

Diverticulite de intestino delgado em paciente idoso

Diverticulitis of the small bowel in elderly

RESUMO

Os divertículos de intestino delgado são pseudodivertículos, formados apenas por mucosa. São raros e tem maior incidência em idosos. Em geral, evoluem de forma satisfatória com tratamento conservador. Sua importância clínica é devida a complicações tais como dor abdominal, inflamação ou perfuração, diarreia e/ou má absorção, hemorragia e pseudo-obstrução. Relatamos um caso de diverticulite de intestino delgado, descrevendo suas características clínicas e cirúrgicas.

UNITERMOS: Idoso, Divertículo, Diverticulite, Complicações, Cirurgia.

ABSTRACT

Small bowel diverticula are pseudodiverticula consisting of mucosa only. They are unusual and have higher incidence in older people. In general, the outcome is satisfactory with conservative treatment. Their clinical relevance is due to complications such as chronic abdominal pain, inflammation or perforation, diarrhea and/or malabsorption, hemorrhage and pseudo-obstruction. We describe a case of diverticulitis of the small bowel with its clinical and surgical characteristics.

KEY WORDS: *Elderly, Diverticula, Diverticulitis, Complications, Surgery.*

ADRIANE MONSERRAT RAMOS – Residente do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

CHRISTINA DUARTE PIANTÁ – Cirurgiã Geral do Hospital São Lucas da PUCRS, Mestre em Clínica Médica pela FAMED/PUCRS.

JARCEDY MACHADO ALVES – Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

DÉBORA TOMATIS PACHECO – Residente em Cirurgia Geral do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas da PUCRS.

FERNANDA DUARTE – Residente em Cirurgia Geral do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas da PUCRS.

JOSÉ LUIZ DA COSTA VIEIRA – Professor Adjunto do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Hospital São Lucas e Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

✉ Endereço para correspondência:

Adriane Monserrat Ramos

Riachuelo 1247, apto 403

90010-271 – Porto Alegre, RS – Brasil

Fone: (51) 3225-3050

INTRODUÇÃO

Os divertículos de intestino delgado são pseudodivertículos formados apenas por mucosa. São raros e, geralmente, assintomáticos. A prevalência varia de 0,3% a 2,5% (1). A incidência dos divertículos de jejuno, através de relatos de autópsias, varia de 0,06% a 1,3%, aumentando com a idade, e apresentando um pico na sexta e sétima décadas de vida, sendo 10 a 40% deles assintomáticos (2). Como, em geral, não apresentam manifestações clínicas por um longo período, dificilmente seu diagnóstico ocorre na ausência de complicações. No entanto, pacientes que apresentam divertículos de jejuno ou de íleo podem apresentar sintomas crônicos (3). Os divertículos podem acometer o intestino delgado, como uma lesão única (divertículo de Meckel) ou uma doença segmentar, como o divertículo duodenal, ou como uma diverti-

culose difusa. Dos divertículos jejuno-ileais, 80% localizam-se no jejuno, 15% no íleo e 5% em ambos (4). A doença sintomática é mais comum na infância e, geralmente, tem indicação cirúrgica. Apresentam importância clínica, porque podem evoluir com sérias complicações, como dor abdominal crônica, inflamação ou perfuração, diarreia e/ou má-absorção, hemorragia e pseudo-obstrução. Na maioria dos casos, o tratamento conservador pode ser realizado com sucesso. No entanto, na presença de complicações, o tratamento é cirúrgico, sendo então indicada ressecção da porção intestinal acometida (1, 5).

RELATO DO CASO

Paciente de 82 anos, feminina, apresentando dor em baixo ventre, com dez dias de evolução e piora nos últi-

mos dois dias, associada à disúria, polaciúria, inapetência e náuseas pós-prandiais. Foi medicada, durante sete dias, com Norfloxacino via oral 400 mg de 12 em 12 horas, sem apresentar melhora dos sintomas. Hábito intestinal normal. Previamente hígida. Apendicectomizada aos 20 anos. Uma endoscopia digestiva alta realizada em 2003 constatou a presença de úlcera gástrica cuja biópsia mostrou gastrite crônica antral leve, infiltrado inflamatório leve, metaplasia intestinal ausente e atrofia glandular ausente. Nesse mesmo período, a paciente recebeu omeprazol 20 mg ao dia durante seis semanas e, na reavaliação endoscópica após o tratamento, sua úlcera já estava cicatrizada. Ao exame físico, apresentava abdômen distendido, ruídos hidro-aéreos diminuídos, sinais de irritação peritoneal, plastra palpável e doloroso em quadrante inferior direito (QID) do abdômen, sem evidências de defeitos da parede abdominal. O perfil laboratorial apresentava exame comum

de urina normal, hemograma com leucocitose (16.400) e 7% de bastões. Em relação aos exames de imagem, o RX de abdômen agudo demonstrou distensão de alças de intestino delgado e redução da transparência da pequena pelve, que poderia estar relacionada à presença de líquido livre intraperitoneal. Não havia evidência de pneumoperitônio, ou sinais de obstrução intestinal de intestino delgado ou cólons. A ecografia abdominal total foi prejudicada pela distensão de alças intestinais. Entendido tratar-se de um abdômen agudo cirúrgico, foi submetida à laparotomia exploradora, através de incisão mediana supra infra-umbilical, oito horas após a internação hospitalar e posteriormente a monitorização e controle clínico adequado. No transoperatório, foram identificados inúmeros divertículos de intestino delgado, do duodeno ao íleo, sendo o jejuno a região mais acometida (Figuras 1 e 2). Havia também um intenso processo inflamatório em íleo terminal distante 15 cm da válvula íleo-cecal (Figura 2). Foi realizada enterectomia com 46 cm de extensão e anastomose término-terminal. O laudo anatomopatológico da peça cirúrgica foi de diverticulose com diverticulite aguda e peritonite aguda supurativa, divertículo com inflamação crônica e hiperemia. Recebeu antibioticoterapia parenteral por 10 dias, iniciada no pré-operatório. Apresentou boa evolução, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

A paciente em referência apresentava quadro clínico, radiológico e laboratorial compatível com abdômen agudo inflamatório, confirmado durante o procedimento cirúrgico. No inventário da cavidade abdominal verificou-se a existência de doença diverticular de intestino delgado, principalmente na área jejunal, evento relativamente raro. Havia também, aderências e presença de tumoração, no íleo terminal, achados confirmados no exame anatomopatológico. Uma revisão de Chiu et al

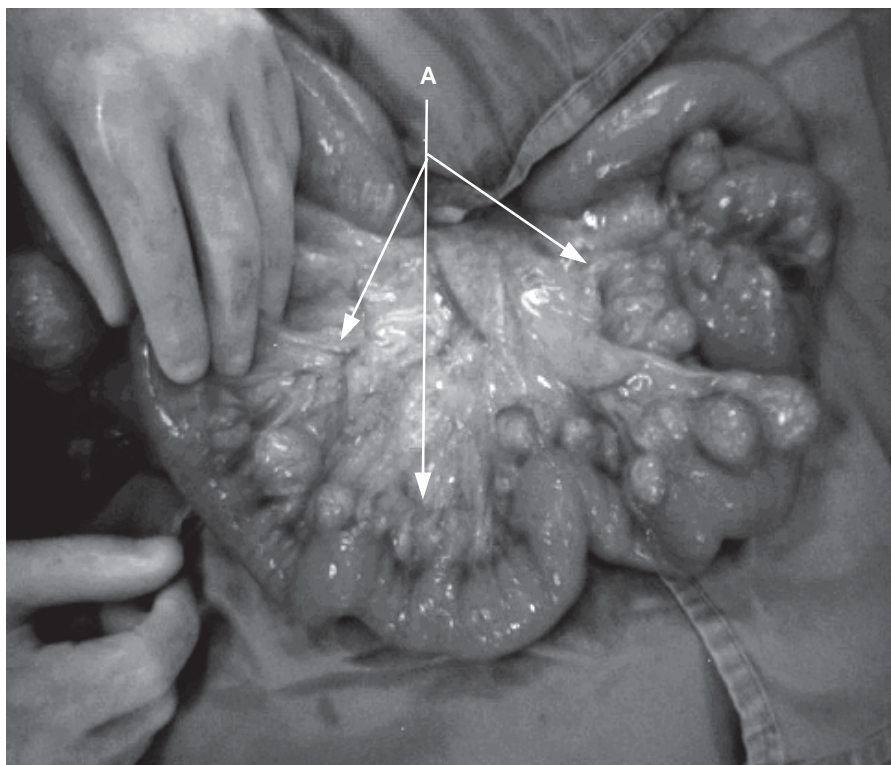


Figura 1 – (A) Foto transoperatória dos divertículos no jejuno.

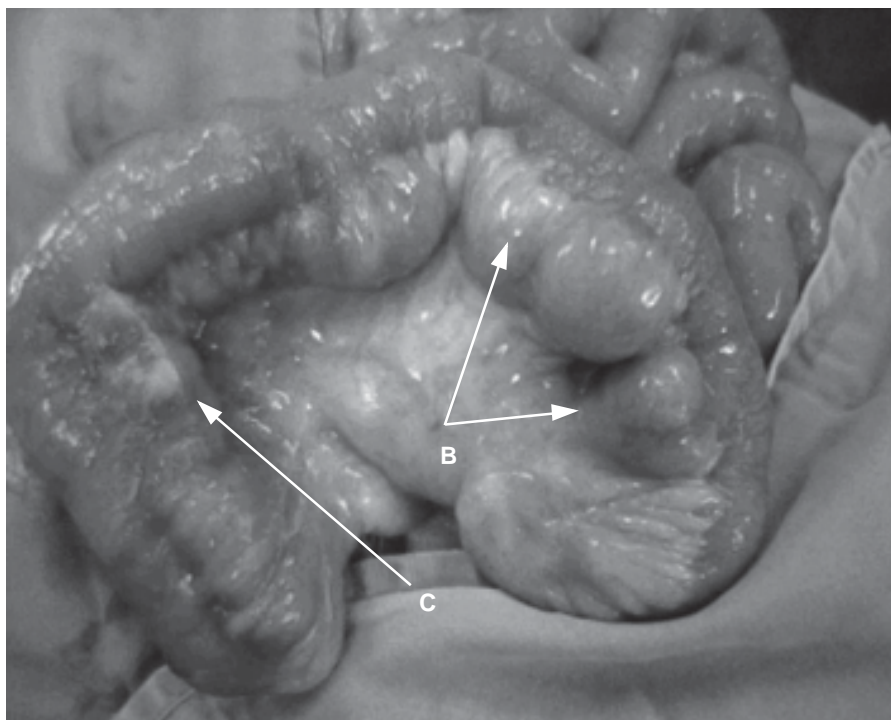


Figura 2 – Foto transoperatória dos divertículos: (B) íleo e (C) área de inflamação e perfuração.

(6) demonstrou que as apresentações clínicas mais comuns na doença diverticular do intestino delgado foram dor abdominal (48,9%), seguida de sangra-

mento intestinal (29,5%). Também enfatizam que a identificação incidental desses divertículos não é infreqüente (44,3% do total de casos), sendo achados ocasionais em laparotomias realizadas por outras patologias. Quanto à localização dos divertículos, foi demonstrado que a prevalência de divertículos no duodeno foi de 45%, seguido do divertículo de Meckel, que foi de 23%. Outro estudo realizado por Akhrass et al (7) avaliou 200 pacientes com diagnóstico de divertículos de intestino delgado, e constatou que 79% deles estavam localizados no duodeno, 18% no jejuno ou íleo e 3% em duodeno, jejuno e íleo, e as complicações foram mais freqüentes no segmento jejuno-ileal, com maior risco de perfuração e formação de abscesso, quando comparados com os de duodeno. Esse mesmo trabalho também demonstrou que a principal causa de indicação cirúrgica de urgência, semelhantemente ao que identificamos nesse caso, foi perfuração e peritonite. Assim, a conclusão desses autores é que devido à pequena taxa de complicações, os divertículos de duodeno devem ser tratados de forma conservadora, quando diagnosticados em períodos agudos, e sem sinais de complicações, diferentemente dos localizados no jejuno e íleo, que no momento do diagnóstico podem necessitar de uma

conduta mais definitiva. O diagnóstico de perfuração de divertículo de intestino delgado, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de abdômen agudo em idosos. Outras hipóteses mais comuns de abdômen agudo em idosos são patologias agudas das vias biliares (24-26%), apendicite aguda (18-20%), neoplasias do trato gastrointestinal (11%) e hérnias encarceradas (10-12%) (15,16). No presente caso, a intervenção cirúrgica precoce foi fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado, com resultado favorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE LANGE DW, CLUYSENAUER OJ, VERBERNE GH, et al. Diverticulosis of the small bowel. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(20):946-9.
2. CLEMENTE A, DAVINI MD. Jejunal diverticulosis: report of a case and review of the literature. *Minerva Chir* 1995; 50(5):497-500.
3. MAZUCH J, BRUNCAK P, KUNIK Z, et al. Diverticulosis of the small intestine. *Bratisl Lek Listy* 1995;96(8):442-6.
4. CHOW DC, BABAIAN M, TAUBIN HL. Jejunoileal diverticula. *Gastroenterologist* 1997;5(1):78-84.
5. KOÛRAKLIS G, GLINAVOU A, MANTAS D, et al. Clinical implications of small bowel diverticula. *Isr Med Assoc J* 2002; 4(6):431-3.
6. CHIU EJ, SHYR YM, SU CH, et al. Diverticular disease of the small bowel. *Hepatogastroenterology* 2000; 47(31): 181-4.
7. AKHRASS R, YAFFE MB, FISCHER C, et al. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg* 1997; 184(4):383-8.
8. ACCORDINO R, ZAGRANDE A, INZANI E, et al. Jejunal diverticulosis. Presentation of a clinical case. *Minerva Chir* 1998;53(5):427-30.
9. MEAGHER AP, PORTER AJ, ROWLAND R, et al. Jejunal diverticulosis. *Aust N Z J Surg*. 1993; 63(5):360-6.
10. PEARCE VR. The importance of duodenal diverticula in the elderly. *Postgrad Med J* 1980; 56(661):77-80.
11. COOLS P, BOSMANS E, ONSA J, et al. Small bowel diverticulosis. A forgotten diagnosis. *Acta Chir Belg* 1995; 95(6):261-4.
12. ILIEV H. Diverticula of the duodenum. *Acta Chir Iogosl* 1980; 27(1):77-86.
13. RESNICK DJ, RATYCH RE, IMBEMBO AL. Small intestinal diverticula. In: Zuidema GD. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. 4th ed. 1996. Vol V.24:417-445.
14. FICHERA A, MICHELASS F. Diverticular Disease of the small bowel. In: Cameron JL. *Current Surgical Therapy*. 8th ed. 2004.124-126.
15. MIETTINEN P, PASANEN P, SALONEN A, LAHTINEN J, ALHAVA E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. *Ann Chir Gynaecol*. 1996; 85(1): 11-5.
16. KETTUNEN J, PAAJANEN H, KASTIAINEN S. Emergency abdominal surgery in the elderly. *Hepatogastroenterology*. 1995; 42(2): 106-8.