

Diverticulite do intestino delgado, uma causa incomum de abdome agudo inflamatório

Diverticulitis of the small bowel, an unusual cause of inflammatory acute abdomen

Ari Ben-Hur Stefani Leão¹, Cláudio Roberto Montano Lodeiro², Gabriel Stefani Leão³, Carlos Kupski⁴

¹ Médico gastroenterologista. Serviço de Gastroenterologia do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS.

² Médico gastroenterologista. Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Serviço de Gastroenterologia do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS.

³ Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC.

⁴ Médico gastroenterologista. Doutor em Medicina. Coordenador do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Gastroenterologia e do Serviço de Endoscopia do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS.

RESUMO

Objetivos: Descrever a apresentação clínica, o diagnóstico diferencial e o tratamento de um caso de diverticulite do intestino delgado.

Descrição do caso: Um homem de 58 anos de idade apresentou quadro clínico de dor e distensão abdominal, com exames de imagem demonstrando espessamento de alça de intestino delgado. Foi realizado exame videolaparoscópico do abdome e diagnosticada diverticulite do intestino delgado, a qual recebeu tratamento cirúrgico. O paciente teve boa evolução no pós-operatório.

Conclusões: A localização da doença diverticular no intestino delgado é pouco comum, e sua apresentação com complicações como perfuração, obstrução e hemorragia a tornam de grande importância clínica, pela dificuldade de se estabelecer o diagnóstico diferencial com outras moléstias abdominais.

DESCRIPTORIOS: DIVERTICULITE; DIVERTÍCULO; INTESTINO DELGADO; JEJUNO; ABDOME AGUDO.

ABSTRACT

Aims: To describe the clinical presentation, differential diagnosis and treatment of a case of diverticulitis of the small intestine.

Case description: A man of fifty-eight years of age presented a clinical picture of abdominal pain and distension, with imaging demonstrating thickened loop of small intestine. Direct laparoscopic examination of the abdomen diagnosed diverticulitis of the small intestine, which received surgical treatment. The patient progressed well postoperatively.

Conclusion: Small bowel is an uncommon site of diverticular disease, and its great clinical importance lies in its presentation with problems such as perforation, obstruction and bleeding, which makes it difficult to establish a differential diagnosis with other abdominal diseases.

KEY WORDS: DIVERTICULITIS; DIVERTICULUM; INTESTINE, SMALL; JEJUNUM; ABDOMEN, ACUTE.

Recebido: novembro de 2011; aceito: fevereiro de 2012.

Endereço para correspondência/Corresponding Author:
ARI BEN-HUR STEFANI LEÃO
Travessa Vileta 230, ap. 404 – Bairro Jardim Botânico
CEP 90690-150, Porto Alegre, RS, Brasil
Telefone: (51)3339-1211
E-mail: absleao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A doença diverticular intestinal é bastante frequente, acometendo cerca de dois terços da população com idade em torno de 80 anos. A sua localização em intestino delgado, porém, é pouco comum, representando cerca de 0,3 a 4,5% das autópsias.^{1, 2} Quando presentes, os divertículos de delgado distribuem-se da seguinte maneira: 60-70% no duodeno, 20-25% no jejuno e 5-10% no íleo.^{2,3} As possíveis complicações agudas dessa condição incluem diverticulite, perfuração, obstrução intestinal e hemorragia, que são raras e acometem cerca de 6-10% dos pacientes. Seu tratamento inclui desde medidas clínicas conservadoras até laparotomia de urgência.

O presente relato de caso refere-se a um paciente internado aos cuidados do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da PUCRS, em maio de 2008. Pretende-se demonstrar que a diverticulite do intestino delgado, apesar de incomum, deve ser incluída no diagnóstico diferencial das causas de abdome agudo. O artigo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição (CEP-PUCRS 10/05101).

RELATO DE CASO

Um homem de 58 anos chegou ao setor de emergência com quadro clínico de dor abdominal, localizada em região epigástrica e flanco esquerdo, sem irradiação, constante e de forte intensidade, com início há cerca de 24 horas. Relatava ter apresentado alguns episódios

de vômitos e estava há aproximadamente 12 horas sem evacuar e eliminar flatos. Ao exame físico encontrava-se normotenso, afebril, com frequência cardíaca de 102 batimentos por minuto, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Ao exame abdominal apresentava redução dos ruídos hidroaéreos, hipertimpanismo em abdome superior, dor e sinais de irritação peritoneal em mesogástrio e flanco esquerdo. Diante do quadro de abdome agudo, iniciou-se a investigação com exames laboratoriais, que se mostraram normais. Como exame de imagem optou-se inicialmente por um raio-X de abdome agudo, que demonstrou distensão de alças de intestino delgado e cavidade gástrica, sem evidências de perfuração. A seguir foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome com injeção de meio de contraste, que evidenciou espessamento de alça de intestino delgado localizada na topografia do flanco esquerdo (Figura 1).

Diante da hipótese de suboclusão por diverticulite complicada de intestino delgado, o paciente foi submetido à videolaparoscopia. Ao ser confirmado o diagnóstico, optou-se pela cirurgia convencional. Foi realizada ressecção de segmento de intestino delgado (jejuno proximal) de 32 cm de extensão, identificando-se três estruturas diverticulares, sendo que em uma delas havia sinais de bloqueio pelo epiplon. Foi realizada uma enteroenteroanastomose, com pós operatório sem complicações. Ao exame anatomopatológico da peça, diagnosticou-se diverticulose com diverticulite aguda supurativa, necrose e peritonite fibrinoide. O paciente manteve-se em uso de ciprofloxacina e metronidazol por sete dias, recebendo alta hospitalar sem complicações.

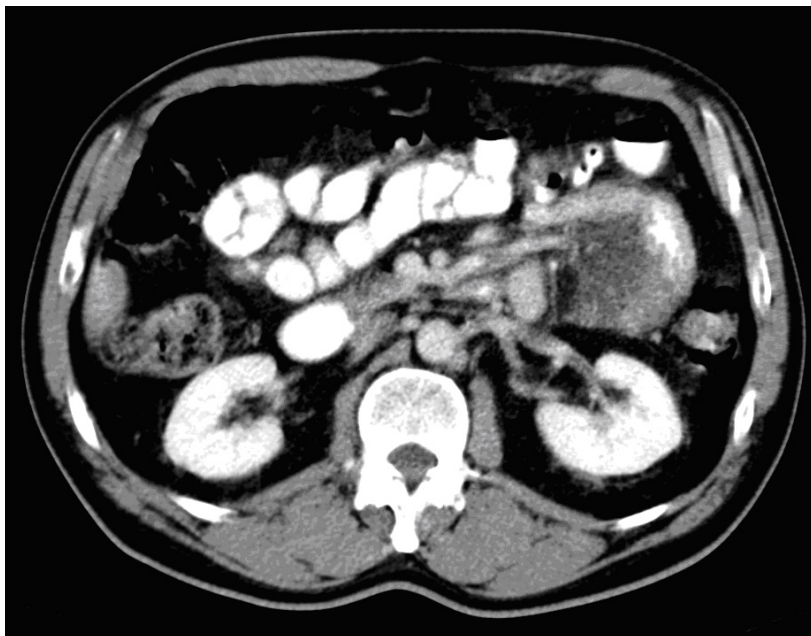


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome, demonstrando distensão de alças de intestino delgado e aglomerado de alças com espessamento do meso em flanco esquerdo.

DISCUSSÃO

Os divertículos de intestino delgado são incomuns e a diverticulite nessa localização é uma doença rara, podendo ocorrer tanto no duodeno quanto no jejuno e íleo. Esses divertículos são localizados geralmente ao longo da borda mesentérica e envolvem predominantemente o jejuno proximal. Em geral são pseudodivertículos adquiridos e predominam em homens acima dos 40 anos em uma proporção de 2:1 em relação às mulheres. A principal hipótese fisiopatológica concentra-se na dieta pobre em fibras causando dismotilidade, pseudo-obstrução e altas pressões intraluminais, que levarão à formação dos divertículos.⁵⁻⁷

O diagnóstico diferencial da diverticulite de intestino delgado deve ser feito com apendicite aguda, pancreatite aguda, doença ulcerosa péptica, colites, doença inflamatória intestinal, colecistite aguda, enfermidades ovarianas, gravidez ectópica e outras doenças menos comuns que cursam com quadro de abdome agudo.⁶⁻⁹

Os achados laboratoriais podem ser normais, mas geralmente há leucocitose com desvio à esquerda e aumento da proteína C reativa. O raio-X de abdome agudo pode demonstrar pneumoperitônio, porém a tomografia computadorizada de abdome é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico da diverticulite de intestino delgado.^{6,7,9,10}

Não existe um tratamento de consenso para a diverticulite de intestino delgado, porém para casos complicados com perfuração, abscesso não drenável, obstrução, sepse e fístulas, a abordagem cirúrgica deve ser a escolha.^{6,9,11} Apesar dos avanços no tratamento e diagnóstico, as taxas de mortalidade por diverticulite perfurada de intestino delgado mantêm-se altas, variando de 21 a 40%.^{7,9}

A importância deste relato de caso é servir de alerta para uma causa incomum de abdome agudo. Se não diagnosticada e manejada prontamente como no caso apresentado, em que entre o início dos sintomas e o desfecho cirúrgico passaram-se pouco mais de 24 horas, a doença pode ter altas taxas de mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, et al. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease : pathophysiology, diagnosis, management. 8th ed. Philadelphia PA: WB Saunders; 2006.
2. Crace PP, Grisham A, Kerlakian G. Jejunal diverticular disease with unborn enterolith presenting as a small bowel obstruction: a case report. *Am Surg.* 2007;73(7): 703-5.
3. Yoon YS, Park IJ, Lee KH, et al. Should small bowel diverticula be removed? *Korean J Gastroenterol.* 2004; 44(5):275-9.
4. Roses DF, Gouge TH, Scher KS, et al. Perforated diverticula of the jejunum and ileum. *Am J Surg.* 1976;132(5): 649-52.
5. Kouraklis G, Glinavou A, Mantas D, Kouskous E, Karatzas G. Clinical implications of small bowel diverticula. *Isr Med Assoc J.* 2002;4(6):431-3.
6. Pearl MS, Hill MC, Zeman RK. CT findings in duodenal diverticulitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;187(4): W392-5.
7. Peters R, Grust A, Gerharz CD, et al. Perforated jejuna diverticulitis as a rare cause of acute abdomen. *Eur Radiol.* 1999;9(7):1426-8.
8. Bogardus ST. What do we know about diverticular disease? A brief overview. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40 Suppl 3: S108-11.
9. Greenstein S, Jones B, Fishman EK, et al. Small bowel diverticulitis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1986; 147(2):271-4.
10. Salzman H, Lillie D. Diverticular disease: diagnoses and treatment. *Am Fam Physician.* 2005;72(7):1229-34.
11. Floch CL. Diagnosis and management of acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40 Suppl 3:S136-44.