UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

OLÍVIO GABRIEL FERREIRA LEANDRO DE SOUSA

Diverticulite aguda

MACEIÓ-AL
2023

OLÍVIO GABRIEL FERREIRA LEANDRO DE SOUSA

Diverticulite aguda

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ-AL
2023

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o discente Olívio Gabriel Ferreira Leandro de Sousa, (matrícula: 18212295) cumpriu todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme "Normas para produção do TCC", aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelo discente acima, concluído em 18/08/2023, intitula-se: "Diverticulite aguda", que faz parte do livro "Urgências e Emergências Médicas".

Maceió, 01 de Setembro de 2023.

gov.br
Documento assinado digitalmente
REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 06/10/2023 11:05:35-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Reginaldo José Petroli
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Gerson Odilon Pereira

Co-organização:

- Tauani Belvis Garcez
- Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
- Sandrele Carla dos Santos

sarvier

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon
Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.
ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025
23-166323 NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

capítulo 26

Diverticulite Aguda

- Natália dos Anjos Tenório
- Olívio Gabriel Ferreira Leandro de Sousa

► DEFINIÇÃO

A compreensão da diverticulite aguda exige o entendimento de outras duas entidades: doença diverticular e diverticulose. "Doença diverticular" é usada para descrever diverticulose assintomática e o espectro de complicações da diverticulose colônica (STRATE; MORRIS, 2019). Estimativas modernas baseadas em colonoscopia e tomografia computadorizada (TC) indicam que menos de 5% dos indivíduos com diverticulose desenvolvem diverticulite. No entanto, como mais de 50% dos americanos com mais de 60 anos de idade têm diverticulose, a diverticulite é altamente prevalente (STRATE; MORRIS, 2019).

A diverticulite é mais comum em homens do que em mulheres até a 6ª década, quando se torna mais comum em mulheres (STRATE; MORRIS, 2019). Uma dieta pobre em fibras tem sido considerada como o fator exógeno ou ambiental predominante que leva ao desenvolvimento da doença diverticular. Fatores ambientais adicionais implicados na diverticulite incluem tabagismo, uso de esteroides e medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais e obesidade (HANNA; KAISER, 2021).

► FISIOPATOLOGIA

A teoria atual mais aceita que descreve o mecanismo subjacente na diverticulite aguda é o dano "traumático" ao divertículo e, posteriormente, a proliferação bacteriana (PISCOPO; ELLUL, 2020). Envolve micro ou macro perfuração com translocação de bactérias comensais através da barreira mucosa do cólon, às vezes resultando em infecções francas, incluindo formação de abscesso e peritonite (STRATE; MORRIS, 2019). Se as bactérias em proliferação romperem a parede da mucosa para envolver a parede intestinal completa, sua produção tóxica e gasosa pode eventualmente levar à perfuração intestinal (PISCOPO; ELLUL, 2020).

Ademais, vários estudos associaram diverticulite a um estado inflamatório crônico. A evidência mais convincente, embora indireta, é que muitos fatores de risco para diverticulite estão associados à inflamação crônica e sistêmica (.) O aumento da ex-

pressão de metaloproteases de matriz e histamina, que estão associadas à inflamação intestinal, também tem sido associado à diverticulite (STRATE; MORRIS, 2019).

Outrossim, em pacientes mais jovens, onde o achado de divertículos colônicos pode ser esparso, a diverticulite aguda pode ser o resultado de dano isquêmico. Todos esses fatores levam ao aumento da sensibilidade à denervação colinérgica, levando a impulsos contráteis excessivos em resposta a estímulos normais na parede diverticular. A teoria "isquêmica" sugere que impulsos contráteis de longa data do cólon causam compressão persistente dos vasos sanguíneos no pescoço diverticular (PISCOPO; ELLUL, 2020).

► DIAGNÓSTICO

Pacientes com diverticulite aguda podem apresentar dor, sensibilidade no quadrante inferior esquerdo, distensão abdominal e febre. Outros sintomas podem incluir anorexia, constipação, náuseas, diarreia e disúria (HANNA; KAISER, 2021). Atualmente, a TC é o método estabelecido de escolha quando comparado à US e a maioria das diretrizes cita a alta acurácia e outras vantagens da TC. Essa abordagem é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico quanto para o estadiamento de pacientes devido à sua excelente sensibilidade e especificidade. A tomografia computadorizada também pode descartar outros diagnósticos, como patologia ovariana ou vazamento de aneurisma da aorta ou ilíaco (SARTELI *Et al.*, 2020).

Os achados tomográficos mais sensíveis são espessamento da parede intestinal e encalhe de gordura, e os achados mais específicos incluem abscessos, sinal de seta, espessamento fascial, ar livre, divertículo inflamado, ar intramural, trato sinusal intramural e fleuma (WILKINS; EMBRY, 2013). Sendo, a ultrassonografia abdominal é uma alternativa que evita o contraste e a exposição à radiação, mas é dependente do operador e usada com mais frequência na Europa (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021).

Os estudos laboratoriais iniciais incluem um hemograma completo, painel metabólico básico, urinálise e medição da proteína C-reativa (HANNA; KAISER, 2021). A PCR tem sido identificada como um biomarcador útil de inflamação, e pode ser útil na predição da gravidade clínica da diverticulite aguda, (.) um valor de corte de PCR de 170mg/l discriminou significativamente diverticulite grave de leve (sensibilidade de 87,5%, especificidade de 91,1% (SARTELI *et al.*, 2020).

► TRATAMENTO

A diverticulite não complicada envolve espessamento da parede do cólon e alterações inflamatórias pericolônicas. A diverticulite complicada também inclui a presença de abscesso, peritonite, obstrução, estenose e/ou fístula e as complicações da diverticulite, com exceção da formação de fístula, ocorrem mais comumente com o primeiro episódio de diverticulite do que com episódios subsequentes.

Os antibióticos têm sido a pedra angular do tratamento para diverticulite aguda (HANNA; KAISER, 2021). Com discussão sobre a importância de ser via oral ou endovenosa e por outro lado trabalhos comparando 4 dias de antibiótico com outro

grupo de 7 dias, sem diferença significativa. Quando o tratamento com antibióticos é necessário, o regime geralmente inclui agentes de amplo espectro com cobertura gram-negativa e anaeróbia. No ambiente ambulatorial, o tratamento da diverticulite leve não complicada geralmente inclui uma combinação de fluoroquinolona oral e metronidazol ou monoterapia com amoxicilina-clavulanato oral (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021). Em imunocomprometidos a duração é mais longa do tratamento: 10-14 dias. Ademais, uma dieta líquida clara é aconselhada durante a fase aguda da diverticulite não complicada. A dieta deve avançar à medida que os sintomas melhoram (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021).

Pacientes com fleuma ou abscesso pequeno (grau I ou II de Hinchey) podem ser tratados com repouso intestinal, antibióticos e, se apropriado, com drenagem percutânea (STRATE; MORRIS, 2019). O tratamento dos abscessos com paciente estável está baseado em drenagem percutânea associada a antibioticoterapia, naqueles maiores 3cm.

Apenas pacientes hemodinamicamente instáveis com sepse grave e/ou peritonite requerem um procedimento de Hartmann urgente (uma colectomia sigmoide com colostomia final). Mesmo entre os pacientes com peritonite purulenta ou fecal (Hinchey grau III-IV), a necessidade de uma colostomia urgente é cada vez mais questionada (STRATE; MORRIS, 2019). A utilidade de uma cirurgia não ressectiva (lavagem) tem sido extensivamente examinada até mesmo para abscessos localizados e parece ser uma ferramenta inferior para peritonite difusa (HANNA; KAISER, 2021). Por fim, sobre ressecção segmentar eletiva para pacientes com história de diverticulite esses devem entender que a cirurgia reduz, mas não elimina, o risco de diverticulite e que os sintomas gastrointestinais crônicos nem sempre melhoram com a cirurgia.

Além disso, devem evitar o uso regular (≥ 2 vezes por semana) de anti-inflamatórios não esteroidais, exceto aspirina prescrita para prevenção secundária de doenças cardiovasculares (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021). Ademais, a dieta rica em fibras tem sido associada a uma redução do risco do primeiro episódio de diverticulite aguda, mas tem uma eficácia pouco clara na prevenção secundária de ataques recorrentes (HANNA; KAISER, 2021).

A colonoscopia é aconselhada após um episódio de diverticulite complicada e após um primeiro episódio de diverticulite não complicada, mas pode ser adiada se uma colonoscopia recente (dentro de 1 ano) de alta qualidade foi realizada. Pacientes com diverticulite não complicada recorrente devem seguir intervalos de rotina de rastreamento e vigilância do câncer colorretal, a menos que sintomas de alarme estejam presentes (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021). Por fim, Pacientes com história de diverticulite não devem ser tratados com ácido 5-aminosalicílico, probióticos ou rifaximina para prevenir diverticulite recorrente (PEERY; SHAUKAT; STRATE, 2021).

► REFERÊNCIAS

CIROCCHI, R, *et al.* **The Management of Acute Colonic Diverticulitis in the COVID-19 Era: A Scoping Review**. Medicina (Kaunas). 2021 Oct 18; 57 (10):1127. doi: 10.3390/medicina57101127. PMID: 34684164; PMCID: PMC8538273.

HALL, J; HARDIMAN, K; LEE, S, *et al.* (2020) **The American Society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis.** Dis Colon Rectum 63 (6):728–747

HANNA, MH; KAISER, AM. **Update on the management of sigmoid diverticulitis.** World J Gastroenterol. 2021 Mar 7; 27 (9):760-781. doi: 10.3748/wjg.v27.i9.760. PMID: 33727769; PMCID: PMC7941864.

LEE, JM; BAI, P; CHANG, J, *et al.* (2019) **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. 229 (1):48–55

PEERY, AF; SHAUKAT, A; STRATE, LL. **AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review**. Gastroenterology. 2021 Feb; 160 (3):906-911.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2020.09.059. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33279517; PMCID: PMC7878331.

PISCOPO, Naomi; ELLUL,Pierre. **Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence.** Ulster Med J**,** Epub Set, 2020; 89 (2): 83–88. PMCID: PMC7576390; PMID: 33093692.

SARTELI, Massimo *et al.*l.**2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting.** World J Emerg Surg. 2020 May 7; 15 (1):32.doi: 10.1186/s13017-020-00313-4; PMID: 32381121 PMCID: PMC7206757.

STRATE, LL; MORRIS, AM. **Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis**. Gastroenterology. 2019 Apr; 156 (5):1282-1298.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.033. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30660732; PMCID: PMC6716971.

WILKINS, Thad; EMBRY, Katherine., *et al.*l. **Diagnosis and Management of Acute Diverticulitis.** *Am Fam Physician.* 2013; 87 (9):612-620