

Diverticulite de cólon ascendente

Gabriel Gomes Passos
Centro Universitário de Volta Redonda -
UniFOA
gaabrielpassos@hotmail.com

Ana Carolina Batista Neves
Hospital São João Batista
anacarolina.neves09@gmail.com

Antonio Carlos de Castro Júnior
Hospital São João Batista
antoniocastrojr@gmail.com

Carolina Rezende Sotto-Maior
Hospital São João Batista
carol-rezende@hotmail.com

Judson Parrine Peixoto
Hospital São João Batista
judspp@hotmail.com

Marina Lorena Couto
marina_couto10@hotmail.com

Marcelo Betim Paes Leme
Hospital São João Batista
mbpleme@gmail.com

Ticiani Rios Guedes
Hospital São João Batista
ticianirios@hotmail.com

RESUMO

Paciente do sexo feminino, 51 anos, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor abdominal em andar inferior do abdome com evolução de um dia e febre não aferida. Queixava-se de dor abdominal, sem outros sintomas. Ao exame físico, abdome apresentava abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, flácido doloroso a palpação superficial e profunda em flanco direito, ausência de massas e/ou visceromegalias, timpânico. Seguiu-se a investigação com exames laboratoriais e de imagem. Foi solicitado a tomografia computadorizada do abdome para elucidar o diagnóstico e avaliar a hipótese de apendicite. A tomografia apresentou no laudo divertículos em cólon direito e borramento de gordura em ângulo hepático. A paciente foi internada para observação clínica, e tratada com antibioticoterapia por três dias, no terceiro dia paciente referiu melhora da dor abdominal e negou outros sintomas evoluindo para alta hospitalar no quarto dia mantendo antibioticoterapia para domicílio por mais 7 dias e acompanhamento ambulatorial.

ABSTRACT

A 51-year-old female patient was admitted to the emergency department with abdominal pain in the lower abdomen with an evolution of one day and unmeasured fever. Complained of abdominal pain, without other symptoms. On physical examination, the abdomen presents a globular abdomen, hydro-air sounds present, painful flaccidity on superficial and deep palpation in the right flank, absence of masses and/or visceromegaly, tympanic. The investigation followed with laboratory and imaging tests. Computed tomography of the abdomen was requested to elucidate the diagnosis and evaluate the hypothesis of appendicitis. The CT scan showed diverticula in the right colon and fat blurring at the hepatic angle. The patient was hospitalized for clinical observation, and treated with antibiotic therapy for three days, on the third day the patient reported improvement in abdominal pain and denied other symptoms evolving to hospital discharge on the fourth day, maintaining antibiotic therapy at home for another 7 days and outpatient follow-up.

1 CONTEXTO

A doença diverticular na Ásia é um fenômeno predominantemente do lado direito, representando 35% a 84% dos casos, contudo essa não é a realidade no Brasil que a diverticulite se apresenta mais comumente no cólon descendente e sigmoide. A idade de início precoce sugere uma base genética, embora isso ainda esteja sob investigação. A diverticulose do lado direito também está frequentemente associada a múltiplos divertículos, enquanto no Ocidente geralmente há apenas um. O diagnóstico de diverticulose sintomática do lado direito pode ser difícil de distinguir de apendicite. (MURPHY, T; KRABSHUIS, Drs, 2007).

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DE CASOS

Paciente do sexo feminino, 51 anos, natural de Volta Redonda – RJ, residente de Pinheiral- RJ, do lar, etnia branca. Encaminhada de Pinheiral para avaliação da cirurgia geral, deu entrada no pronto-socorro do Hospital São João Batista no dia dez de abril de dois mil e vinte dois, com quadro de dor abdominal em andar inferior do abdome com evolução de um dia e febre não aferida.

No momento da coleta da anamnese, a paciente queixava-se de dor abdominal e febre não aferida, negou outros sintomas. Nega patologias pregressas e cirurgias.

Ao exame físico a paciente se encontrava em bom estado geral, lúcida e orientada, corada, hidratada, eucárdica, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, ausência de déficits neurológicos. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros ou extrassístoles. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Ao exame do abdome apresenta abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, flácido doloroso a palpação superficial e profunda em flanco direito, ausência de massas e/ou visceromegalias, timpânico. Membros inferiores sem edema, panturrilhas sem emplastramento, pulsos bilateralmente palpáveis e ausência de sinais de trombose venosa profunda. Exame neurológico apresenta-se com Glasgow 15/15, pupilas isofo- torreagentes, fala preservada, sem desvio de comissura labial ou assimetrias faciais, sem déficits motores.

Seguiu-se a investigação com exames complementares, solicitado exames laboratoriais e de imagem. Frente ao caso apresentado e exame físico, foi solicitado a tomografia computadorizada (TC) do abdome para elucidar o diagnóstico e avaliar a hipótese de apendicite.

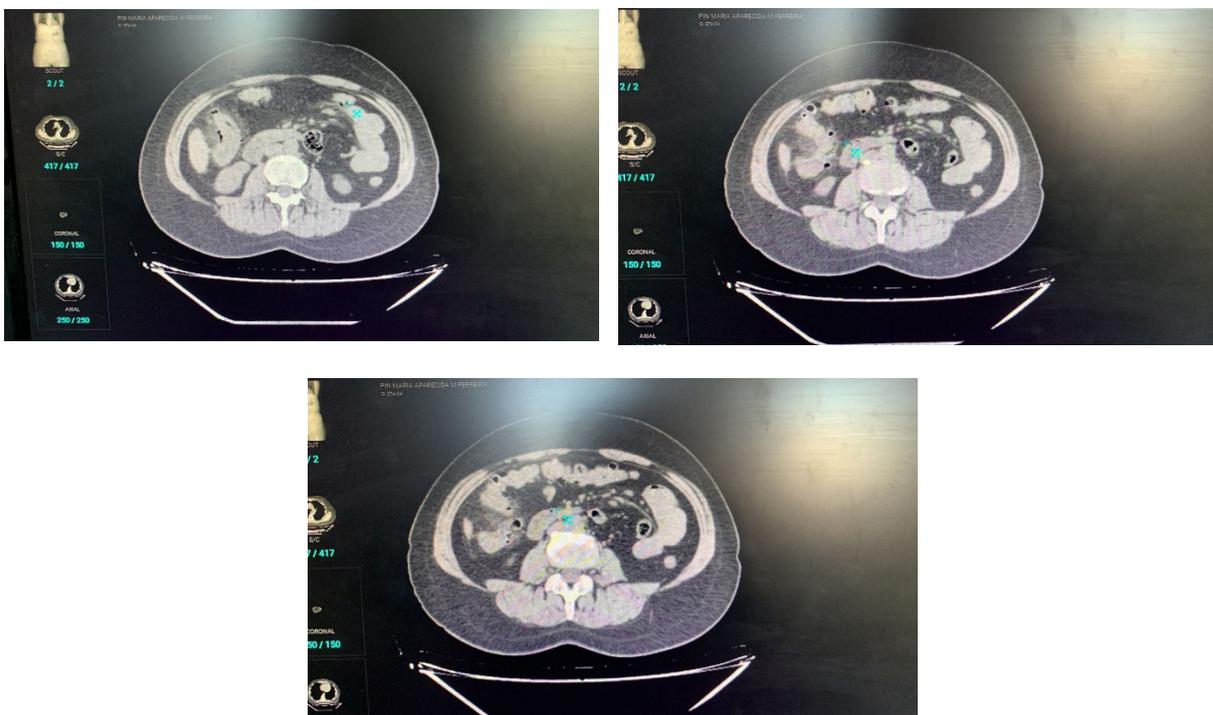
A tomografia apresentou no laudo divertículos em cólon direito e borramento de gordura em ângulo hepático.

A paciente internada para observação clínica, foi tratada com antibioticoterapia piperacilina-tazobactam por três dias, no terceiro dia paciente referiu melhora da dor abdominal e negou outros sintomas evoluindo para alta hospitalar no quarto dia, mantendo antibioticoterapia para domicílio, com amoxicilina e clavulanato de potássio por mais 7 dias e acompanhamento em unidade básica de saúde

3 DADOS COMPLEMENTARES

A tomografia computadorizada de abdome e pelve do dia 10/04, imagem abaixo, apresentou no laudo divertículos em alças cólicas difusamente distribuídos, observando-se intenso borramento da gor-

dura adjacente a flexura hepática do cólon ascendente. Na conclusão sugere achados descritos como compatíveis com divertículos em processo inflamatório/ infeccioso.



4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A maior parte dos casos de diverticulite a direita se apresenta com dor abdominal indistinguível da apendicite aguda. O diagnóstico pré-operatório requer um alto índice de suspeição, especialmente em pacientes jovens asiáticos que não introduzem náuseas, vômitos ou perda de apetite, que têm mais de 24 horas de dor no quadrante inferior direito. Nesse caso para realização do diagnóstico métodos como radiografia abdominal pode ser utilizada, contudo não exclui a possibilidade de diverticulite. A tomografia computadorizada seria um exame custo-efetivo para diagnóstico diferencial de dor abdominal suspeita de apendicite aguda, reduzindo a exploração cirúrgica do apêndice negativo (CHEDID, et al., 2003).

5 TRATAMENTO

Protocolos recentes recomendam que o tratamento de diverticulite aguda em pacientes internados seja realizado com antibioticoterapia venosa. A escolha do antibiótico pode depender da gravidade do quadro. É recomendado ainda, dieta zero ou líquida sendo a escolha guiada pelo estado clínico do paciente. No seguimento a melhora dos sintomas é esperada dentro de dois ou três dias, nesse momento a dieta poderia ser evoluída. Com a melhora após início do uso do antibiótico venoso o paciente poderá ter alta hospitalar com seguimento da antibioticoterapia oral até completar um total de 10 a 14 dias, que foi a forma como a paciente citada foi tratada. (PEMBERTON; WEISER; RAGHAVENDRAN, 2022).

6 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Após três dias de internação hospitalar para investigação diagnóstica e tratamento da dor abdominal, a paciente evoluiu no quarto dia com alta hospitalar, seguindo o tratamento com antibioticoterapia

(amoxicilina e clavulanato de potássio) por mais 7 dias e recomendação de acompanhamento em unidade básica de saúde para seguimento do caso.

7 DISCUSSÃO

A diverticulite cecal/colônica direita é responsável por aproximadamente 1,5% dos casos e é a causa de 0,2% dos procedimentos cirúrgicos de abdome agudo. Sendo mais prevalente no oriente. O paciente típico é do sexo masculino, iniciando na quarta década de vida. A apresentação clínica é caracterizada pelos sinais e sintomas típicos de apendicite aguda, mas náuseas e vômitos são menos comuns, e a dor abdominal persiste por mais de 2 dias em 50% dos casos. Dor abdominal de arrasto sem náusea/vômito deve ser suspeitada em pacientes asiáticos jovens submetidos a apendicectomia ou imagem/endoscopia com diagnóstico de diverticulose do cólon direito/cecal. A TC abdominal é o principal exame complementar que pode ser utilizado para o diagnóstico diferencial da dor abdominal. O tratamento conservador com antibióticos pode ser apropriado se um diagnóstico conclusivo de diverticulite cecal/colônica direita for obtido antes da cirurgia, desde que esse não apresente risco de uma diverticulite com sinais de complicações. Em casos de diagnóstico equivocado ou evolução desfavorável, a colectomia direita é a técnica mais adequada com bons resultados. (MORAES; LEITE; SERRALHA; REIS; CUNHA; BENFATTI, 2018).

8 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1 - Homem, 40 anos, apresenta queixa de dor abdominal, mais acentuada

em quadrante inferior direito e febre de 38°C há 3 dias. Antecedentes pessoais de constipação intestinal antecedente cirúrgico de apendicectomia aos 23anos. Exame Físico: Abdome: plano, doloroso e com plastrão palpável em fossa ilíaca direita, sem descompressão brusca dolorosa. O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

- a) Volvo de sigmoide; antibiótico endovenoso para germes Gram-positivo e anaeróbios.
- b) Perfuração de segunda porção do duodeno; ultrassonografia abdominal.
- c) Neoplasia de colon direito abscedido; colonoscopia.
- d) Diverticulite complicada; tomografia computadorizada de abdome.

Questão 2- Mulher de 50 anos com início súbito de dor em fossa ilíaca direita, distensão abdominal, negou náusea e vômito foi submetida à tomografia de abdome total. O diagnóstico mais provável para esse quadro é de:

- a) Diverticulite do cólon direito.
- b) Diverticulite aguda de sigmoide.
- c) Infecção urinária por prostatite.
- d) Pancreatite caudal.

Questão 3- Qual o método radiológico é o ideal para realizar o diagnóstico da doença diverticular?

REFERÊNCIAS

ACCETTA, Italo; ACCETTA, Pietro; MAIA, Accyoli Moreira; DUARTE, Alfredo Jorge Vasconcellos; ACCETTA, André Figueiredo. **Diverticulite de Ceco (revisão de cinco casos)**. 2001. Disponível em: https://sbcp.org.br/revista/nbr214/P254_256.htm. Acesso em: 22 jun. 2022. https://sbcp.org.br/revista/nbr214/P254_256.htm

Chedid, Aljamir Duarte et al. Divertículo único do ceco: experiência de um hospital geral brasileiro. *Arquivos de Gastroenterologia* [online]. 2003, v. 40, n. 4 [Acessado 15 Junho 2022], pp. 216-219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-28032003000400004>>. Epub 31 Maio 2004. ISSN 1678-4219. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032003000400004>.

DIVERTICULAR, Doença; MURPHY, T ; KRABSHUIS, Drs. **WGO Practice Guidelines Doença Diverticular World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Seções**. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/diverticular-disease-portuguese-2007.pdf>>.

D'ACAMPORA, Armando Jose; KREMER, Gilberto. **Diverticulite do ceco: análise de 21 casos**. 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-176565>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MORAES, Glenio Fernandes; LEITE, Mariá Libório Pereira; SERRALHA, Gustavo Alves; REIS, Izadora Lorena Ferreira; CUNHA, Lucas Domingos Rodrigues da; BENFATTI, Guilherme Café Soares. **DIVERTICULITE DE CÓLON DIREITO: RELATO DE CASO**. 2018. Disponível em: <https://jcol.elsevier.es/en-diverticulite-de-colon-direito-relato-articulo-S223793631830114X>. Acesso em: 21 jun. 2022.

PEMBERTON, John H; WEISER, Martin; RAGHAVENDRAN, Krishnan. **Acute colonic diverticulitis: Medical management**. UpToDate. 2022. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 14/06/2022.

Radhi JM, Ramsay JA, Boutross-Tadross O. **Diverticular disease of the right colon**. *BMC Res Notes*. 2011 Oct 6;4:383. doi: 10.1186/1756-0500-4-383. PMID: 21978459; PMCID: PMC3206858