

# Diverticulite Aguda Complicada: diagnóstico diferencial de abdome agudo inflamatório

*Complicated Acute Diverticulitis: Differential Diagnosis of Inflammatory Acute Abdomen*

Anderson de Souza Mendonça  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[anderson.smjr@gmail.com](mailto:anderson.smjr@gmail.com)

Iagor Brunet da Costa Moura  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[carolinasfcorrea@gmail.com](mailto:carolinasfcorrea@gmail.com)

## RESUMO

A diverticulite aguda consiste na inflamação macroscópica de divertículo sintomático. A fisiopatologia se deve à obstrução do divertículo por fecalitos, levando ao aumento da pressão intraluminal e consequente inflamação. O presente relato traz o caso de um paciente do sexo masculino, 68 anos, apresentando importante dor abdominal difusa, mais predominante no lado esquerdo que irradiava para região suprapúbica há 2 dias. Foi realizado, além do exame clínico, exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico etiológico e exclusão de outras patologias. Após a realização dos exames complementares, com a clínica e o achado tomográfico, o diagnóstico foi dado como diverticulite complicada, com comprometimento do estado hemodinâmico do paciente. Devido ao quadro, o paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora, no intraoperatório a classificação da diverticulite foi Hinchey IV e o procedimento proposto foi a Retossigmoidectomia à Hartmann devido à instabilidade hemodinâmica do paciente. Nos casos de diverticulite a principal indicação para tratamento cirúrgico de urgência é a peritonite difusa ou purulenta.

**Palavras-chave:** Diverticulite; Cirurgia de Hartmann; Instabilidade hemodinâmica.

## ABSTRACT

*Acute diverticulitis is the macroscopic inflammation of a symptomatic diverticulum. The pathophysiology is due to obstruction of the diverticulum by fecalites, leading to increased intraluminal pressure and consequent inflammation. The present report presents the case of a male patient, 68 years old, presenting with severe diffuse abdominal pain, predominantly on the left side, which radiated to the suprapubic region for 2 days. In addition to clinical examination, laboratory and imaging tests were performed for etiological diagnosis and exclusion of other pathologies. After carrying out the complementary exams, with the clinic and the tomographic finding, the diagnosis was given as complicated diverticulitis, with compromised hemodynamic status. Due to the condition, the patient underwent an exploratory laparotomy, intraoperatively the diverticulitis classification was Hinchey IV and the proposed procedure was Hartmann resectosigmoidectomy due to the patient's hemodynamic instability. In cases of diverticulitis, the main indication for urgent surgical treatment is diffuse or purulent peritonitis.*

**Diverticulitis: Hartmann surgery; Hemodynamic instability.**

## 1 CONTEXTO

A realização do diagnóstico correto de abdome agudo inflamatório é, inúmeras vezes, uma tarefa difícil. Por conta disto, a realização de um bom exame clínico, associado a exames de imagem, se fazem necessários para a realização de um diagnóstico preciso.

Em alguns casos, como a presença de pneumoperitônio, no diagnóstico sintomático de abdome agudo a intervenção cirúrgica se faz necessária independente do diagnóstico etiológico (PITOMBO et. al, 1999).

A diverticulite é uma causa de abdome agudo inflamatório, causada por uma complicação da doença diverticular dos cólons, e deve estar dentre o leque de diagnósticos diferenciais em casos de pacientes com quadro clínico de dor abdominal aguda com característica inflamatória (PARKS, 1975).

O objetivo do presente artigo é relatar um caso clínico de um paciente com quadro de diverticulite aguda que evoluiu com descompensação clínica e choque séptico.

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado pela paciente.

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 68 anos, sexo masculino, caucasiano, casado, aposentado, natural e residente de Volta Redonda, buscou atendimento do Hospital São João Batista apresentando forte dor abdominal difusa. Relata que há cerca de dois dias, começou a sentir essa dor, mais predominante no lado esquerdo que irradiava para região suprapúbica, seguida de diarreia com urgência para defecar. Sem melhora com uso de analgésico simples. Já tinha sentido dor semelhante, porém de menor intensidade, em outras ocasiões, mas nunca procurou um médico. Não havia sangue, muco ou pus nas fezes. Ao ser questionado, relata hábitos intestinais de constipação. Relata febre e calafrios. Negou demais sintomas.

Na história patológica pregressa, relatou hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50mg 2x ao dia e diabetes mellitus em uso de metformina 850mg. Negou outras comorbidades. Negou etilismo, tabagismo ou uso de drogas. Não possui histórico de alergias medicamentosas ou cirurgias abdominais prévias.

Ao exame físico, paciente em regular estado geral, lucido e orientado em tempo e espaço, febril (38,5° C), corado, hidratado, acianótico e anictérico. Apresentava fáceis álgicas. Frequência cardíaca: 115 bpm, Frequência respiratória: 25 mrpm. Pressão arterial 90 x 60 mmHg. Saturação de O<sub>2</sub>: 95%.

Auscultas cardíaca e respiratória sem alterações.

Abdome atípico com distensão, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação profunda, com defesa abdominal, em quadrante inferior esquerdo e sinais de peritonite.

## 3 DADOS COMPLEMENTARES

-Tomografia computadorizada do abdome e pelve realizada na unidade (11/09/2022):

Espessamento parietal segmentar do colo sigmoide, na região de fossa ílica esquerda, onde observa divertículo de paredes espessadas, bom como densificação de gordura pericólica adjacente. Presença de focos gasosos fora de alça.

-Exames laboratoriais (11/09/2022):

Hematócrito 47,30% / Hemoglobina 17,60% / Hemácias 5,41 milhões / Leucócitos 14.000 mm<sup>3</sup> / Bastonetes 7,00% / Creatinina 0,80mg/dl / Ureia 31,00mg/dl / Bilirrubina total 1,00 mg/dl / Bilirrubina direta 0,30mg/dl / Bilirrubina indireta 0,80 mg/dl / Proteína C reativa: 100 mg/l / EAS sem alterações

#### **4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Pacientes apresentando dor abdominal aguda possuem uma gama de diagnósticos diferenciais. Pensando no quadro clínico do paciente relatado, a dor importante em fossa ílica esquerda pode ocorrer por gastroenterite, doença inflamatória intestinal, câncer perfurante do cólon, hernia inguinal, nefrolitíase, colite isquêmica ou infecciosa (TOUZIOS; DOZOIS, 2009). Em mulheres, os diagnósticos diferenciais aumentam, incluindo gravidez tubária rota, doença inflamatória pélvica, ruptura de folículo ovariano, entre outros (ZAKKA; TEIXEIRA; YENG, 2013).

Na avaliação complementar deve conter hemograma, urina 1 e métodos de imagem que, além de confirmar a hipótese diagnóstico, possibilitam definir a localização e a extensão da doença, e avaliar a presença de complicações (TOUZIOS; DOZOIS, 2009). A tomografia computadorizada do abdome e pelve é o método de escolha, uma vez que apresenta alta sensibilidade (cerca de 97%) e especificidade (próxima a 100%) para o diagnóstico da diverticulose e suas complicações (BIONDO, et. al., 2012).

#### **5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO**

Após investigação inicial do paciente, chegou-se à hipótese diagnóstico de diverticulite aguda complicada. Dessa forma, foi solicitado exames laboratoriais e uma tomografia de abdome para melhor investigação e conduta.

Após a realização dos exames complementares, com a clínica e o achado tomográfico, o diagnóstico foi dado como diverticulite complicada, com comprometimento do estado hemodinâmico do paciente.

Dessa forma, o paciente relatado foi submetido a uma laparotomia exploradora, no intraoperatório a classificação da diverticulite foi Hinchey IV e o procedimento proposto foi a Retossigmoidectomia à Hartmann. O procedimento consiste na ressecção intestinal do reto e do sigmoide, retirando o segmento sede da lesão, rafia do coto retal remanescente e a formação de uma colostomia da extremidade distal do sigmoide em boca única (HARTMANN, 1921).

Após a estabilização clínica do paciente, ele recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial, prescrição de sintomáticos, antibioticoterapia e orientações e respeito de mudança do estilo de vida.

Idealmente a retossigmoidectomia à Hartmann é seguida por uma segunda intervenção cirúrgica para ser realizada a reversão, em caráter eletivo, quando o paciente estiver em melhores condições cirúrgicas. Neste procedimento ocorre a restauração da continuidade e do trânsito intestinal com retirada da colostomia terminal, por meio da anastomose retossigmoidea (HABR-GAMA, 1997).

## 6 DISCUSSÃO

Divertículos são herniações da mucosa e submucosa através da camada muscular do cólon, em um ponto de fraqueza (WEST, 2008). A diverticulose se refere à presença destes divertículos no cólon, sendo geralmente assintomática e um achado incidental (TURSI; PAPA; DANESE, 2015).

A prevalência de diverticulose aumenta com a idade, com o elevado índice de massa corporal, sedentarismo, uso de anti-inflamatórios não esteroides e genética, sendo fatores de risco importantes para a fisiopatogenia da doença (PEPPAS, et. al, 2007; AUNE, et. al, 2017).

Diverticulite ocorre quando há inflamação macroscópica de divertículo sintomático. A fisiopatologia ocorre principalmente devido à obstrução do divertículo por fecalitos, levando ao acúmulo de muco e aumento da pressão intraluminal e consequente inflamação (MUTTER; MARESCAUX, 2013).

A diverticulite pode ser classificada como não complicada ou complicada. A diverticulite não complicada é a apresentação mais comum e é caracterizada por inflamação leve. Já a complicada envolve um amplo espectro de manifestações clínicas, podendo variar desde um abscesso pericólico até a perfuração com peritonite feculenta (LOFFELD, 2016). A partir dos achados operatórios, foi criada a classificação de Hinchey, podendo estabelecer o grau de complicação dos pacientes (HINCHEY; SCHAAL, 1978).

A principal indicação para tratamento cirúrgico de urgência em casos de diverticulite é a peritonite difusa ou purulenta. Além disso, a piora clínica após tratamento não cirúrgico, é outra indicação frequente (STRATE; MORRIS, 2019).

Após ressecção colônica, a decisão para anastomose inclui a estabilidade clínica do paciente, as preferências e habilidades do cirurgião e os achados no intra-operatório. A cirurgia de Hartmann é indicada apenas para pacientes que apresentem instabilidade hemodinâmica (LEE, 2019).

Por fim, vale ressaltar que para pacientes com diverticulose sem indicação de cirurgia de emergência ou eletiva, é de grande importância a orientação a respeito de mudanças no estilo de vida, como a cessação do tabagismo, redução de consumo de carne vermelha, aumento de atividade física e redução de peso, dessa forma ocorre a redução de risco, evitando as complicações em paciente com doença diverticular (STRATE; MORRIS, 2019).

## 7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- ACMR, 60 anos, diabética em insulinoterapia, foi atendida na urgência com história de dor em fossa ilíaca esquerda e febre há 24 horas. Realizou TC de abdome que evidenciou espessamento de parede de sigmoide com borramento da gordura mesentérica adjacente, além de imagens de divertículos e abscesso pericólico de 2,0 cm. Sobre a conduta, assinale a alternativa CORRETA.

- a) A paciente pode ser tratada em regime ambulatorial, com ciprofloxacina e metronidazol por 10 dias.
- b) A paciente deve ser submetida à colonoscopia nos próximos dias para confirmação diagnóstica.
- c) Trata-se de uma diverticulite complicada, com indicação cirúrgica de urgência.
- d) A paciente pode ser tratada conservadoramente, em regime hospitalar, com antibióticos injetáveis.

Resposta: Letra D

2- A principal conduta a ser adotada em um paciente de 70 anos com diverticulite aguda, Hinchey IV, é:

- a) Cirurgia de Hartmann.
- b) Colectomia total.
- c) Sigmoidectomia com anastomose primária.
- d) Colonoscopia descompressiva.

Resposta: Letra A

3- Paciente masculino, 75 anos, dá entrada em PS com dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, com piora nas últimas 4 horas, febre de 38°C, e abdome com sinais de descompressão brusca positiva e presença de pneumoperitônio raio x. Laboratório apresentando leucocitose com desvio à esquerda e sinais vitais com taquicardia e hipotensão. No centro cirúrgica, realizado laparotomia exploradora é identificada diverticulite Hinchey III. Descreva a conduta a ser adotada para esse paciente?

Resposta: Realização de retossigmoidectomia, incluindo seguimento perfurado, com colostomia terminal e rafia do coto retal.

## REFERÊNCIAS

AUNE, D. et al. Body mass index and physical activity and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Nutr.* v. 56, n. 24, p. 23-38, 2017.

BIONDO, S.; et al. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis: A systematic review. *Colorectal Dis.* v. 14, n. 1. p. e1-e11, 2012

HABR-GAMA, A.; TEIXEIRA, M. G.; VIEIRA, M. J. F.; et al. Operação de Hartmann e suas consequências. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, v. 17, n. 1, p. 05-10, 1997.

HARTMANN, H. Nouveau procédé d'ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien. *Trentieme Congres De Chirurgie.* p. 411-413, 1921.

HINCHEY, E. J.; SCHAAL, P. G.; RICHARDS, G. K. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg.* v. 12, n. 1, p. 85-109, 1978.

LEE, J. M. et al. Hartmann's procedure vs primary anastomosis with diverting loop ileostomy for acute diverticulitis: nationwide analysis of 2,729 emergency surgery patients. *J Am Coll Surg.* v. 229, n. 1, p. 48-55, 2019.

LOFFELD, R. J. Long-term follow-up and development of diverticulitis in patients diagnosed with diverticulosis of the colon. *Int J Colorectal Dis.* v. 31, n. 1, p.15-17, 2016.

MUTTER, D.; MARESCAUX, J. Appendicitis/diverticulitis: minimally invasive surgery. *Digestive Dis.* v. 31, n. 1, p. 76-82, 2013.

PARKS, T. G. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol*, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1975.

PEPPAS, G. et al. Outcomes after medical and surgical treatment of diverticulitis: a systematic review of the available evidence. *J Gastroenterol Hepatol*. v. 22, n. 13, p. 60-68, 2007.

PITOMBO, M. C. et al. Laparoscopia no abdome agudo não traumático: estudo retrospectivo. *Rev Col Bras Cir*. v. 26, n. 4, p.233-236, 1999.

STRATE, L. L.; MORRIS, A. M. Epidemiology, pathophysiology, and treatment of diverticulitis. *Gastroenterology*, v. 156, n. 5, p.1282-1298, 2019.

TOUZIOS, J. G.; DOZOIS, E. J. Diverticulosis and acute diverticulitis. *Gastroenterol Clin North Am*. v. 38, n. 3, p. 513-25, 2009.

TURSI, A.; PAPA, A.; DANESE, S. Review article: the pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. *Aliment Pharmacol Ther*. v. 42, n. 6 p. 64-84, 2015.

VALEZI, A. C. et al. Laparoscopia no abdome agudo inflamatório de difícil diagnóstico. *Rev. Col. Bras. Cir*. v. 30, n. 4, p. 180-191, 2003.

WEST, A.B. The pathology of diverticulitis. *J Clin Gastroenterol*. v. 42, n. 11 p. 35-39, 2008.

ZAKKA, T. M.; TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T. Dor Visceral Abdominal: Aspectos Clínicos. *Revista Dor*. v. 14, n. 4, p. 311-314. 2013.