

Diverticulite aguda: aspectos fisiopatológicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas

Acute diverticulitis: pathophysiological aspects, diagnostic methods and therapeutic conduct

DOI:10.34117/bjdv9n1-050

Recebimento dos originais: 05/12/2022

Aceitação para publicação: 03/01/2023

Vitor Cardoso dos Santos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)

Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, S/N, Itaúna - MG

E-mail: cardosov477@gmail.com

Camilla Beatriz Vieira Ribeiro Teixeira

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Instituição: Clínica Medical Center

Endereço: Rua Luís Maria, 350, Brejo, Conceição do Mato Dentro - MG,

CEP: 35860-000

E-mail: camillavrteixeira@gmail.com

Fabício Andrade Vieira Moreira

Graduado em Medicina

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Endereço: R. Ávila Goularte, 900, Papicu, Fortaleza - CE, CEP: 60150-160

E-mail: fabricioandradevm2017@gmail.com

Gabriela de Paula Esteves

Graduanda em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

(PUC-MG) - Campus Contagem

Endereço: Rua Rio Comprido, 4580, Cinco, Contagem - MG, CEP: 32010-025

E-mail: gabi_paulaesteves101@hotmail.com

Gabriela Rech

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Instituição: Hospital Saúde

Endereço: R. Vinte de Setembro, 2311, Centro, Caxias do Sul - RS, CEP: 95020-450

E-mail: gabrielarech.med@gmail.com

Glauco Araújo de Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Endereço: Rua Uruguai, 458, Centro, Itajaí-SC, CEP: 88302-901

E-mail: glaucoaraujlvr@gmail.com

Janine Graciela Casco

Graduada em Medicina pela Universidad del Pacífico
Instituição: Universidad del Pacífico
Endereço: Av. Padre O'connor, 8500, Pedro Juan Caballero, Paraguay
E-mail: jani.casco@hotmail.com

Larissa Leite Coletto

Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)
Endereço: Av. Frei Paulino, 30, Nossa Sra. da Abadia, Uberaba - MG, CEP: 38025-180
E-mail: larissacoletto1998@gmail.com

Maria Clara Catone Barbosa

Graduanda em Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, (PUC – Minas)
Endereço: Rua Rio Comprido, 4580, Cinco, Contagem - MG, CEP: 32010-025
E-mail: mariclaracab@gmail.com

RESUMO

A Diverticulite Aguda (DA) é uma patologia causada pela inflamação das articulações formadas através de pontos frágeis na parede do intestino. Quanto à epidemiologia, a diverticulose afeta cerca de 40% dos pacientes acima dos 60 anos e, aproximadamente 20% destes, apresentarão DA. Sua prevalência é maior em pessoas com fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, má alimentação e história familiar positiva para a diverticulite. Quanto às manifestações clínicas, a doença apresenta dor abdominal como principal sintoma, mas também pode estar associada a febre, náuseas, vômitos e mudanças no hábito intestinal, como diarreia ou constipação. Sua identificação depende de uma anamnese minuciosa, um exame físico bem detalhado e exames complementares. No que tange ao diagnóstico clínico, sensibilidade e defesa abdominal à palpação, em quadrante inferior esquerdo, associada ou não a alterações dos hábitos intestinais, são essenciais para identificação da patologia. Para diagnóstico definitivo, lança-se mão da Ultrassonografia (US), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e Tomografia Computadorizada (TC), fornecendo detalhes com maior acurácia para, juntamente com os dados clínicos, obter o diagnóstico. Acerca da abordagem terapêutica, apresenta-se através do manejo farmacológico e cirúrgico. Na abordagem farmacológica, lança-se mão da dieta conforme tolerada, hidratação, analgesia e antibioticoterapia. A abordagem cirúrgica utiliza a técnica Hartmann ou reconstrução com anastomose primária com desvio proximal (APDP). Lavagem Laparoscópica (LL) e Drenagem percutânea são alternativas utilizadas para a abordagem da DA.

Palavras-chave: diverticulite aguda, doença diverticular, fisiopatologia, tratamento, ressecção cirúrgica.

ABSTRACT

Acute Diverticulitis (AD) is a pathology caused by inflammation of joints formed through fragile points in the intestinal wall. As for epidemiology, diverticulosis affects about 40% of patients over 60 years of age and approximately 20% of these will have AD. Its prevalence is higher in people with risk factors, such as sedentary lifestyle, obesity, poor diet and positive family history for diverticulitis. As for the clinical manifestations, the disease has abdominal pain as the main symptom, but it can also be associated with fever,

nausea, vomiting and changes in bowel habits, such as diarrhea or constipation. Its identification depends on a thorough anamnesis, a very detailed physical examination and complementary tests. Regarding the clinical diagnosis, sensitivity and abdominal defense to palpation, in the lower left quadrant, associated or not with changes in bowel habits, are essential for identifying the pathology. For a definitive diagnosis, Ultrasonography (US), Nuclear Magnetic Resonance (NMR) and Computed Tomography (CT) are used, providing more details with better accuracy to, together with clinical data, obtain the diagnosis. The therapeutic approach, on the other hand, is presented through pharmacological and surgical management. In the pharmacological approach, the diet as tolerated, hydration, analgesia and antibiotic therapy are used. The surgical approach uses the Hartmann technique or reconstruction with primary anastomosis with proximal deviation (APDP). Laparoscopic lavage (LL) and percutaneous drainage are alternatives used to approach AD.

Keywords: acute diverticulitis, diverticular disease, pathophysiology, treatment, surgical resection.

1 INTRODUÇÃO

A diverticulose afeta aproximadamente 40% dos pacientes acima dos 60 anos e cerca de 20% destes apresentarão Diverticulite Aguda (DA) (LAMBRICHTS et al., 2018, LANGENFELD, 2021). Assim, divertículos são formados através de pontos frágeis na parede do intestino, formando saculações e a inflamações dessas saculações é denominada Diverticulite (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018). Sua prevalência é maior em pessoas que possuem fatores de risco, como: sedentarismo, obesidade, má alimentação, idade superior a 60 anos e história familiar positiva para a diverticulite (STRATE; MORRIS, 2019). Também, é relatada uma relação entre alterações no sistema nervoso entérico e nos elementos de motilidade intestinal levando a inflamação diverticular (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018, STRATE; MORRIS, 2019).

As manifestações clínicas da DA dependem da localização do divertículo acometido, presença de complicações e intensidade do processo inflamatório (TURSI et al., 2020). A patologia é caracterizada por manifestações, como: dor abdominal com predomínio no quadrante inferior esquerdo, com ou sem febre e associada a mudanças no hábito intestinal, como diarreia ou constipação (CHABOK et al., 2021). Além da dor abdominal, podem estar associados: náuseas, vômitos, flatulência e inchaço (CARR; VELASCO, 2022). Diante disso, os sintomas da DA podem vir de uma complicação, como perfuração intestinal, formação de fístula ou abscesso colônico (CARR; VELASCO, 2022).

A investigação inicial da DA baseia-se na realização de uma anamnese e um exame físico bem detalhado. Assim sendo, ao exame físico, observa-se dor em quadrante inferior esquerdo, descrita como cólica e associada ou não a alterações dos hábitos intestinais como constipação e diarreia, febre também pode ser relatada (CHABOK et al., 2021, CARR; VELASCO, 2022). Alguns pacientes, também, podem apresentar marcadores inflamatórios elevados, com Proteína C Reativa (PCR) >50 mg/L, e leucocitose. Além do diagnóstico clínico, a análise imagiológica associada constitui o diagnóstico definitivo da DA. Assim sendo, Ultrassonografia (US), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e Tomografia Computadorizada (TC), são métodos empregados para diagnóstico da DA com maior acurácia (HANNA; KAISER, 2021).

Ademais, o manejo da DA é dividido em abordagem farmacológica, que é baseada na dieta conforme tolerada, reidratação oral e antibióticos orais (HANNA; KAISER; LANGENFELD, 2021). Também é possível a abordagem cirúrgica, sendo Hartmann a operação tradicional escolhida para colostomia final com posterior reconstrução ou reconstrução com anastomose primária com desvio proximal (APDP). Lavagem Laparoscópica (LL) e Drenagem percutânea, são outros métodos utilizados para abordar a DA (AZHAR et al., 2021, HANNA; KAISER, 2021). Por fim, classificar o grau da gravidade da DA é crucial para determinar quando adotar a abordagem cirúrgica e quando e por quanto tempo adotar a abordagem farmacológica (CARR; VELASCO, 2022).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à diverticulite aguda, sobretudo manifestações clínicas e manejo terapêutico.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2017 e 2022. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *diverticulitis*, *diverticular disease*, *acute colonic diverticulitis*, *epidemiology*, *pathophysiology*, *treatment* e *surgical resection*. Foram encontrados 192 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período

superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 19 artigos pertinentes à discussão.

4 EPIDEMIOLOGIA

A diverticulose afeta cerca de 40% dos pacientes de 60 a 80 anos, e mais de 70% dos pacientes que possuem mais de 80 anos. Cerca de 20% destes irão desenvolver diverticulite, e nem todos apresentarão os mesmos sintomas e a mesma morbidade decorrente da doença. Para pacientes mais jovens, abaixo de 50 anos, a grande maioria consiste em homens, enquanto as mulheres apresentam-se como maior parte dos casos entre os 50 e os 70 anos. As taxas da doença vem aumentando com o tempo, aumentando também os custos em saúde relacionados a ela (LAMBRICHTS et al., 2018, LANGENFELD, 2021).

Além disso, há um aumento de internações de 26% por diverticulite aguda, e aumento do número de operações eletivas por essa causa em 29%. A doença tende a apresentar-se novamente após um primeiro episódio, sendo sua taxa de recorrência de 19% em não tratados inicialmente com cirurgia e 5,5% nos tratados com colectomia ou colostomia de emergência. O risco de necessitar de cirurgia no primeiro episódio não varia significativamente com a idade. No total, cerca de 20% dos casos de DA diagnosticados necessitarão de tratamento, sendo esse número proporcionalmente maior quanto maior a idade e comorbidades do paciente em questão (TOCHIGI et al., 2017, HAWKINS et al., 2020).

A taxa de mortalidade da DA, quando não acompanhada de hemorragia, é de cerca de 0,3%, e quando acompanhada de complicações, essa taxa varia de acordo com a conduta tomada na emergência. Foi considerada a 16ª principal causa de morte por doenças do trato gastrointestinal nos Estados Unidos em 2012, gerando um custo hospitalar de 2,2 bilhões de dólares (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018).

Por fim, aproximadamente 6% dos pacientes com DA desenvolvem, em decorrência da evolução do quadro inicial, perfuração e peritonite, sendo que as taxas de mortalidade para esta última complicação aumentam amplamente, chegando a 14% dos casos em que ocorre (TOCHIGI et al., 2017).

5 FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da DA não foi totalmente esclarecida e envolve diversos fatores. Os divertículos são formados através de pontos frágeis nas paredes do intestino, onde alguns vasos sanguíneos penetram, formando uma espécie de saculação. A inflamação dessas saculações é chamada de Diverticulite. A teoria inicial era de que a obstrução mecânica dos divertículos gerava inflamação, isquemia, perfuração e infecção. Também, acreditava-se que o consumo de sementes deveria ser evitado por portadores de diverticulose (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018, STRATE; MORRIS, 2019).

Entretanto, estudos mais recentes apontam a inflamação crônica e alterações na microbiota intestinal como as principais causas para o desenvolvimento da Diverticulite, ultrapassando as teorias antigas. Evidência disso, muitos fatores de risco desta patologia se associam a inflamação crônica sistêmica, como o sedentarismo, a obesidade e a má alimentação. Isso é reforçado pelo aumento de marcadores inflamatórios intestinais, como metaloproteases e histamina, que ocorrem na presença destes fatores (STRATE; MORRIS, 2019, PISCOPO; ELLUL, 2020).

A microbiota intestinal também está associada à DA. Pacientes acometidos com a doença apresentam uma diminuição de bactérias colônicas anti-inflamatórias, como *Clostridium cluster IV*, *Lactobacilli* e *Bacteroides*. Assim, levando a uma ativação errônea das fibras nervosas, gerando sintomas abdominais. Além disso, a alteração na microbiota junto a inflamação da mucosa pode levar a dismotilidade, que contribui para a translocação de bactérias do lúmen do divertículo para áreas periviscerais. Desse modo, fatores que alteram a microbiota, como uma dieta pobre em fibras e a obesidade, podem contribuir para o desenvolvimento da patologia. Diante disso, mudanças na dieta e no estilo de vida auxiliam na recuperação da microbiota intestinal (STRATE; MORRIS, 2019, PICCIONE et al, 2021).

Por fim, há evidências de que uma história familiar positiva para a diverticulite aumenta o risco de se desenvolver a doença diverticular. Algumas variantes de genes foram associadas a essa patologia, como ARHG AP15, COLQ e FAN155A. Há também uma relação entre alterações no sistema nervoso entérico e nos elementos de motilidade intestinal com a inflamação diverticular. É relatado que pacientes com esse distúrbio apresentam alterações na motilidade intestinal, porém ainda não está claro se esses fatores antecedem a formação dos divertículos ou a inflamação (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018, STRATE; MORRIS, 2019).

6 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da DA dependem da localização do divertículo acometido, da intensidade do processo inflamatório e da presença de complicações (TURSI et al., 2020). Em geral, pacientes com DA não complicada apresentam dor abdominal predominantemente em quadrante inferior esquerdo, associada a mudança no hábito intestinal (diarreia ou constipação), com ou sem febre (CHABOK et al., 2021). Além disso, sintomas como náuseas, vômitos, flatulência e inchaço podem estar presentes (CARR; VELASCO, 2022). Também, queixas urinárias como disúria, frequência e urgência podem ocorrer quando há contato direto entre a parede da bexiga e a porção do intestino acometida (LINZAY; PANDIT, 2022).

Por outro lado, os sintomas da DA podem ser decorrentes de uma complicação, como abscesso colônico, perfuração intestinal ou formação de fístula. Nesses casos, o paciente pode apresentar sinais de sepse e peritonite. Além disso, a presença de fecalúria e pneumatúria indicam a possibilidade de fístula colovesical (CARR; VELASCO, 2022). Diante disso, podem ser observados ao exame físico dor à palpação abdominal, massa palpável (20% dos pacientes com abscesso) e redução dos ruídos hidroaéreos (LINZAY; PANDIT, 2022).

7 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da DA se dá, principalmente, por meio dos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos. Os pacientes com DA podem apresentar dor em quadrante inferior esquerdo, sendo comum em cerca de 70% dos pacientes, alterações dos hábitos intestinais e febre. A dor é descrita, sobretudo, como cólica, podendo ou não estar associada a mudança de hábitos intestinais como constipação e diarreia (CHABOK et al., 2021, CARR; VELASCO, 2022).

A DA pode ser classificada desde uma Diverticulite Leve a uma Peritonite Generalizada Grave, segundo a Classificação de Hinchey. O objetivo principal do exame físico é distinguir um processo infeccioso localizado de peritonite difusa com manifestações sistêmicas. Além dos sintomas citados acima, outras manifestações de DA incluem náuseas e vômitos, distensão abdominal, ruídos hidroaéreos ausentes, podendo aparecer achados associados à formação de fístulas (CERESOLI et al., 2018, FRANCIS et al., 2019).

Os achados laboratoriais incluem marcadores inflamatórios elevados, com Proteína C Reativa (PCR) >50 mg/L, e leucocitose. Os exames radiológicos disponíveis para o diagnóstico são: Ultrassonografia (US), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e Tomografia Computadorizada (TC), sendo este o método de primeira escolha por apresentar alta sensibilidade (93-97%) e alta especificidade (aproximadamente 100%), além de ser rápido e acessível. A US, apesar de ser mais barata e de maior acesso, é altamente dependente do examinador, além de ser um exame demorado. Já a RNM é sensível à presença de DA, porém é um procedimento caro, demorado e, muitas vezes, está suscetível a movimentos do intestino que podem reduzir a qualidade da imagem (HANNA; KAISER, 2021).

A colonoscopia é um método de imagem que ainda está sendo debatido, mas no geral ainda é considerado uma medida para avaliação e descarte de outras patologias associadas. Porém, tal método deve ser evitado no cenário agudo DA, devendo ser adiado para cerca de 6 semanas depois. Há uma regra de decisão clínica que demonstrou que a alta sensibilidade isolada no quadrante inferior esquerdo, nível de PCR > 50 mg/L e ausência de vômito podem ter valor preditivo positivo em pacientes com suspeita de DA (LAMBRICHTS et al., 2018, LANGENFELD, 2021).

8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diagnósticos diferenciais da DA variam tanto de acordo com a região acometida, como pelo tempo de evolução do quadro. Ademais, deve-se levar em consideração a história clínica do paciente, bem como a epidemiologia e fatores de risco, visto que a tríade clássica de sinais e sintomas da diverticulite são inespecíficos (HANNA; KAISER, 2021).

Em relação ao local, quando afeta o cólon ascendente, as manifestações clínicas assemelham-se a uma apendicite aguda. Quando a região acometida é o cólon transversal, úlcera péptica, pancreatite e colecistite são possíveis diagnósticos diferenciais. Além disso, outras hipóteses são: gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica - ambos no sexo feminino e síndrome do intestino irritável (CARR; VELASCO, 2022).

Em relação ao tempo de evolução, quadros agudos podem-se assemelhar a quadros de colite isquêmica, pielonefrite e úlceras pépticas. Já os quadros crônicos, deve-se pensar em malignidade, doença inflamatória intestinal, doença diverticular sintomática não complicada ou até mesmo constipação (HANNA; KAISER, 2021).

9 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

O tratamento padrão para DA não complicada incluía a administração de fluidos e antibióticos intravenosos. O uso de antibióticos era baseado na premissa de que a diverticulite era causada devido a uma obstrução de um divertículo levando a abrasões da mucosa, microperfuração e translocação de bactérias por perfuração microcolônica. No entanto, essa teoria foi substituída por um modelo inflamatório em que o segmento inflamado do cólon pode eventualmente levar a uma microperfuração (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN; CERESOLI et al., 2018, KHAN; HAWKINS, 2021).

Dito isso, dois estudos observacionais questionaram a necessidade de tratamento com antibióticos para pacientes com diverticulite não complicada. O primeiro deles designou aleatoriamente 623 pacientes com diverticulite não complicada, comprovada por tomografia computadorizada, de 10 centros na Suécia e Islândia para grupos administrados por via intravenosa seguidos por antibióticos orais (carbapenem ou piperacilina e tazobactam seguido por metronidazol oral combinado com ciprofloxacina ou cefadroxil) ou fluidos intravenosos sozinhos. Esses pacientes foram acompanhados por um período de 12 meses. Já o segundo estudo, contou com 570 pacientes com diverticulite não complicada comprovada por tomografia computadorizada (Hinchey 1a ou 1b) de 22 centros na Holanda que foram distribuídos aleatoriamente para grupos que receberam amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa, por pelo menos 48 horas, e depois via oral) ou placebo e seguidos por 6 meses. Ambos os estudos concluíram que com o uso de antibióticos não houve diferença no tempo de recuperação ou evitaram cirurgias e complicações subsequentes (STRATE; MORRIS, 2019, HANNA; KAISER, 2021, KHAN; HAWKINS, 2021).

Mesmo com esses resultados, a presença de certas limitações dessas pesquisas podem dificultar a adoção da abordagem livre de antibióticos. Visto que, geralmente pacientes com sistema imunológico comprometido, portadores de diverticulite grave e pacientes que apresentam comorbidades médicas extensas ou descompensadas foram excluídos desses estudos. Ademais, a falta de outras populações de pacientes pode limitar a generalização para adotar uma abordagem terapêutica no resto do mundo. Apesar dessas deficiências, as diretrizes da ASCRS de 2020 e as diretrizes de prática clínica da AGA de 2021 agora apoiam o uso seletivo de antibióticos para DA não complicada (REZAPOUR; STOLLMAN, 2018, KHAN; HAWKINS, 2021).

Nesse sentido, quando se deseja definir um tratamento adequado é necessário distinguir entre um episódio agudo único, eventos recorrentes, doença latente e formação de complicações (estenose, fístula). Dentro disso, a terapia ambulatorial geralmente contempla dieta conforme tolerada, reidratação oral e antibióticos orais. Já o manejo hospitalar é indicado para pacientes com comorbidades significativas ou com rede de apoio deficitária em casa. Além disso, os pacientes que apresentam sintomas como náuseas e intolerância oral podem ficar consideravelmente desidratados e necessitar de internação. Ainda há também pacientes com quadro clínico pouco esclarecido e que precisarão de exames abdominais antes de determinar se a doença terá um destino benigno (HANNA; KAISER; LANGENFELD, 2021).

Devido a isso, o tratamento convencional para DA inclui antibióticos orais ou IV designado à flora colônica. Dentre os agentes intravenosos comuns, tem-se piperacilina-tazobactam, carbapenêmicos como meropenem e ertapenem e cefalosporinas de terceira geração. Já os agentes orais comuns incluem amoxicilina-clavulanato e terapia dupla com fluoroquinolona (por exemplo, ciprofloxacino ou levofloxacino) e metronidazol. Todos esses antibióticos possuem efeitos adversos, mas costumam ser bem tolerados. Com isso, a duração necessária da antibioticoterapia, concentra-se em um número múltiplo de 5 ou 7 dias. De modo geral, é seguro interromper o uso da medicação assim que os sintomas forem solucionados (LANGENFELD, 2021).

Com relação à prevenção secundária da diverticulite recorrente, é complexo identificar uma estratégia eficiente, visto que a patogênese da patologia é multifatorial e abrange fatores como o estilo de vida e fatores genéticos. Cessar tabagismo, reduzir a ingestão de carne vermelha, aumentar a prática de atividade física e perder o excesso de peso corporal parecem ser ações inteligentes para promoção de saúde e podem reduzir o risco de diverticulite. Ainda nesse viés, a dieta rica em fibras tem sido associada a uma redução do risco do primeiro episódio de DA, mas tem uma eficácia pouco esclarecida na prevenção secundária de ataques recorrentes (HANNA; KAISER, 2021).

A rifaximina foi recentemente defendida como candidata para prevenção secundária de DA recorrente. A combinação de rifaximina e dieta rica em fibras é eficaz na prevenção secundária, com os pacientes continuando sem sintomas em 1 ano. Com relação ao uso de probióticos, com o intuito de diminuir a incidência de DA ajustando a microbiota do cólon, há uma tendência positiva na redução e/ou remissão dos sintomas

abdominais com a implementação de probióticos (REZAPOUR; ALI; STOLLMAN, 2018, HANNA; KAISER, 2021).

10 ABORDAGEM CIRÚRGICA

A cirurgia para DA será o tratamento de escolha em algumas importantes condições a saber: nos quadros agudos, quando não há resolução do quadro mesmo em tratamento clínico otimizado e nas recorrências. É importante salientar que boa parte desses diagnósticos são guiados pelo estado fisiológico e pelos sinais clínicos apresentados pelo paciente que indicará a progressão da doença. Assim, a ferramenta do médico será a combinação do julgamento clínico junto ao exame de Tomografia Computadorizada (TC), sendo o primeiro o mais relevante de todos (CARR; VELASCO, 2022, RAI; MISHRA, 2020).

10.1 CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

O manejo cirúrgico imediato deve ser indicado aos pacientes com sinais de peritonite difusa, de perfuração livre (Hinchey III e IV), com suspeita de malignidade ou com resposta inadequada ao tratamento conservador (CARR; VELASCO, 2022). O médico deve atentar aos sinais de instabilidade hemodinâmica do paciente, não deixando que apenas o exame de imagem guie suas condutas, pois apenas a presença de ar livre peritoneal sem os fatores clínicos atrelados não indicará abordagem cirúrgica imediata. Também, vários estudos mostram que não haverá urgência cirúrgica quando em complicações da DA do tipo abscesso, fístulas e estenose, podendo serem manejadas de forma conservadora (HANNA; KAISER, 2021).

10.2 HARTMANN VERSUS ANASTOMOSE PRIMÁRIA

Assim, nas cirurgias de emergência, após a ressecção do cólon doente pode-se optar pela reconstrução com anastomose primária com desvio proximal (APDP), ou pela colostomia final com posterior reconstrução, denominada Hartmann (HT). Apesar da possibilidade de escolha, algumas condições podem levar o cirurgião a praticar a HT, como nos casos graves que exigem conduta imediata, DA Hinchey classe 3 ou 4 modificada, pacientes imunossuprimidos e obesos (CARR; VELASCO, 2022). Apesar disso existe uma grande preocupação sobre essa atuação, pois estudos mostram que cerca de 20%-50% dos pacientes submetidos à HT nunca tiveram reversão da ostomia, além de

terem aumento da morbidade durante o procedimento de reversão (CIROCCHI et al., 2020).

Para nortear as decisões sobre qual técnica lançar mão na DA, as diretrizes nacionais recomendam que se individualize a depender do quadro clínico do paciente, seus parâmetros fisiológicos e os riscos inerentes à deiscência da anastomose. Continua a máxima de que pacientes com instabilidade hemodinâmica, sepse, imunossupressão, estado nutricional, edema e vascularização da parede intestinal, experiência com técnica e idosos com má função intestinal se beneficiarão do HP (HANNA; KAISER, 2021).

10.3 LAVAGEM LAPAROSCÓPICA

A Lavagem Laparoscópica (LL) tem chamado bastante atenção nos últimos anos sendo uma possibilidade na abordagem das DA com exsudados purulentos Hinchey III ou presença de conteúdos fecais intraperitoneais. Faz-se através da laparoscopia exploratória, excluindo-se defeito estrutural anatômico na parede do cólon, a lavagem abundante da cavidade abdominal, com água salinizada a uma temperatura de 37°C- 40°C, seguida de drenagem, sem qualquer ressecção (AZHAR et al., 2021). Várias meta-análises foram publicadas após a possibilidade de incluir essa promissora técnica no manejo da DA complicada. Ao se comparar a LL com as cirurgias de ressecção na DA Hinchey III, ambas obtiveram morbidade e mortalidade semelhantes (3% versus 3,5%), porém a LL continha pacientes com menor número de ostomias (CERESOLI et al., 2018). O ensaio prospectivo, randomizado e controlado denominado DILALA de 2016, mostrou segurança na LL para pacientes DA perfil Hinchey III, tanto quanto o procedimento HT, porém com avaliação em curto prazo (HANNA; KAISER, 2021).

Apesar de uma possível queda na morbi-mortalidade principalmente nos resultados de longo prazo principalmente por não se realizar a colostomia, outros estudos mostraram falha da técnica de 1 a cada 5 procedimentos, aumentando significativamente o risco para septicemia (CERESOLI, et al., 2018). Logo, a LL pode ser sim uma opção à ressecção do cólon, mas nos pacientes com perfil a tolerar uma recuperação e controle da fonte séptica quando o tratamento não for eficiente, estando excluídos os idosos, malnutridos e pacientes com morbidades crônicas prévias (AZHAR et al., 2021).

10.4 DRENAGEM PERCUTÂNEA

Beneficiam-se da drenagem percutânea guiada por imagem, aqueles pacientes com DA (Hinchey Ib) ou distante (Hinchey II), ou seja, que tiveram abscesso entremeando os divertículos inflamados, maiores que 5 cm ou sem melhora clínica com a antibioticoterapia (HALL, et al., 2020). Cerca de 49%-94% dos pacientes vistos em ensaio clínico obtiveram resolução dos sinais de sepse e sucesso imediato com a drenagem percutânea (HANNA; KAISER,2021).

11 CONCLUSÃO

Sabe-se que a DA ocorre devido a inflamação dos divertículos que são formados através de pontos frágeis na parede do intestino. Dentre os principais fatores associados, além da prevalência maior em pessoas maiores de 60 anos que apresentam diverticulose, destacam-se: sedentarismo, obesidade, má alimentação e história familiar positiva para a diverticulite. A patologia apresenta diversas manifestações clínicas, dor abdominal aguda no quadrante inferior esquerdo é o principal sintoma, também é relatado, febre, náuseas, vômitos e mudanças no hábito intestinal, como diarreia ou constipação. Diante disso, faz-se necessário uma coleta de uma anamnese completa e exame físico bem feitos. US, RNM e TC, são métodos diagnósticos utilizados. Ademais, o manejo terapêutico é dividido em farmacológico e cirúrgico, havendo divergências na literatura em quando e qual a melhor conduta a ser adotada. Sendo assim, é notória a necessidade de mais estudos, almejando melhores técnicas terapêuticas, com intuito de reduzir as complicações e mitigar a progressão da DA.

REFERÊNCIAS

AZHAR, N. et al. **Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Acute Perforated Diverticulitis: Long-term Outcomes From the Scandinavian Diverticulitis (SCANDIV) Randomized Clinical Trial.** *JAMA Surgery*, v. 156, n. 2, p. 121, 1 fev. 2021.

CARR, S.; VELASCO, A. L. **Colon Diverticulitis.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 Nov 18.

CERESOLI, M. et al. **Inflammation management in acute diverticulitis: current perspectives.** *Journal of Inflammation Research*, v. Volume 11, p. 239–246, maio 2018.

CHABOK, A. et al. **Changing Paradigms in the Management of Acute Uncomplicated Diverticulitis.** *Scandinavian Journal of Surgery*, p. 145749692110110, 3 maio 2021.

CIROCCHI, R. et al. **The role of damage control surgery in the treatment of perforated colonic diverticulitis: a systematic review and meta-analysis.** *International Journal of Colorectal Disease*, v. 36, n. 5, p. 867–879, 22 out. 2020.

FRANCIS, N. K. et al. **EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice.** *Surgical Endoscopy*, v. 33, n. 9, p. 2726–2741, 27 jun. 2019.

HANNA, M. H.; KAISER, A. M. **Update on the management of sigmoid diverticulitis.** *World Journal of Gastroenterology*, v. 27, n. 9, p. 760–781, 7 mar. 2021.

HAWKINS, A. T. et al. **Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm.** *Current Problems in Surgery*, v. 57, n. 10, p. 100862, out. 2020.

KHAN, A.; HAWKINS, A. T. **Challenging Surgical Dogma.** *Surgical Clinics of North America*, v. 101, n. 6, p. 967–980, dez. 2021.

LAMBRICHTS, DANIEL P. V. et al. **The Multidisciplinary Management of Acute Complicated Diverticulitis.** *Inflammatory Intestinal Diseases*, v. 3, n. 2, p. 80–90, 2018.

LANGENFELD, S. J. **Evaluation and Medical Management of Uncomplicated Diverticulitis.** *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, v. 34, n. 02, p. 086–090, 24 fev. 2021.

LINZAY, C. D.; PANDIT, S. **Acute Diverticulitis.** StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 Aug 8.

PISCOPO, N.; ELLUL, P. **Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence.** *The Ulster medical journal*, v. 89, n. 2, 2020.

RAI, V.; MISHRA, N. **Surgical Management of Recurrent Uncomplicated Diverticulitis.** *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, v. 34, n. 02, p. 091–095, 2 nov. 2020.

REZAPOUR, M.; ALI, S.; STOLLMAN, N. **Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management.** Gut and Liver, v. 12, n. 2, p. 125–132, 15 mar. 2018.

REZAPOUR, M.; STOLLMAN, N. **Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis: To Give or Not to Give?** Inflammatory Intestinal Diseases, v. 3, n. 2, p. 75–79, 2018.

STRATE, L. L.; MORRIS, A. M. **Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis.** Gastroenterology, v. 156, n. 5, p. 1282-1298.e1, abr. 2019.

TOCHIGI, T. et al. **Management of complicated diverticulitis of the colon.** Annals of Gastroenterological Surgery, v. 2, n. 1, p. 22–27, 28 set. 2017.

TURSI, A. et al. **Colonic diverticular disease.** Nature Reviews Disease Primers, v. 6, n. 1, 26 mar. 2020.