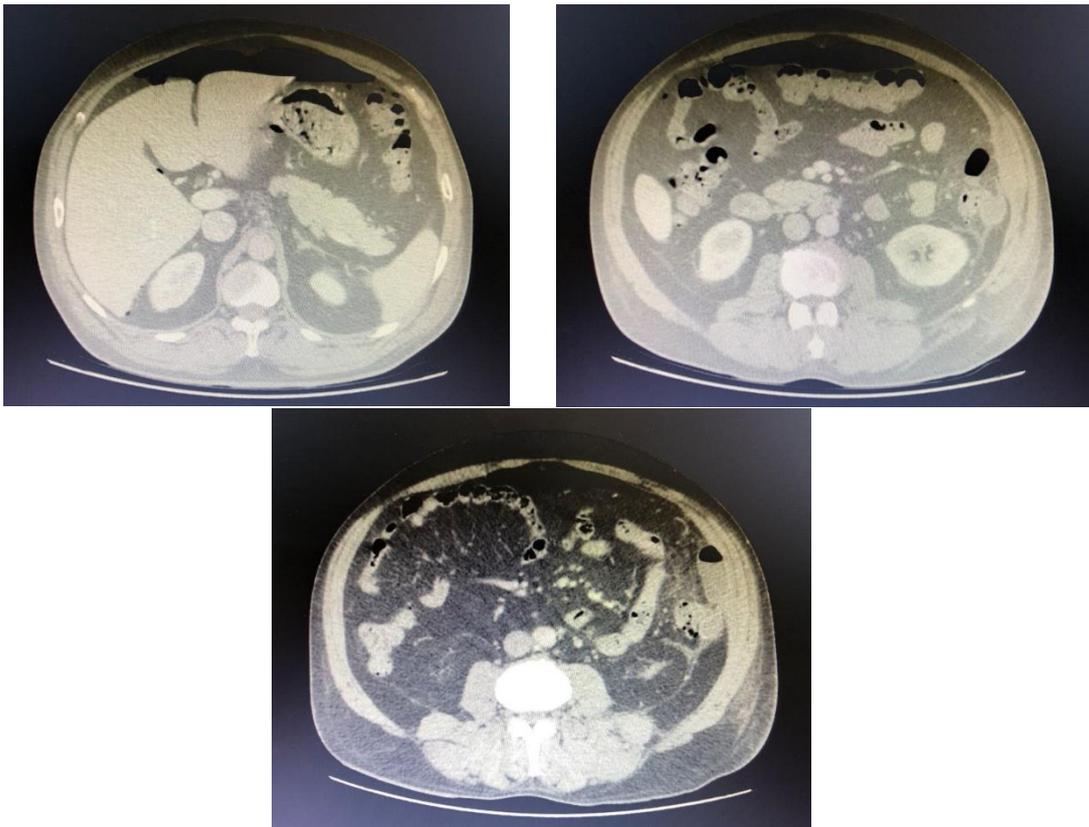


Figura 2 – Nova tomografia de abdômen com a presença de pneumoperitônio extenso no andar superior do abdômen com coleção pericólica

O presente relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Uniao de Goyazes sob o parecer número 5.406.207.

3. Discussão

A diverticulite representa quadro de inflamação e infecção de divertículos colônicos, ocorre em 10 a 25% dos pacientes, podendo evoluir para formação de abscesso, fístula, perfuração com peritonite e estenose com obstrução colônica. A sua fisiopatologia não é bem conhecida, mas o acúmulo de resíduos no saco diverticular contribui para a obstrução do colo estreito do pseudodivertículo, o que leva ao crescimento bacteriano, isquemia, inflamação e microperfurações. Assim, as manifestações clínicas da diverticulite surgem com as microperfurações ou perfuração em direção à cavidade abdominal (3).

Como a localização mais comum da diverticulite é o cólon sigmoide, 70% dos pacientes

relatam dor em cólica localizada na fossa ilíaca esquerda (FIE), de caráter recorrente, progressivo e persistente durante alguns dias. Em torno de 3 a 5 dias após o início da dor pode ocorrer uma agudização do quadro clínico, com queda do estado geral, sinais flogísticos e irritação peritoneal. Além dessa sintomatologia clássica, é comum febre baixa, colestase, náuseas e vômitos, diarreia, flatulências e distensão abdominal (4).

Já a peritonite generalizada decorre da ruptura do divertículo quando não há bloqueio adequado de estruturas adjacentes (formação de abscesso). Outra complicação é a obstrução colônica decorrente do edema da parede intestinal ou estenose nas regiões de inflamação após episódios recorrentes de diverticulite (formas pseudotumorais).

O diagnóstico de diverticulite deve ser confirmado por tomografia computadorizada (TC) com os seguintes achados: divertículos no sigmoide, parede colônica espessada > 4 mm e inflamação da gordura pericólica, com maior ou menor quantidade de acúmulo de contraste ou líquido (1).

O tratamento a ser instituído para cada paciente, baseia-se na classificação de Hinchey (Quadro 1):

Quadro 1 – Classificação de Hinchey modificada

| | Classificação de Hinchey modificada | Achados tomográficos |
|-----|--|---|
| 0 | Diverticulite clinicamente leve. | Divertículos com ou sem espessamento da parede do cólon. |
| Ia | Inflamação pericólica confinada ou flegmão. | Espessamento da parede do cólon com reação inflamatória em tecido mole pericólico. |
| Ib | Formação de abscesso pericólico ou mesocólico (< 5 cm) na proximidade do processo inflamatório primário. | Alterações no estágio Ia + formação de abscesso pericólico ou mesocólico. |
| II | Abscesso intra-abdominal, pélvico ou retroperitoneal, abscesso distante do processo inflamatório primário. | Mudanças no estágio Ia + abscesso distante (geralmente profundas na região da pelve ou entre alças). |
| III | Peritonite purulenta generalizada. | Gás livre associado a fluido livre localizado ou generalizado e possível espessamento da parede peritoneal. |
| IV | Peritonite fecal generalizada. | Mesmas descobertas do estágio III. |

O tratamento da diverticulite não complicada é conservador com dieta rica em fibras e antibioticoterapia oral com cobertura para bactérias Gram-negativas e anaeróbias, durante sete a dez dias. Em regime ambulatorial é preconizado o uso de ciprofloxacina oral e metronidazol, ou amoxicilina/clavulanato; para pacientes hospitalizados pode ser utilizado ceftriaxona e metronidazol. A internação hospitalar em Hinchey 1 deve ser feita em casos de vômitos incoercíveis, intolerância à ingestão oral de antibióticos (idoso, imunossuprimido, transplantado ou com comorbidades) e dor acentuada (5).

O tratamento da diverticulite complicada com abscesso intra-abdominal pequeno (< 4 cm de diâmetro) sem peritonite (Hinchey 1) é feito com antibioticoterapia e repouso intestinal. Se o abscesso for maior que 4 cm de diâmetro (Hinchey 2), deve realizar a drenagem percutânea guiada por TC e antibioticoterapia. Nesse caso, uma operação semi-eletiva poderá ser programada para após seis a oito semanas da drenagem.

O abscesso com material fecal em quantidade significativa deve ser tratado por procedimento cirúrgico de urgência nos casos em que há peritonite purulenta generalizada

(Hinchey 3), perfuração não contida (peritonite fecal – Hinchey 4) e sepse não controlada. Outras situações que a cirurgia é utilizada são: diverticulite com falha no tratamento clínico; abscessos não acessíveis à drenagem percutânea; pacientes imunocomprometidos.

Em casos cirúrgicos é realizada a sigmoidectomia somente da porção com processo inflamatório e infeccioso, com paredes espessas e friáveis. É importante ressaltar que esse tipo de abordagem pode ser realizada por videolaparoscopia, a qual apresenta baixas taxas de morbidade, além de possibilitar redução no tempo de internação hospitalar e pós-operatório mais rápido (2).

O tratamento cirúrgico tradicional da diverticulite perfurada (grau III e IV de Hinchey) é a ressecção com colostomia (procedimento de Hartmann), que possui um alto risco de reoperação, permanência hospitalar prolongada, readmissões e estoma permanente em alguns pacientes. Em alternativa a tal procedimento tem-se a lavagem laparoscópica mostrando bons resultados como tratamento inicial da diverticulite aguda perfurada (6).

A lavagem laparoscópica reduz o número e o tempo de internações hospitalares, possui menor custo, além de risco reduzido de operações secundárias em relação ao procedimento de Hartmann. Em contrapartida, alguns estudos mostram que o lavado laparoscópico não difere do procedimento de Hartmann em termos de mortalidade (7).

A peritonite generalizada secundária à diverticulite aguda complicada (DAC) é uma causa relativamente incomum de abdômen agudo, que requer tratamento imediato da fonte de fluidos infectados, desbridamento e tratamento definitivo do local de perfuração do divertículo.

Além dos tratamentos convencionais citados anteriormente existe também a Cirurgia de Controle de Danos (CCD), visa o controle dos focos de peritonite generalizada. Seu objetivo é oferecer uma melhor recuperação para o paciente através de uma cirurgia inicial para controlar as fontes e a ressuscitação do paciente na terapia intensiva (8).

Quanto ao pós-operatório de pacientes com DAC submetidos à CCD, 62,1% apresentam boa recuperação do trato gastrointestinal, 4,7% apresentam grandes vazamentos na cavidade abdominal e 9,2% evoluem para óbito. Apesar dos bons resultados a Cirurgia de Controle de Danos possui limitações, pois não há um consenso sobre os critérios de inclusão dos pacientes que devem passar por tal procedimento. Para evitar o viés de seleção é indicada uma abordagem individual para cada paciente, levando em consideração a gravidade da doença e o estado de saúde do paciente (8).

4. Considerações finais

O relato do caso evidenciou quadro clínico de paciente com doença diverticular que evoluiu para diverticulite aguda complicada. Inicialmente recebeu o tratamento clínico com antibiótico terapia, apresentando melhora parcial do quadro. Posteriormente houve perfuração da parede intestinal não contínua, com presença de extenso pneumoperitônio, sendo realizado o tratamento cirúrgico.

Conclui-se que o tratamento da diverticulite é baseado principalmente na classificação tomógrafa de HINCHEY, juntamente com o julgamento clínico das condições do paciente. Sendo assim, a diverticulite aguda complicada possui várias abordagens terapêuticas (clínicas e/ou cirúrgicas), porém ela frequentemente necessita de procedimentos invasivos, uma vez que o tratamento medicamentoso não pode solucionar o quadro.

Logo, a discussão e exposição do caso clínico em questão representa contribuição ao corpus de estudos desenvolvidos na gama cirúrgica no que diz respeito a quadros de diverticulite aguda.

5. Referências

1. Salles RLA. Doença diverticular dos cólons e diverticulite aguda: o que o clínico deve saber. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 23(4): 490-496.
2. Peery AF, Sandler RS. Diverticular disease: reconsidering conventional wisdom. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013; 11(12): 1532-1537.
3. Warner E, Crighton EJ, Moineddin R, Mamdani M, Upshur R. Fourteen-year study of hospital admissions for diverticular disease in Ontario. *Can J Gastroenterol*. 2007; 21(2): 97-99.
4. Townsend CM. *Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna*. (20th edição). Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2019.
5. Weizman AV, Nguyen GC. Diverticular disease: epidemiology and management. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25(7): 385-389.
6. Kohl A, Rosenberg J, Bock D, Bisgaard, T, Skullman, S, Thornell, A et al. Two-year results of the randomized clinical trial DILALA comparing laparoscopic lavage with resection as treatment for perforated diverticulitis. *Br J Surg*. 2018; 105(9): 1128-1134.
7. Angenete E, Bock D, Rosenberg J, Haglind E. Laparoscopic lavage is superior to colon resection for perforated purulent diverticulitis-a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017; 32(2):163-169.
8. Ciocchi R, Popivanov G, Konaktchieva M, Chipeva, S, Tellan, G, Mingoli, A et al. The role of damage control surgery in the treatment of perforated colonic diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2021; 36(5): 867-879.

EDITORA E GRÁFICA DA FURG
CAMPUS CARREIROS
CEP 96203 900
editora@furg.br