

DIVERTICULOSE JEJUNAL COMPLICADA

COMPLICATED JEJUNAL DIVERTICULOSIS

Camila Horr Zaki, AsCBC-RS¹; João Victor Vecchi Ferri¹; Tuane Colles¹; Mário Sérgio Trindade Borges da Costa².

RESUMO

Divertículo jejunal é uma patologia pouco frequente na qual a maior parte dos acometidos são idosos e apresentam uma sintomatologia pouco específica. Pode ser achado incidental em exames de imagem ou ocasionalmente complicar com diverticulite aguda, perfuração, sangramento ou obstrução. Deve ser lembrado em diagnóstico diferencial de dor abdominal. Os exames de imagens ajudam no diagnóstico e auxiliam na decisão de condutas.

Descritores: Divertículo. Jejuno. Doenças do Jejuno. Complicações.

ABSTRACT

Jejunal diverticula is an uncommon condition in which most of the patients are elderly and have a very specific symptomatology. It can be found incidentally in imaging tests or occasionally complicate with acute diverticulitis, perforation, bleeding or obstruction. It should be remembered in differential diagnosis of abdominal pain. The imaging tests, aid in the diagnosis and help in the decision of conducts

Keywords: Diverticulum. Jejunum. Jejunal Diseases. Complications.

INTRODUÇÃO

Os divertículos não colônicos, ao contrário da doença diverticular dos cólons, são extremamente raros. Na maior parte das vezes, a diverticulose de intestino delgado é assintomática e pode ser visualizada como achado incidental em exames de imagens. Sempre deve fazer parte do diagnóstico diferencial de dor abdominal, principalmente em idosos. Quando sintomático, na maioria dos casos, apresenta-se como um quadro de diverticulite aguda^{1,6}.

Este trabalho possui como objetivo relatar um caso de diverticulose e diverticulite jejunal, ocorrido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Caso este que necessitou de cirurgia, devido diverticulite complicada, visto ser a diverticulite jejunal de ocorrência rara, achou-se importante o relato do mesmo.

RELATO DO CASO

Paciente R.S.J de 84 anos, hipertensa, diabética, com transtorno de ansiedade, negando etilismo, tabagismo, demais comorbidades ou alergias. Relatava cirurgias prévias como tireoidectomia parcial devido nódulo (SIC) e cirurgia oftalmológica. Estava em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral do Hospital de Clínicas de

Porto Alegre devido à colelitíase sintomática, aguardando disponibilidade para colecistectomia videolaparoscópica.

Paciente procura emergência com dor abdominal em hipocôndrio direito com irradiação, calafrios a noite e febre não aferida há dois dias. Negava alterações de hábito intestinal ou urinário. Sinais vitais se mantiveram estáveis na chegada do paciente. A suspeita inicial foi de colecistite aguda devido exames que demonstravam colelitíase prévia.

Foi então realizado ecografia de abdome total demonstrando vesícula escleroatrófica, sem mensuração fidedigna de sua parede. Exames laboratoriais dentro da normalidade com exceção de PCR de 53 e leucocitose de 14 mil sem desvio à esquerda.

Devido à dúvida diagnóstica, pois ecografia não era esclarecedora, foi requisitada tomografia total de abdome para a paciente. Tomografia de abdome demonstrou um processo inflamatório em quadrante inferior direito do abdome com provável coleção associada, sendo que o apêndice cecal não foi individualizado. A vesícula biliar foi vista sendo de pequenas dimensões, contendo presumíveis microcálculos. As hipóteses diagnósticas interrogadas

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Cirurgia Geral, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Emergência Cirúrgica, Porto Alegre, RS, Brasil.

após a tomografia foram apendicite aguda ou diverticulite ileal.

Durante cirurgia foi evidenciado presença de secreção sero-hemática na abertura da cavidade abdominal e alças de intestino delgado com segmento acometido por diverticulose (Figura 1).



Figura 1. Divertículos jejunais e intestino saudável.

Localizado plastrão inflamatório peridiverticular distante 30cm do ângulo de Treitz (Figura 2). Excisado aproximadamente 100cm de segmento jejunal onde havia maior concentração de divertículos (Figura 3). Confeccionada anastomose término-terminal manual. Após revisão da cavidade, síntese da aponeurose e pele, primariamente, não colocado dreno na cavidade.

Paciente evoluiu bem, com boa aceitação da dieta via oral líquida no terceiro pós-operatório com progressão conforme aceitação. Teve episódio de confusão mental aguda, que foi resolvido com manejo clínico. Recebeu alta no oitavo dia pós-operatório, deambulando, recebendo dieta normal via oral, com orientações gerais e retorno ambulatorial para reavaliação.



Figura 2. Divertículos jejunais com sinais de diverticulite.



Figura 3. Segmento de ressecção de intestino delgado.

DISCUSSÃO

Divertículos são protrusões em forma de saco na parede do intestino e podem ocorrer em qualquer parte do intestino. Os do intestino delgado, geralmente, são descobertos incidentalmente por serem, na maior parte das vezes, assintomáticos. A prevalência de divertículos é maior no cólon, sendo os divertículos jejunais relatados em 1 a 2% dos pacientes, em séries de autópsia, sendo a prevalência de divertículos jejunais rara^{1,2}.

Divertículos duodenais geralmente ocorrem perto da papila de Vater. A grande maioria dos divertículos duodenais são extraluminais e seriam resultado da herniação através de um defeito causado pela entrada de grandes vasos. Os divertículos intraluminais são geralmente congênitos e resultam da canalização incompleta do lúmen intestinal após o estágio epitelial proliferativo embrionário³.

Na maior parte das vezes são múltiplos e localizados no jejuno proximal. Os divertículos jejunoileais podem ser compostos apenas de mucosa e submucosa, ou de todas as camadas da parede jejunal. Eles são frequentemente associados a distúrbios da motilidade intestinal, como esclerose sistêmica progressiva, neuropatias viscerais e miopatias. A causa dos defeitos jejunoileais não é completamente elucidada, mas as anormalidades no peristaltismo, a discinesia intestinal e a alta pressão intraluminal têm sido implicadas na patogênese. Em pacientes com miopatia visceral, a atrofia da parede jejunal de um lado e o aumento da pressão luminal do outro podem levar à protrusão da mucosa intestinal pequena através dos defeitos na mucosa da lâmina muscular, resultando na formação de divertículos do intestino delgado^{4,5}.

Na maior parte das vezes os pacientes são assintomáticos ou sintomas intermitentes de plenitude pós prandial, dor abdominal inespecífica e esporádica. Ocorre com maior frequência na população idosa e com mais frequência em homens (2:1)⁶.

Alguns pacientes podem ter excesso de crescimento bacteriano causando má absorção acarretando, dessa maneira, diarreia / esteatorreia e, em casos raros, perda de peso⁷.

Raramente, pacientes com divertículos de intestino delgado podem ter complicações, sendo mais comuns com divertículos jejunoileais do que divertículos duodenais. As complicações mais comuns são diverticulite, obstrução e sangramento gastrointestinal. Normalmente, o sangramento ocorre por ulceração da mucosa secundário a um episódio de diverticulite aguda.^{8,9,10,11}.

O diagnóstico, muitas vezes, é feito incidentalmente durante avaliação dos sintomas do paciente. Para obter o diagnóstico, estudos contrastados do trato gastrointestinal podem ser úteis (raio-X de trânsito intestinal, tomografia com contraste via oral). A tomografia com contraste intrave-

noso também pode ser útil em casos de diverticulite aguda, mostrando espessamento de parede intestinal, áreas adjacentes com coleções, gás ou até mesmo abscessos, evidenciando a diverticulite aguda e suas complicações. A endoscopia pode ser útil na identificação de divertículos intraluminais duodenais^{12,13}.

O diagnóstico diferencial depende de quais sintomas o paciente apresenta. Por exemplo, em casos de diarreia e/ou má absorção, deve-se investigar doença celíaca, doença de Crohn, pancreatite crônica, entre outras. A gama de doenças que podem causar dor abdominal crônica é extensa, podendo causar atrasos no diagnóstico⁶.

Pacientes assintomáticos ou oligosintomáticos podem ser acompanhados. Em caso de diarreia ou má absorção devido ao supercrescimento bacteriano devem ser administrados antibióticos. Em casos de diverticulite aguda não complicada, o manejo clínico com dieta restrita e antibióticos deve ser instituído. Em caso de sangramento intestinal, deve ser instituído reposição volêmica e, em casos de não cessação espontânea, manejado com protocolo de sangramento gastrointestinal. Pacientes com obstrução devido a complicação dos divertículos devem ser tratados segundo manejo de obstrução intestinal^{14,15}.

A cirurgia é indicada em pacientes com diverticulite complicada por perfuração intestinal, fistula ou abscesso e em pacientes com sangramento gastrointestinal refratário. Isso pode exigir ressecção laparotômica ou laparoscópica do segmento envolvido, a depender das condições locais, dificuldades anatômicas ou estado clínico do paciente¹⁶.

REFERÊNCIAS

1. De Peuter B, Box I, Vanheste R, Dymarkowski S. Small-bowel diverticulosis: imaging findings and review of three cases. *Gastroenterol Res Pract*. 2009;2009:549853.
2. Leão ABHS, Lodeiro CRM, Leão GS, Kupski C. Diverticulite do intestino delgado, uma causa incomum de abdome agudo inflamatório. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2012;22(1):40-2.
3. Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg*. 1997;184(4):383-8.

4. Koch AD, Schoon EJ. Extensive jejunal diverticulosis in a family, a matter of inheritance? *Neth J Med.* 2007;65(4):154-5.
5. Andersen LP, Schjoldager B, Halver B. Jejunal diverticulosis in a family. *Scand J Gastroenterol.* 1998;23(6):672-4.
6. Brito MCB, Costallat BL, Martins DL, Prando A. Diverticulite jejunal: relato de caso. *Radiol Bras.* 2011;44(2):135-6.
7. Palder SB, Frey CB. Jejunal diverticulosis. *Arch Surg.* 1988;123(7):889-94.
8. Psathakis D, Utschakowski A, Müller G, Broll R, Bruch HP. Clinical significance of duodenal diverticula. *J Am Coll Surg.* 1994;178(3):257-60.
9. Yang CW, Chen YY, Yen HH, Soon MS. Successful double balloon enteroscopy treatment for bleeding jejunal diverticulum: a case report and review of the literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009;19(5):637-40.
10. Terada T. Diverticulitis of multiple diverticulosis of the terminal ileum. *Int J Clin Exp Pathol.* 2013;6(3):521-3.
11. Chiu KW, Changchien CS, Chuah SK. Small-bowel diverticulum: is it a risk for small-bowel volvulus? *J Clin Gastroenterol.* 1994;19(2):176-7.
12. Gayer G, Zissin R, Apter S, Shemesh E, Heldenberg E. Acute diverticulitis of the small bowel: CT findings. *Abdom Imaging.* 1999;24(5):452-5.
13. Blam ME, Metz DC. Image of the month. A wind sock web deformity of the proximal duodenum. *Gastroenterology.* 2000;119(2):292, 602.
14. Singh VV, Toskes PP. Small bowel bacterial overgrowth: presentation, diagnosis, and treatment. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2004;7(1):19-28.
15. Harris LM, Volpe CM, Doerr RJ. Small bowel obstruction secondary to enterolith impaction complicating jejunal diverticulitis. *Am J Gastroenterol.* 1997;92(9):1538-40.

Recebido em: 08/05/2018

Aceito para publicação: 25/07/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Camila Horr Zaki

E-mail: camilazaki@hotmail.com