

DIAGNÓSTICO E MANEJO DA DIVERTICULITE AGUDA

Rebeca Regert
Gabriela A Bergmann
Lucio S Fillmann

UNITERMOS

DIVERTICULITE/terapia, DIVERTICULITE/diagnóstico, ABDOME AGUDO/terapia.

KEYWORDS

DIVERTICULITIS/therapy, DIVERTICULITIS/diagnosis, ABDOMEN, ACUTE/therapy.

SUMÁRIO

O presente trabalho destina-se a elucidar o tratamento recomendado para as diferentes fases da diverticulite, assim como também esclarece aspectos da progressão da doença diverticular para o processo inflamatório que ocorre no intestino.

SUMMARY

This paper is intended to elucidate the recommended treatment for the different stages of diverticulitis, as well as light aspects of diverticular disease progression to the inflammatory process that occurs in the intestine.

INTRODUÇÃO

Diverticulite representa um processo inflamatório dos divertículos do colon, em decorrência da erosão da parede, acredita-se, causada pelo aumento de pressão intraluminal. Em pacientes com diverticulite simples a reação inflamatória é bloqueada, não ocorrendo abscesso ou peritonite. Já no caso de uma ruptura grosseira, as complicações são frequentes.

Classificação

Simple: Casos em que a reação inflamatória permanece contida, responde bem a medidas clínicas e antibioticoterapia, correspondem a 75% dos casos.

Complicada: Presença de abscesso, perfuração, fistula ou obstrução - no momento da perfuração a ruptura pode atingir órgãos contíguos como intestino

delgado, omento ou bexiga, podendo progredir e erodir originando fístulas. Perfazem 25% dos casos no momento do diagnóstico, precisando conduta cirúrgica (Figura 1).

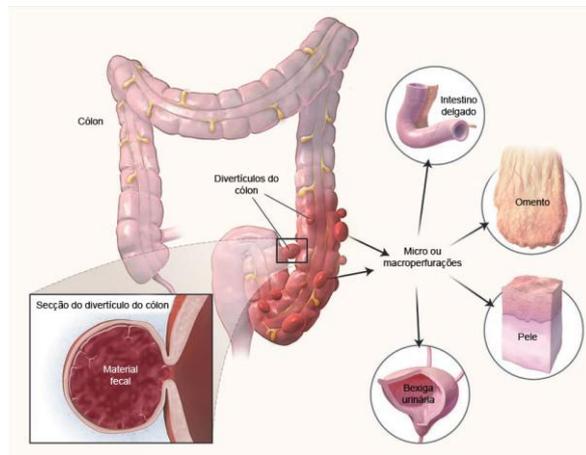


Figura 1

A diverticulite complicada pode ser classificada através de critérios de Hinchey: o primeiro estágio corresponde a abscessos pericólicos restritos; no estágio dois há abscessos maiores, porém restritos à pelve; estágio três ou diverticulite perforada ocorre quando o abscesso dá origem à peritonite purulenta; estágio quatro, o que carrega maior risco de mau prognóstico, se baseia na ruptura de um divertículo não obstruído ou inflamado, dando livre acesso às fezes para o peritônio (Figura 2).

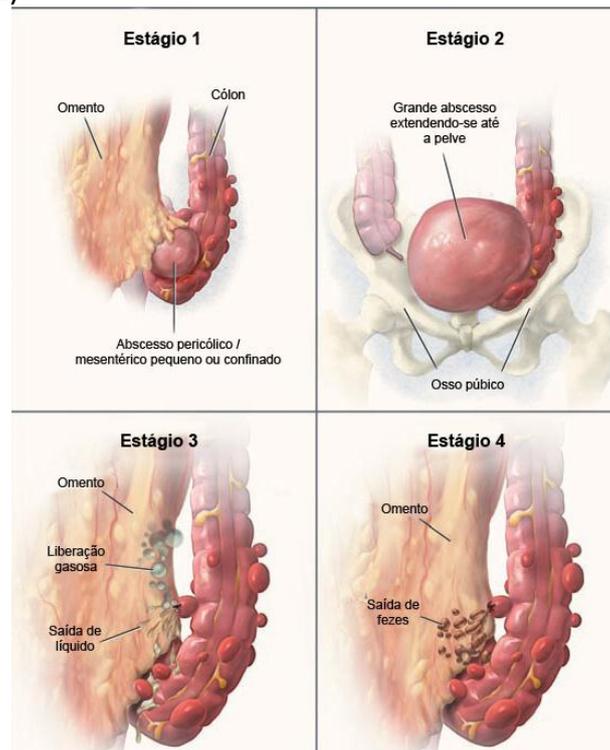


Figura 2

Diagnóstico

Baseado em historia clinica, exame físico e investigação complementar.

Anamnese: O paciente pode ter sintomas prévios de doença diverticular (65% dos pacientes com 85 anos possuem doença diverticular, no entanto 70% permanecem assintomáticos), como inchaço, cólicas, flatulência ou hábito irregular – também associado à Síndrome do Colón Irritável. Até 25% destes pacientes evoluem com diverticulite, e até 15% com sangramento diverticular.

Em 70% dos pacientes há dor no quadrante inferior esquerdo – podendo estar associados náuseas e vômitos, constipação, diarreia e sintomas urinários (Figura 3).

Exame físico: Presença de rigidez em quadrante inferior esquerdo e distensão abdominal, em 20% dos casos há massa palpável. Se a rigidez ocorre em todo abdômen devemos pensar em peritonite com perfuração.

Exames: Pode haver discreta leucocitose, entretanto sua ausência não exclui o quadro. Também é usado o Raio x de abdômen agudo, porém acaba auxiliando mais na exclusão de algumas patologias (obstrução) do que no próprio diagnostico.

Tomografia computadorizada de abdômen com contraste IV e oral: exame de escolha na diverticulite aguda (Figuras 3, 4, 5). É útil para diagnostico, verificar gravidade do quadro, pois consegue visualizar possíveis complicações – peritonite, fístulas e obstrução - programar tratamento e até mesmo realizar intervenções – drenagem percutânea de abscesso.

Enema contrastado: realizado se não há TC disponível e sempre com contraste solúvel em água, pois bário está contra indicado pelo risco de possível perfuração (Figura 6).

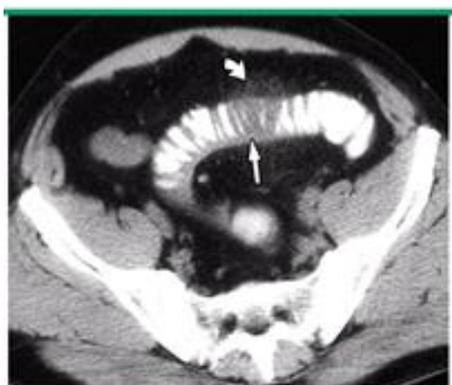


Figura 3 - Diverticulite aguda do colón sigmoide, TC mostrando espessamento inflamatório da parede. Fonte: uptodate.com



Figura 4 - Diverticulite com espessamento de parede (seta curva), hipertrofia da parede muscular (seta preta), espessamento da fásia (seta fina) e perfuração contida (seta grossa). Fonte: uptodate.com



Figura 5 - TC de pelve com abscesso ao redor e comprimindo o colón sigmoide (seta larga) que está marcadamente estreitado. Pequena quantidade de gás com no abscesso (cabeça de seta).

Fonte: uptodate.com



Figura 6 - Enema baritado com duplo contraste em paciente com múltiplos divertículos demonstra abscesso cavitário intramural contendo ar. Fonte: uptodate.com

Ultrasonografia compressiva: Espessamento mural maior de 4 mm por mais de 5cm de extensão é o sinal clássico encontrado, e secção transversal revela uma aparência colônica de alvo. Além disso, presença de líquido e bolhas de ar podem ser visualizadas.

Diagnóstico Diferencial

Dentre os diagnósticos diferenciais da diverticulite podemos citar apendicite, cálculo renal, dissecção de aorta, distensão aguda de bexiga, dor pélvica.

Tratamento

Diverticulite não complicada: Pode ser realizado ambulatorialmente (10 a 14 dias de ciprofloxacina (500mg 2x/dia) e metronidazol (500mg 3x/dia) – para intolerantes a metronidazol, clindamicina pode ser uma alternativa), pacientes imunossuprimidos ou com comorbidades importantes devem ser internados – avaliar condições socioeconômicas também. Caso fique internado, iniciar antibioticoterapia por 7 a 10 dias para bactérias mais prevalentes – gram negativos e anaeróbios – com quinolona e metronidazol ou sulfametoxazol-trimetoprima e metronidazol. (Tabela 1). Nos primeiros dois dias os pacientes devem ser orientados ao consumo de líquido claros apenas e após progredir lentamente a dieta.

Diverticulite Complicada: Antibioticoterapia IV se faz necessária até que a inflamação esteja controlada e a dor resolvida, após o paciente passa a utilizar medicação VO por um curso de 10 a 14 dias. O regime para drogas intravenosas

está resumido na Tabela 1, e se baseia no uso de monoterapia com beta lactâmico/inibidor de betalactamase ou cefalosporina de terceira geração e metronidazol.

Abscessos acessíveis através de drenagem percutânea devem ser tratados, a laparotomia está indicada se o abscesso não for drenado, se não houver melhora clínica após drenagem ou se houver deterioração de funções (aumento dor, febre, rigidez abdominal ou leucocitose), assim como nos casos de peritonite (Hinchey III/IV). As indicações cirúrgicas estão resumidas na Tabela 2.

Tabela 1

Antibioticoterapia empírica para patógenos gram negativos e anaeróbios.	
Primeira escolha	
Monoterapia com beta lactâmico / inibidor de beta lactamase	
piperacilina-tazobactam	3.375 a 4g IV 6/6h
Combinação cefalosporina 3º geração com metronidazol (500mg IV 8/8h)	
Ceftriaxone	1g IV ao dia ou 2g IV 12/12h se infecção SNC
Regimes empíricos alternativos	
fluoroquinolona MAIS metronidazol (500mg IV 8/8h)	
ciprofloxacino	400mg IV 12/12h
levofloxacino	500 ou 750mg IV 1x ao dia
Monoterapia com carbapenêmico	
meropenem	1g IV 8/8h

Adaptado de uptodate.com

Evolução nos casos eletivos/Recomendações

Duas a seis semanas após recuperação do episódio agudo o paciente deve ter investigação de todo o cólon, a fim de quantificar a extensão da lesão e excluir demais lesões como pólipos ou carcinoma. O exame de eleição é a colonoscopia, que possibilita biópsia caso seja necessário. No entanto a avaliação também pode ser realizada por enema opaco e retossigmoidoscopia flexível, ou tomografia de abdômen com colografia.

Dieta: a ingestão de altas quantidades de fibras parece diminuir a chance de desenvolver doença diverticular e também diminuir o risco de complicações em pacientes com doença diverticular não complicada.

Sementes e frutas secas: não há relação comprovada em ingestão de sementes e frutos secos e aumento de ocorrência de sangramento na doença diverticular ou diverticulite aguda.

Tabela 2

Indicações para cirurgia na diverticulite aguda
Absolutas
Complicações: peritonite / abscesso/ fístula / obstrução Deterioração clínica ou falha no tratamento Episódios recorrentes Sintomas intratáveis
Relativas
Imunossupressão Diverticulite em cólon direito Estenose sintomática ? Paciente jovem

Adaptado de uptodate.com

Prognóstico

Um terço dos pacientes manejados clinicamente não terá recorrência, um terço terá episódios de doença diverticular sintomática (cólicas, sangramentos) e um terço terá o segundo episódio (maior risco se teve abscesso retroperitoneal no primeiro episódio, historia familiar de diverticulite ou mais de cinco cm de cólon afetado).

Cirurgia eletiva está indicada para pacientes que estão no grupo de maior risco de desenvolver novo episódio ou complicações: imunossupressos e jovens (ainda controverso). A taxa de desenvolvimento de novos divertículos após cirurgia é baixa, cerca de 15%;

REFERÊNCIAS

1. Young-Fadok T, Pemberton JH. Treatment of acute diverticulitis. UpToDate. Online 20.8; 2011 nov [updated 2012 ago 09]. [16 p.] [acesso 2012 set 11].
2. Young-Fadok T, Pemberton JH. Clinical manifestations and diagnosis of colonic diverticular disease. UpToDate. Online 20.8; 2012 ago [updated 2012 maio 08]. [7 p.] [acesso 2012 set 11].
3. Jacobs DO. Clinical practice: diverticulitis. N Engl J Med. 2007;357:2057-66.
4. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, et al. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2006;49:939-44.
5. Dias AR, Gondim ACN, Nahas SC. Atualização no Tratamento da Diverticulite Aguda do Cólon. Rev Bras Coloproct. 2009;29:363-71.