

## RELATO DE CASO

**TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE DIVERTICULITE COMPLICADA COM PNEUMOPERITÔNIO: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

## NON-OPERATIVE TREATMENT OF COMPLICATED DIVERTICULITIS WITH PNEUMOPERITONEUM: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE



ACESSO LIVRE

**Citação:** Junior ARGB, Brito MLS, Araújo LHMS, Bitencourt EL, Sousa BOA (2020) Tratamento não-operatório de diverticulite complicada com pneumoperitônio: um relato de caso e revisão da literatura. Revista de Patologia do Tocantins, 7(1):27-30

**Instituição:**

<sup>1</sup>Residente de Cirurgia Geral, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

<sup>3</sup>Graduado em Química. Mestre em Química. Acadêmico Medicina, Universidade Federal do Tocantins. Pesquisador Instituto Médico Legal do Tocantins (IML/TO), Palmas, Brasil.

<sup>4</sup>Cirurgião Geral pelo Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, Campinas, São Paulo.

**Autor correspondente:** Antonio Rozeni Gomes Barbosa Junior; rozeniantonio@gmail.com

**Editor:** Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 28 de junho de 2020.

**Direitos Autorais:** © 2020 Junior et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

Antonio Rozeni Gomes Barbosa Junior<sup>1</sup>, Maria Luiza Silva Brito<sup>2</sup>, Luiz Henrique Moraes Sampaio Araújo<sup>1</sup>, Evandro Leite Bitencourt<sup>3</sup>, Bruno de Oliveira Araujo Sousa<sup>4</sup>.

**RESUMO**

A doença diverticular dos cólons é uma patologia frequente no nosso meio, mais comumente encontrada nos prontos-socorros em sua forma complicada de diverticulite aguda. Há algum tempo o tratamento conservador vem ganhando espaço na condução desta complicação, inclusive nas formas avançadas. Este artigo relata um caso de uma paciente de 47 anos, apresentando quadro de diverticulite aguda complicada com pneumoperitônio, onde foi realizado tratamento conservador com sucesso terapêutico. Apesar de existir tratamento menos agressivo do que a cirurgia aberta, como a videolaparoscopia e a punção por agulha, a abordagem cirúrgica versus tratamento conservador ainda é assunto controverso dentro das discussões clínicas. Estudos recentes vem corroborando cada vez mais com o tratamento conservador e resseção cirúrgica eletiva.

**Palavras-chave:** Diverticulite. Pneumoperitônio. Tratamento conservador.

**ABSTRACT**

Diverticular disease of the colon is a common pathology in our environment, most commonly found in the emergency room in its complicated form of acute diverticulitis. For some time conservative treatment has been gaining space in the conduct of this complication, even in the advanced forms. This article reports a case of a 47 - year - old patient presenting with acute diverticulitis complicated with pneumoperitoneum, where conservative treatment with therapeutic success was performed. Although there is less aggressive treatment than open surgery, such as videolaparoscopy and needle puncture, the surgical approach versus conservative treatment is still a controversial subject within the clinical discussions. Recent studies are increasingly corroborating with conservative treatment and elective surgical resection.

**Keywords:** Diverticulitis. Pneumoperitoneum. Conservative treatment.

## INTRODUÇÃO

Divertículos colônicos constituem herniações das camadas mucosa e submucosa intestinal, acompanhadas de espessamento da camada muscular. São considerados divertículos falsos por não conterem todas as camadas da parede intestinal<sup>1</sup>. Aparecem em zonas de menor resistência da parede intestinal, em especial nos locais de penetração das arteríolas no cólon, nas zonas compreendidas entre a tênia mesentérica e as tênias antimesentéricas<sup>1</sup>.

Tendem a evoluir com a idade, sendo que cerca de 30-40% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam divertículos no cólon. Apresentam maior incidência no cólon esquerdo, com 95% dos casos presentes no sigmoide<sup>1,2</sup>.

A doença diverticular é caracterizada pela presença de divertículos colônicos e episódios de dor abdominal inferior sem evidência macroscópica de inflamação. Sua principal complicação é a perfuração e inflamação associada dos divertículos, a Diverticulite Aguda (DA)<sup>1</sup>.

A DA pode ser extratificada de acordo com a classificação Hinchey, com formação de abscessos pericolônicos ou localizados, Hinchey I e II, peritonite purulenta como Hinchey III e peritonite fecal, Hinchey IV, sendo a I e II consideradas formas não complicada da DA e III e IV como complicadas, fato de forte influência na decisão terapêutica<sup>1,2</sup>.

Embora o tratamento conservador seja geralmente proposto para DA sem complicações, o tratamento quando se tem ar extraluminal, perfuração colônica e peritonite difusa é cirúrgico. Tradicionalmente, é proposto sigmoidectomia com colostomia terminal (conhecida como Operação de Hartmann) ou anastomose primária<sup>3-5</sup>. Recentemente, a possibilidade de realizar a drenagem por punção ou via laparoscópica foi melhor estabelecida, com a sigmoidectomia realizada de forma eletiva<sup>3,6</sup>. Contudo, quando comparada com o tratamento cirúrgico, suas vantagens ainda não foram totalmente esclarecidas. Assim, outra alternativa que tem sido explorada e apresentado resultados encorajadores, é o tratamento não-operatório da DA com ar extraluminal<sup>4,6</sup>.

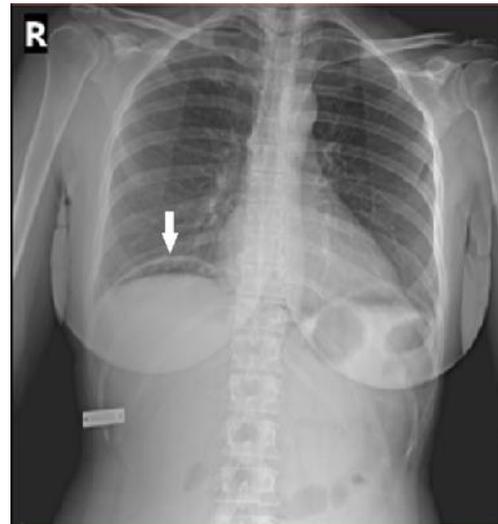
## DESCRIÇÃO DO CASO

M.E.O., 47 anos, feminina, parda, deu entrada no pronto-socorro do Hospital Geral Público de Palmas, com dor abdominal de início há 24 horas. A dor se localizava em fossa ilíaca direita (FID), contínua, associada à inapetência e vômitos de conteúdo alimentar. Negou febre, disúria, alterações do hábito intestinal, comorbidades conhecidas e cirurgias prévias.

Ao exame físico, bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, taquicárdica (108bpm), pressão arterial (PA) de 100x70mmHg. O exame cardiovascular, respiratório e neurológico apresentava-se inalterado. O exame abdominal demonstrou ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação profunda em mesogástrio e FID, sem dor à descompressão brusca, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

A radiografia de tórax evidenciou pneumoperitônio, como demonstra a Figura 1.

Figura 1. Radiografia de tórax em incidência pósterio anterior.



Fonte: Serviço de Radiologia, HGPP, 2018.

A Tomografia Computadorizada Abdominal (TC) com contraste EV constatou, além do pneumoperitônio já visualizado nas radiografias, processo inflamatório agudo compatível com DA, sem coleções líquidas (Figura 2).

Figura 2. TC abdominal com contraste em reconstrução coronal. Doença Diverticular dos cólons com borramento da gordura peridiverticular (setas) e distensão de alças.



Fonte: Serviço de Radiologia, HGPP, 2018.

Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose (22.100/mm<sup>3</sup>) com neutrofilia (93%), sem desvio à esquerda, PCR de 122,9mg/dL, creatinina de 1,8mg/dL e uréia 53mg/dL, sem outras alterações.

Dessa forma, ficou estabelecido o diagnóstico de DA complicada com pneumoperitônio. Devido ao bom estado geral e estabilidade clínica da paciente, não foi indicada

abordagem cirúrgica imediata, mas optado por tratamento conservador com jejum oral, antibioticoterapia (Ceftriaxona 2g/dia e Metronidazol 500mg 8/8h) por sete dias.

No segundo dia de internação hospitalar, paciente permanecia com dor discreta à palpação de mesogástrico e FID, sem sinais de peritonite.

A paciente então evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta no quinto dia de internação após melhora dos sintomas e dos exames laboratoriais. Recebeu mais dois dias de antibioticoterapia via oral com ciprofloxacino (500mg 12/12h) e metronidazol (400mg 8/8h).

No retorno ambulatorial, após 25 dias da alta hospitalar, observou-se que paciente permanecia assintomática e foi realizado TC abdominal de controle, com ausência de sinais inflamatórios e redução do pneumoperitônio. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências.

## DISCUSSÃO

A peritonite generalizada causada pela DA ocorre quando um divertículo perfura para a cavidade peritoneal havendo contaminação purulenta ou fecal por fezes. O resultado é uma infecção avassaladora que requer uma intervenção cirúrgica imediata e que normalmente não é seguro realizar a reconstrução intestinal primária, devido ao alto risco de fístula na anastomose intestinal em um ambiente infectado<sup>7</sup>.

A tendência para uma abordagem menos invasiva surgiu ao longo da última década que apoia um tratamento não cirúrgico da doença e apresenta resultados positivos relacionados à implementação de antibioticoterapia e reposição dos fluidos corporais<sup>5,6,8</sup>.

O tratamento não operatório ou conservador é visto como efetivo e seguro em pacientes selecionados com diverticulite perfurada e ar extraluminal, como no caso descrito. Segundo Sallinen et al 2014, os critérios de seleção proposto são pacientes com uma pequena quantidade de ar extraluminal distante (<1 x 1 cm ou 2 cm em qualquer direção) na ausência de peritonite difusa clínica ou líquido livre em pelve e ausência de abscesso. Casos distintos dos acima, quando implementada a terapia não operatória, apresentam altas taxas de falha (57% -60%)<sup>5</sup>. Consideramos então, que a presença de ar extraluminal na tomografia computadorizada, tanto pericolônica como a distância, não atribui, isoladamente, indicação cirúrgica em pacientes hemodinamicamente estáveis sem evidência de fezes extradigestivas e pode ser realizado tratamento conservador na maioria dos casos, como o do estudo e que, se for bem sucedido, a colectomia laparoscópica tardia pode ou não ser dispensada, sendo avaliada caso a caso<sup>9,10</sup>.

Titos-García 2017, identificou ainda que a classificação ASA de risco anestésico e ar extraluminal são fatores independentes para insucesso do tratamento conservador<sup>5</sup>. Li et al 2014, identificou outros fatores de que levam à cirurgia, sendo eles, idade menor que 50 anos, primeiro episódio da doença com complicações e número de episódios prévios. Demonstraram ainda que o risco de

readmissão e cirurgia de emergência em 5 anos são de 9%, e a mortalidade em pacientes com mais de 50 anos foi 10 vezes maior em pacientes submetidos a cirurgia na emergência em comparação com os pacientes acompanhados no mesmo período. Nos pacientes com idade menor que 50 anos o índice de complicações foi maior que o grupo supracitado, no entanto, os riscos de readmissão e cirurgia de emergência permanecem baixos e não justificam os riscos associados à colectomia profilática eletiva<sup>10</sup>.

Sallien et al. 2014 demonstrou que aqueles pacientes que falharam na terapia conservadora, apresentaram uma ampla gama de gravidade das complicações; 28,6% tinham ar pericolônico sem abscessos, 14,3% tinham um abscesso < 4cm ou < 2cm sem coleções de ar livre distante e 57,1% tinham um abscesso > 4cm ou coleções de ar livre distante > 2cm. O estudo revisou retrospectivamente 194 pacientes admitidos com DA e TC sem ar pericólico, extraluminal distante ou retroperitoneal<sup>5</sup>.

Pacientes com peritonite difusa e com falha do manejo não operatório devem ser submetidos à colectomia, assim como grau de contaminação, inflamação e a estabilidade do paciente são parâmetros para a abordagem cirúrgica<sup>10</sup>. A operação deve incluir a ressecção do cólon doente, a menos que não haja condição do paciente para a ressecção segura ou o paciente se torne instável no intraoperatório<sup>11</sup>.

Pacientes estáveis após ressuscitação volêmica podem ser considerados para a ressecção laparoscópica. A ressecção laparoscópica do cólon durante internação hospitalar de emergência tem sido associada à diminuição da morbidade no pós-operatória global e tempo de permanência em comparação com a ressecção do cólon aberta<sup>11</sup>.

Atualmente, a colectomia eletiva não é mais indicada após dois episódios de DA. Esta deve ser analisada considerando os riscos individuais de recorrência, a morbidade cirúrgica, a persistência dos sintomas e o risco operatório devido ao baixo risco de recorrência após episódios não complicados e à limitação de evidência de sucesso no controle da doença após a cirurgia<sup>4</sup>.

## CONCLUSÃO

Ultimamente, o tratamento das complicações da DA voltou a ser objeto de discussão no meio médico e científico. Antes consagrada na literatura, a abordagem cirúrgica da DA vem sendo incomodada pelo tratamento clínico conservador não operatório, sendo que alguns grupos de cirurgiões que optam por essa linha de tratamento conservador vem obtendo resultados satisfatórios. Porém, deve-se ter em mente algumas perguntas, como: quem são os pacientes de eleição para tratamento conservador não operatório nos casos de doença complicada? Quando recorrer ao tratamento cirúrgico? Quando operar eletivamente? É seguro oferecer estes recursos para todos os pacientes desse grupo? A tomada de decisão é conjunta, abrangendo uma equipe multidisciplinar, o paciente e seus familiares, visando o bem-estar e diminuição da morbimortalidade relacionada à doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SALLES, R.L.A. Doença diverticular dos cólons e diverticulite aguda: o que o clínico deve saber. *Rev Med Minas Gerais*. 2013; 23(4): 490-496
2. DIAS, A.R.; GONDIM, A.C.N.; NAHAS, S.C. Atualização no Tratamento da Diverticulite Aguda do Cólon. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(3):363-371.
3. MORRIS, A.M.; et al. Sigmoiddiverticulitis: a systematicreview. *JAMA*. 2014; 311(3):287.
4. REGENBOGEN, S.E.; et al. Surgery for diverticulitis in the 21st century: a systematic review. *JAMA. Surg* 2014; 149(3):292–303.
5. SALLINEN, V.J.; MENTULA, P.J.; LEPPÄNIEMI, A.K. Nonoperative management of perforated diverticulitis with extraluminal air is safe and effective in selected patients. *Dis Colon Rectum*. 2014; 57(7):875– 881.
6. TITOS-GARCÍA, A.; et al. Nonoperative management of perforated acute diverticulitis with extraluminal air: results and risk factors of failure. *International journal of colorectal disease*. 2017; 32(10), 1503-1507.
7. TOWNSEND CD.; et al. Sabiston: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática Cirúrgica Moderna. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Vol I e II.
8. SARTELLI, M.; et al. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg* 2016:1–15.
9. LAMB, N.; KAISER, A.M. Elective Resection Versus Observation After Nonoperative Management of Complicated Diverticulitis With Abscess: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dis Colon Rectum*. 2014 Dec;57(12):1430-40.
10. LI, D.; et al. Risk of readmission and emergency surgery following nonoperative management of colonic diverticulitis: a population-based analysis. *Ann Surg*. 2014;260(3):423–30.
11. MAHMOUD, N.N.; RIDDLE, E.W. Minimally Invasive Surgery for Complicated Diverticulitis. *J Gastrointest Surg*. 2017 Apr;21(4):731-738 .