

Artigo recebido em: 20/12/2024

Artigo aprovado em: 10/02/2025

DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS: EVOLUÇÃO DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

COLON DIVERTICULAR DISEASE: EVOLUTION OF THE THERAPEUTIC APPROACH

Antônio Luiz dos Santos Filho; Alan da Silva Magalhães; Ericson Souza de Almeida; Kerolaine Silva Fonseca; Thalia Ely Cervejeira; Ana Clara Novais Viana; Antonio Denizar Costa Neto; Abdon Adynan De Araujo Sousa; Felipe Gomes Sant'Ana; Isadora Leticia de Pontes Alves Pequeno; Magno Faraco da Silva; Thalia Diniz da Silva; Marcos Aurelio da Silva Machado; Amanda Florentino do Nascimento; Francisco José de Aragão; David Eulalio Couto Machado Filho; Ademilton Matias Rocha Neto; Bernardo Morais da Costa; Diego Rogério Sousa; Eliane Teixeira dos Santos; Eloisa Possimoser Negri; João Eduardo Santos Teixeira; Marina Wetzel Silveira.

Resumo

Nas últimas décadas a incidência da moléstia diverticular do cólon e de suas complicações tem aumentado. Durante esse período o número de publicações a respeito do tema se expandiu, bem como as opções terapêuticas. Apesar disso, muitas dúvidas persistem e as decisões terapêuticas continuam relativamente imutáveis, baseadas muitas vezes em dados antigos e de baixo poder estatístico. Nesta revisão apresentamos as evidências científicas atuais acerca da terapêutica desta complexa patologia.

Palavras-chave: Moléstia diverticular do cólon; diverticulite aguda;

tratamento.

Abstract:

During the past decades the incidence of diverticular disease of the colon and its complications has increased as well as the therapeutic options have expanded. However, there are still remaining doubts about the timing of surgery indication, the access (open vs laparoscopic) and the best approach to complicated diverticulitis. The current decisions are mostly based in old data of poor statistic strength. This review shows the present-day evidence about the treatment of diverticular disease.

Keywords: Diverticular Disease of the Colon; Acute Diverticulitis; Treatment.

Introdução

A doença diverticular dos cólons é uma enfermidade extremamente comum no mundo ocidental, com incidência estimada em 5% em pessoas de meia-idade (quarta década de vida), podendo atingir até 60% em pacientes com mais de 80 anos. Esta condição tem sido associada com baixa ingestão de fibras, aumento do tempo de trânsito colônico e da pressão intraluminal do cólon, levando ao desenvolvimento dos divertículos.

É importante a correta definição dos termos “diverticulose” e “doença diverticular”. O primeiro refere-se à ocorrência de divertículos, independente da presença de sintomas, geralmente associada a alterações parietais do cólon como deposição de elastina, espessamento do músculo liso, encurtamento das tênias e conseqüente redução da luz intestinal. Já a doença diverticular refere-se à presença dos divertículos associada a sintomas importantes, constituindo quadros como a diverticulite aguda ou associada a condições crônicas. A diverticulite aguda pode ser dividida em complicada ou não complicada.

Embora a possibilidade de doença diverticular possa ser aventada pelos sintomas e sinais clínicos, a acuidade diagnóstica do quadro clínico e exame físico é baixa. Além disso, mesmo quando o diagnóstico clínico é bastante sugestivo, a extensão do processo inflamatório não é

bem caracterizada clinicamente. Deste modo, exames subsidiários como a endoscopia e métodos de imagem desempenham papel importante na condução destes casos. Uma série de estudos recentes na literatura radiológica brasileira tem demonstrado a importância da tomografia computadorizada (TC) na avaliação das doenças dos cólons.

Desenvolvimento

A moléstia diverticular do cólon é uma patologia decorrente dos hábitos alimentares da vida moderna. Associada a uma dieta pobre em fibras sua incidência tem crescido nas últimas décadas. Dados norte-americanos demonstram que em 1998 ocorreram 120.500 internações nos E.U.A. devido a doença diverticular, enquanto em 2005 ocorreram 151.900 internações (acréscimo de 26% em 7 anos). No mesmo período o número de intervenções cirúrgicas subiu 29% (de 16.100 para 22.500).

A doença diverticular pode ocorrer em todo o cólon, porém a região mais frequentemente acometida é o sigmóide e raramente há doença abaixo da reflexão peritoneal. A doença diverticular do cólon direito, padrão predominante nas populações asiáticas, raramente acomete a população ocidental.

Estima-se que 30% da população com mais de 60 anos e 60% dos indivíduos com mais de 80 anos sejam afetados. Com o envelhecimento global da população, espera-se que a doença diverticular e suas complicações representem uma porcentagem cada vez maior do atendimento do cirurgião, tanto em consultórios como em emergências.

O foco desta revisão, dentre a miríade de manifestações clínicas possíveis da doença diverticular (ausência de sintomas, queixas vagas e inespecíficas, sangramento intestinal etc.) será o abdome agudo (diverticulite) e os dados mais recentes acerca do tratamento desta que é a manifestação mais grave e mórbida da diverticulose cólica.

Estima-se que 10-25 % dos pacientes com diverticulose cólica evoluirão com diverticulite, sendo que 95% das vezes essa complicação ocorrerá no sigmóide. Destes, um

quarto evoluiu com complicações potencialmente ameaçadoras à vida como: perfuração, fistula, obstrução ou estenose.

Ainda hoje e apesar de existirem guidelines de diversas sociedades acerca do tratamento da diverticulite aguda, muitas dúvidas persistem: Quando indicar a cirurgia? Qual cirurgia devemos realizar? Qual o melhor momento para operar o paciente? Qual deve ser a via de acesso? E quais são as evidências científicas que sustentam as decisões tomadas?

Para responder a essas perguntas nos basearemos no grau de confiabilidade dos dados da literatura tabela 1:

Tabela 1

Fonte da evidência

I	Meta-análises de estudos bem desenhados/ estudos randomizados de alto poder estatístico
II	Estudos experimentais bem desenhados/ estudos randomizados de menor poder estatístico
III	Estudos não-randomizados, cohortes, comparativos
IV	Estudos comparativos, estudos de casos
V	Relatos de casos e exemplos clínicos

Grau de recomendação

A	Evidência tipo I ou múltiplos estudos II, III ou IV
B	Evidências tipo II, III ou IV
C	Evidências tipo II, III ou IV com achados inconsistentes
D	Pouca ou nenhuma evidência sistemática

Fonte: Elaboração própria (2025)

A tomografia computadorizada (TC) é o melhor exame diagnóstico (grau de recomendação A). Seu valor preditivo positivo é de 88% na inflamação pericólica e de 100% quando há espessamento da parede cólica maior que 10 mm. Fator de suma importância é a severidade da diverticulite observada na TC que se correlaciona com o risco de falha do tratamento clínico e necessidade de cirurgia.

A TC de abdome e pelve também permite classificar a diverticulite aguda em não complicada e complicada (abscesso, fistula, obstrução, perfuração livre) norteando, junto à classificação de Hinchey, o tratamento a ser instituído.

Tabela 2 - Classificação de Hinchey.

I	Abscesso pericólico ou flegmão
II	Abscesso intra-abdominal ou retroperitoneal
III	Peritonite purulenta
IV	Peritonite fecal

Fonte: Elaboração própria (2025)

O tratamento da diverticulite aguda não complicada é clínico e pode ser ambulatorial com dieta rica em fibras e antibioticoterapia oral de amplo espectro (cobertura para gram negativos e anaeróbios). Pacientes cujo tratamento ambulatorial falha ou está impossibilitado (ex: pacientes idosos ou reticentes, imunossuprimidos, etc) devem ser internados.

O sucesso do tratamento clínico nestes casos é de 85%. Destes, uma fração significativa terá recorrência da diverticulite, geralmente dentro de 1 ano. A suplementação oral de fibras dietéticas reduz o risco de recorrência.

Diverticulite aguda complicada Hinchey II

Abscessos pequenos (< 2cm) e/ou mesocólicos podem ser tratados clinicamente. Abscessos maiores devem ser tratados com drenagem percutânea guiada por ultrassonografia (USG) ou TC, associados a antibioticoterapia (grau de recomendação B), mantendo-se o doente internado. A drenagem percutânea permite que cirurgias de urgência/emergência sejam evitadas, reduzindo o número de cirurgias em múltiplas etapas e de estomias.

Diverticulite aguda complicada Hinchey III/IV

A cirurgia de urgência está indicada na presença de peritonite. Pacientes com abscessos não passíveis de drenagem percutânea ou cujo tratamento clínico falhou também devem ser operados (grau de recomendação B).

As prioridades na cirurgia de urgência são: controlar a sepse, ressecar o tecido doente e restabelecer o trânsito intestinal, nessa ordem de importância. Dentre as várias opções cirúrgicas podemos citar a cirurgia em três tempos (com colostomia e drenagem na primeira etapa), a

cirurgia de Hartmann, a ressecção com anastomose primária com ou sem estomia de proteção e, mais recentemente, a limpeza e drenagem da cavidade pela via laparoscópica com re-abordagem eletiva.

Quanto à cirurgia em três etapas, esta é raramente indicada, pois se associa a uma maior morbi-mortalidade (mortalidade de 26% vs 7% quando realiza-se a sigmoidectomia na primeira abordagem). Assim, a ressecção do sigmoide deve, sempre que possível, ser realizada no primeiro tempo cirúrgico. A decisão de realizar ou não a anastomose repousa na experiência de cada cirurgião, que muitas vezes se norteia pelo grau de inflamação e contaminação local, condição clínica e comorbidades do paciente.

A cirurgia de Hartmann (sigmoidectomia com sepultamento do reto e colostomia terminal) continua sendo o procedimento mais realizado na urgência, mesmo sabendo-se da dificuldade de reconstrução do trânsito nos pacientes submetidos a essa operação (em até 1/3 dos casos a colostomia se torna definitiva).

Quando se realiza a anastomose primária a opção por uma estomia de proteção repousa nos achados intra-operatórios, estado global do paciente e experiência do cirurgião. A ileostomia em alça tem sido preferida pela maioria dos grupos, associando-se a menor morbi-mortalidade. O fato do cólon não estar preparado durante a cirurgia de urgência é outro entrave à realização da anastomose primária. Nestes casos, quando o cirurgião está habituado ao método, a lavagem intra-operatória é uma opção.

Uma nova alternativa cirúrgica recentemente relatada consiste na inspeção da cavidade, lavagem e colocação de dreno pela via laparoscópica (LAP), associada a antibioticoterapia, retirando o paciente da fase aguda crítica e permitindo realizar uma sigmoidectomia laparoscópica eletiva posteriormente. Esta abordagem é possível uma vez a peritonite secundária à diverticulite aguda é raramente consequência de uma grande perfuração do cólon, com necessidade de sutura (contrariamente a outras causas de peritonite, como as úlceras pépticas perfuradas).

Um grupo norte-americano relatou os resultados de 40 pacientes tratados dessa maneira com ótimos resultados num seguimento médio de 96 meses. Entre os benefícios dessa abordagem estariam a menor agressão ao doente já debilitado, a possibilidade de evitar uma

colostomia, um menor custo global do tratamento e, principalmente, a menor incidência e gravidade de complicações de ferida operatória. Bretagnol et al realizaram lavagem e drenagem laparoscópica em 24 pacientes com diverticulite perfurada (5 paciente com Hinchey II, 18 grau III e 1 grau IV).

Os autores relatam 8% de morbidade, 16% de conversão, nenhum óbito e nenhuma re-operação. Todos os pacientes foram submetidos à sigmoidectomia laparoscópica eletiva, em média 3,5 meses após o episódio agudo.

Segundo esta série a abordagem minimamente invasiva é uma alternativa promissora em pacientes selecionados, evitando a necessidade de estomia. Outro estudo submeteu 100 pacientes com diverticulite aguda e perfuração (comprovada por radiografia ou TC) à laparoscopia. Todos foram estagiados por essa via conforme a classificação de Hinchey.

Em 8 pacientes com peritonite fecal houve conversão para via aberta, sendo realizado o procedimento de Hartmann e em todos os demais (25 com diverticulite grau II e 67 com grau III) procedeu-se à lavagem da cavidade e drenagem pela via laparoscópica. Houve 4% de morbidade e 3% de mortalidade.

Não houve infecção de ferida operatória. Dois pacientes apresentaram abscesso pélvico, um com boa resposta ao tratamento conservador (antibioticoterapia e punção guiada por TC) e outro com necessidade de re-abordagem (realizada cirurgia de Hartmann).

Dois pacientes apresentaram diverticulite aguda não complicada, tratada com antibioticoterapia, e nenhum necessitou de re-intervenção cirúrgica por complicação de doença diverticular em seguimento médio de 36 meses. Os autores concluem que a lavagem laparoscópica é uma alternativa aceitável no tratamento da diverticulite graus II e III de Hinchey e questionam a obrigatoriedade da ressecção eletiva subsequente, como classicamente preconizado.

Contudo, a lavagem laparoscópica não é adequada para todas as situações. Pacientes com peritonite fecal apresentam resultados ruins com o método, a maioria necessitando de re-operação precoce com sigmoidectomia. A ressecção também deve ser considerada nos pacientes que apresentam evolução arrastada após a lavagem.

Acesso cirúrgico na urgência

A ressecção laparoscópica na diverticulite aguda é factível e segura. Conforme as equipes adquirem maior experiência os resultados são melhores e as contra-indicações menores. Um estudo multicêntrico prospectivo com 1545 pacientes separou os centros participantes em três grupos de acordo com o volume operatório em ressecções por doença diverticular (grupo I > 100 casos; grupo II 30-100 casos; grupo III < 30 casos). Foi observado que equipes com maior casuística indicam mais frequentemente a LAP, inclusive nos casos de diverticulite complicada (estes consistiam em 21% dos casos do grupo I, 9% no II e 8% no III). Mesmo com indicação mais abrangente, os grupos de maior experiência obtiveram taxas de morbidade comparáveis à dos grupos de menor volume, que indicam a LAP em casos mais favoráveis (a morbidade nos 3 grupos foi de 16%, 17% e 18%, respectivamente). Também não houve diferença estatística nas taxas de mortalidade entre os três grupos.

Uma análise com 55.949 pacientes demonstrou também que cirurgiões de maior volume apresentam uma chance 8,8 vezes maior de realizar a cirurgia pela via laparoscópica do que cirurgiões com baixo volume de casos. Pacientes operados em centros de maior volume também tiveram uma chance maior (três vezes) de serem submetidos à LAP.

Comparando o desfecho de pacientes com diverticulite aguda complicada (n = 46) e não complicada (n = 79) submetidos à ressecção laparoscópica, um estudo observou uma taxa global de conversão de 26%, não havendo diferença estatística entre os dois grupos. A presença de cirurgia abdominal prévia foi o único fator estatisticamente significativo associado a uma maior taxa de conversão (37 vs 14%).

Conclusão

A TC é o melhor exame para avaliar e graduar a severidade da diverticulite aguda. Sinais de diverticulite severa na TC se correlacionam com mau prognóstico precoce e tardio. Diverticulites Hinchey I devem ser tratadas clinicamente.

Diverticulites Hinchey II devem, se possível, ser tratadas com antibioticoterapia associada a drenagem percutânea e posterior sigmoidectomia. Diverticulites Hinchey III/IV devem ser operadas, realizando-se preferencialmente a sigmoidectomia no primeiro tempo. A cirurgia eletiva é mandatória após diverticulite complicada ou que evoluiu com fistula ou estenose.

Sua indicação é razoável nos pacientes que evoluem com sintomas persistentes não responsivos à dieta rica em fibras e deve ser individualizada nos pacientes que obtiveram sucesso com tratamento clínico inicial e estão assintomáticos.

O acesso laparoscópico pode ser utilizado por uma equipe treinada tanto em casos de urgência como eletivos.

Referências

- 1- Etzioni DA, Mack TM, Beart RW Jr, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg.* 2009 Feb;249(2):210-7.
- 2- Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *Br Med J.* 1969 Dec 13;4(5684):639-42.
- 3- Kang JY, Melville D, Maxwell JD. Epidemiology and management of diverticular disease of the colon. *Drugs Aging.* 2004;21(4):211-28.
- 4- Schoetz DJ Jr. Diverticular disease of the colon: a century-old problem. *Dis Colon Rectum.* 1999 Jun;42(6):703-9.
- 5- Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet.* 2004 Feb 21;363(9409):631-9.
- 6- Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, Buie WD; Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2006 Jul;49(7):939-44.
- 7- Doring E. Computerized tomography of colonic diverticulitis. *Crit Rev Diagn Imaging.* 1992;33(5):421-35.
- 8- Ambrosetti P, Grossholz M, Becker C, Terrier F, Morel P. Computed tomography in acute left colonic diverticulitis. *Br J Surg.* 1997 Apr;84(4):532-4.
- 9- Larson DM, Masters SS, Spiro HM. Medical and surgical therapy in diverticular disease: a comparative study. *Gastroenterology.* 1976 Nov;71(5):734-7.
- 10- Detry R, Jamez J, Kartheuser A, Zech F, Vanheuverzwijn R, Hoang P, Kestens PJ. Acute localized diverticulitis: optimum management requires accurate staging. *Int J Colorectal Dis.* 1992 Feb;7(1):38-42.