

## DIVERTICULITE AGUDA JEJUNOILEAL

### ACUTE JEJUNOILEAL DIVERTICULITIS

Isabela Soucin Maltoni<sup>1</sup>; Eric D. B. Augusto<sup>1</sup>; Daniela de Oliveira Mendes<sup>1</sup>; Martin Marcondes Castiglia<sup>1</sup>; Diego Adão Fanti Silva, TCBC-SP<sup>1</sup>.

#### RESUMO

A diverticulite aguda do intestino delgado secundária à diverticulose jejunoileal é uma condição muito rara, acometendo principalmente o segmento jejunal e levando a um quadro de abdome agudo inflamatório. É mais prevalente em idosos, com discreta predileção pelo sexo masculino. Na maioria dos casos, o tratamento é operatório. Este relato apresenta o caso de um paciente de 65 anos de idade com dor abdominal periumbilical intermitente há oito meses, seguida de piora súbita e sinais inflamatórios. O diagnóstico de diverticulite aguda jejunoileal foi realizado por meio de tomografia computadorizada. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica após falha do tratamento não operatório com antibioticoterapia. Por se tratar de uma condição pouco frequente, com apresentação clínica semelhante a outras afecções do trato gastrointestinal, porém com risco de peritonite e sepse abdominal, a diverticulite jejunoileal tem relevância clínica como um diagnóstico diferencial a ser considerado em quadros de abdome agudo inflamatório cuja evolução seja desfavorável.

**Descritores:** Abdome Agudo. Diverticulite. Intestino Delgado. Jejunum. Laparotomia.

#### ABSTRACT

Acute diverticulitis of small bowel secondary to jejunoileal diverticulosis is a rare condition, mainly affecting jejunum and leading to abdominal sepsis. Prevalence is higher in elderly, with a discrete male predominance. In general, resolution is obtained with non-operative management. This report presents a 65-year-old man with mild periumbilical pain for eight months with sudden worsening and inflammatory signs. The diagnosis of acute jejunoileal diverticulitis was confirmed by computed tomography. The patient was submitted to operative management after failure of the nonoperative attempt with antibiotics. Acute jejunoileal diverticulitis is an uncommon disease, similar to other conditions of the gastrointestinal tract, but with risk of peritonitis and abdominal sepsis. Therefore, surgeons need a high clinical suspicious in patients with abdominal sepsis.

**Keywords:** Abdomen, Acute. Diverticulitis. Intestine, Small. Jejunum. Laparotomy.

## INTRODUÇÃO

A diverticulite aguda do intestino delgado secundária à diverticulose jejunoileal é uma condição extremamente rara. A incidência de diverticulose jejunoileal é de 0,3 a 2,3%<sup>1,2</sup>, acometendo indivíduos mais velhos, por volta da sexta e sétima décadas de vida, com predominância no sexo masculino de (1,5:1)<sup>3</sup>. A incidência de diverticulite aguda jejunoileal varia de 2 a 6%<sup>4</sup>, e sua principal complicação é a perfuração intestinal (2,1 a 7% das diverticulites)<sup>5</sup>. A mortalidade por diverticulite aguda varia de 21 a 40%, na dependência das complicações e comorbidades<sup>1</sup>.

Os divertículos jejunoileais são classificados como divertículos falsos ou pseudodivertículos, pois possuem somente as camadas mucosa e submucosa<sup>2,3</sup>. O jejuno é o segmento mais frequentemente acometido.

O abdome agudo inflamatório, secundário à diverticulite aguda jejunoileal, é decorrente de dois principais fatores: estase de conteúdo intestinal dentro do divertículo e edema de mucosa, que obstrui o colo diverticular, favorecendo a isquemia da mucosa, microperfurações e o crescimento polimicrobiano<sup>6</sup>.

Este relato objetiva apresentar um caso cirúrgico de diverticulite aguda jejunoileal não complicada e segue as recomendações do *CARE Guideline*<sup>7</sup>.

## RELATO DO CASO

Homem, 65 anos, deu entrada no serviço de emergência de um hospital universitário quaternário com queixa de dor abdominal periumbilical de início há oito meses, com piora há um dia, em cólica, forte intensidade (nota 8 em 10), irradiada

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

para fossa ilíaca esquerda, melhora parcial com analgésicos, associada a febre de 38°C e náuseas. Sem histórico de quadro semelhante prévio ou antecedentes pessoais.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, pressão arterial de 103 x 71 mm Hg, frequência cardíaca de 95 bpm, temperatura de 37,6°C, índice de massa corpórea (IMC) 21 kg/m<sup>2</sup>. O exame cardiorrespiratório era normal. O abdome encontrava-se distendido, com dor difusa à palpação superficial e descompressão brusca positiva periumbilical.

Nos exames laboratoriais, evidenciou-se leucocitose (17.620/mm<sup>3</sup>) com ausência de bastões e, proteína C reativa (PCR) de 251,74 mg/L. A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste intravenoso caracterizou múltiplos divertículos em segmentos de jejuno e íleo, com sinais de processo inflamatório agudo em alguns deles, porém sem coleções ou pneumoperitônio associado (Figura 1).

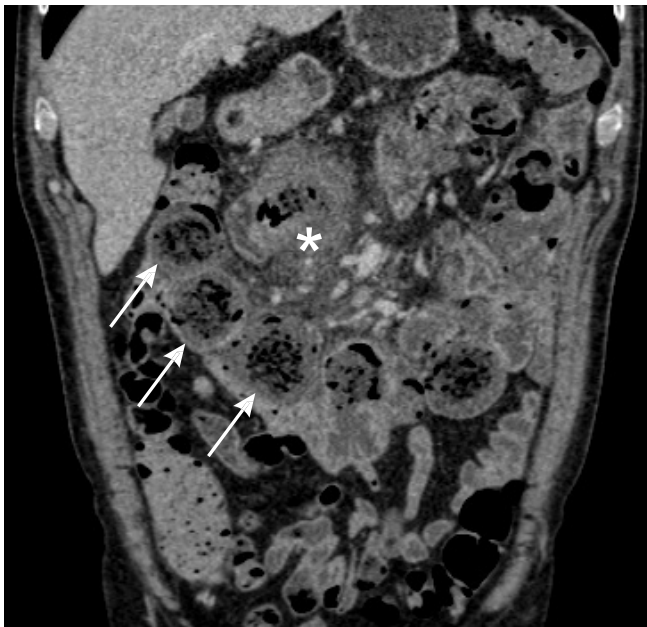


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste intravenoso. Corte coronal. Múltiplos divertículos de jejuno com espessamento de sua parede (flechas). Densificação da gordura mesentérica, compatível com processo inflamatório agudo (asterisco). Ausência de pneumoperitônio ou abscessos.

Optou-se inicialmente pelo tratamento não operatório com reposição volêmica de cristaloides e antibióticos de amplo espectro, porém não houve melhora clínica (piora da dor abdominal e não aceitação de dieta) e laboratorial após duas semanas. Dessa forma, o paciente (American Society

of Anesthesiologists [ASA] 1) foi submetido a laparotomia exploradora por incisão transumbilical, com inventário da cavidade caracterizando múltiplos divertículos em margem mesentérica de jejuno e íleo proximal, alguns dos quais apresentavam-se com sinais de processo inflamatório agudo, sem coleções ou perfuração macroscópica (Figura 2). Realizada enterectomia segmentar de 120cm (do ângulo de Treitz ao íleo proximal), envolvendo todas as alças com diverticulose. O trânsito intestinal foi reconstruído por meio de anastomose término-lateral manual. A cirurgia transcorreu em três horas, com perda sanguínea inferior a 100 ml.

O paciente evoluiu sem complicações, recebendo dieta no segundo dia de pós-operatório e alta no sétimo dia.



Figura 2. Inventário de alças de intestino delgado durante o intraoperatório. Segmento de jejuno com múltiplas saculações diverticulares (pseudodivertículos) em sua borda mesentérica (setas), com edema e hiperemia associados.

## DISCUSSÃO

Relatou-se um caso raro de diverticulite aguda jejunoileal não complicada, cujo diagnóstico pré-operatório foi confirmado por meio de TC de abdome. A opção pela conduta cirúrgica se deu após falha do tratamento não operatório.

Uma revisão dos últimos 10 anos de literatura encontrou 33 casos descritos de diverticulite aguda de intestino delgado, excluindo-se as diverticuloses de duodeno. Em relação ao perfil epidemiológico, a mé-

dia de idade dos pacientes foi de 69 anos, com discreto predomínio no sexo masculino (51,6%). A região mais comumente acometida foi o jejuno (85,2%), sendo o diagnóstico confirmado por TC de abdome em 78,6% das vezes. A maioria dos pacientes (86,2%) foi submetida a tratamento cirúrgico.

A diverticulose do intestino delgado costuma ser assintomática em aproximadamente 42% dos pacientes<sup>8</sup>. Quando sintomática, na forma de diverticulite aguda jejunoileal, apresenta-se como abdome agudo inflamatório. O quadro clínico é de dor abdominal periumbilical associada à peritonite e sinais sistêmicos de inflamação e sepse, podendo simular quadros de diverticulite aguda de cólon, diverticulite de Meckel, apendicite aguda ou mesmo colecistite aguda<sup>3</sup>. Os índices de complicação são maiores em pacientes com múltiplos divertículos jejunais, idosos e pacientes imunossuprimidos ou com comorbidades. No caso relatado, o paciente apresentou-se com dor visceral de intestino médio, além de peritonite e leucocitose.

Em geral, o diagnóstico de certeza da diverticulite aguda jejunoileal é apenas intraoperatório<sup>9</sup>. Entretanto, é possível ter a confirmação da doença por meio de exames de imagem. Nesse contexto, a TC de abdome mostra-se como um exame de boa acurácia<sup>10</sup>. Os achados tomográficos da diverticulite aguda não complicada são: uma ou mais estruturas ovaladas oriundas do intestino delgado, com paredes espessadas e tamanho variável, podendo conter gás, conteúdo fecal ou ambos, acompanhadas de aumento da densidade da gordura mesentérica adjacente<sup>11</sup>. Alguns diagnósticos diferenciais podem ser feitos com base na imagem, como neoplasias, doença de Crohn, perfuração intestinal por corpo estranho, entre outros<sup>12</sup>. O paciente deste caso teve o diagnóstico pré-operatório com base na TC de abdome com contraste intravenoso, a qual revelou múltiplos divertículos jejunoileais com processo inflamatório agudo.

Não existe um consenso em relação ao tratamento ideal. Muitos estudos estabeleceram que o tratamento não operatório pode ser bem-sucedido, mesmo em pacientes com perfuração bloqueada<sup>1,3</sup>. Pacientes hemodinamicamente estáveis com diverticulite aguda não complicada devem receber tratamento conforme os protocolos de sepse institucional (ressuscitação hemodinâmica e antibioticoterapia de amplo espectro pa-

renteral precoce)<sup>13</sup>. A intervenção cirúrgica deve ser reservada aos casos com sintomatologia persistente, peritonite difusa, instabilidade hemodinâmica ou disfunções orgânicas<sup>14</sup>. Coleções bloqueadas podem ser drenadas por métodos minimamente invasivos, como drenagem percutânea guiada por ultrassonografia ou TC, semelhante à diverticulite colônica. Foi demonstrado também que o acesso laparoscópico é seguro e efetivo<sup>15</sup>. No caso relatado, optou-se inicialmente pelo tratamento clínico em virtude da estabilidade hemodinâmica, ausência de disfunções orgânicas (sepse) e ausência de complicações na TC (perfuração ou abscessos). A abordagem cirúrgica laparotômica se deu em decorrência da falha do tratamento não operatório.

Dessa forma, o caso relatado evidenciou que a anamnese e o exame físico são insuficientes para o diagnóstico da diverticulite aguda jejunoileal. A TC de abdome é o exame de escolha para o diagnóstico de certeza, embora não deva mudar o tratamento inicial da sepse de foco abdominal ou retardar a cirurgia em casos de peritonite grave. Novos estudos são necessários para uma melhor compreensão dos fatores etiopatogênicos e prognósticos dessa doença, a fim de se identificar os fatores preditivos de maior risco de falha do tratamento não operatório, e os pacientes que poderiam se beneficiar da intervenção cirúrgica precoce.

## REFERÊNCIAS

1. Lebert P, Millet I, Ernst O, Boulay-Coletta I, Corno L, Taourel P, et al. Acute jejunoileal diverticulitis: multicenter descriptive study of 33 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2018;210(6):1245-51.
2. Kumar D, Meenakshi. Complicated jejunal diverticulitis with unusual presentation. *Radiol Case Rep.* 2017;13(1):58-64.
3. Harbi H, Kardoun N, Fendri S, Dammak N, Toumi N, Guirat A, et al. Jejunal diverticulitis. Review and treatment algorithm. *Presse Med.* 2017;46(12 Pt 1):1139-43.
4. de Bree E, Grammatikakis J, Christodoulakis M, Tsiftsis D. The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula. *Am J Gastroenterol.* 1998;93(12):2523-8.

5. Benya EC, Ghahremani GG, Brosnan JJ. Diverticulitis of the jejunum: clinical and radiological features. *Gastrointest Radiol.* 1991;16(1):24-8.
6. 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.
7. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med.* 2013;2(5):38-43.
8. Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. *Surgery.* 1994;116(4):726-31; discussion 731-2.
9. Lempinen M, Salmela K, Kempainen E. Jejunal diverticulosis: a potentially dangerous entity. *Scand J Gastroenterol.* 2004;39(9):905-9.
10. Coulier B, Maldague P, Bourgeois A, Broze B. Diverticulitis of the small bowel: CT diagnosis. *Abdom Imaging.* 2007;32(2):228-33.
11. Fintelmann F, Levine MS, Rubesin SE. Jejunal diverticulosis: findings on CT in 28 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;190(5):1286-90.
12. Macari M, Faust M, Liang H, Pachter HL. CT of jejunal diverticulitis: imaging findings, differential diagnosis, and clinical management. *Clin Radiol.* 2007;62(1):73-7.
13. Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13(15):2240-2.
14. Sinclair A. Diverticular disease of the gastrointestinal tract. *Prim Care.* 2017;44(4):643-54.
15. Horesh N, Klang E, Gravetz A, Nevo Y, Amiel I, Amitai MM, et al. Jejunal diverticulitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2016;26(8):596-9.

Recebido em: 08/10/2018

Aceito para publicação: 31/10/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

**Endereço para correspondência:**

Eric Daniel B. Augusto

E-mail: [eric.dbaugusto@gmail.com](mailto:eric.dbaugusto@gmail.com)

[eric.dbaugusto@hotmail.com](mailto:eric.dbaugusto@hotmail.com)