



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 7 • Dezembro 2008

Diverticulose jejuno-ileal complicada

Complicated jejuno-ileal diverticulosis

Lígia Santos, Rita Garrido, Luís de Sousa

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. – Barreiro
Director do Serviço: *Dr. José Pereira*

RESUMO

A diverticulose jejuno-ileal é uma doença rara e frequentemente assintomática. No entanto pode manifestar-se com sintomas crónicos (dor abdominal intermitente, flatulência, diarreia, obstipação) ou agudos, geralmente associados a complicações da doença, como diverticulite, perfuração, oclusão intestinal e hemorragia. Os autores apresentam um caso clínico de abdómen agudo com 4 dias de evolução, numa idosa de 84 anos de idade, cujo intra-operatório mostrou diverticulose do jejuno e íleon com perfuração “coberta” de divertículo ileal. A opção terapêutica foi a ressecção do segmento envolvido com anastomose primária. Os autores pretendem lembrar esta rara entidade nosológica como causa possível de abdómen agudo no idoso. Fazem ainda uma revisão da literatura sobre o tema.

Palavras-chave: diverticulose jejuno-ileal, diverticulite, perfuração intestinal, ressecção segmentar de delgado

ABSTRACT

Jejuno-ileal diverticulosis is a rare and frequently asymptomatic disease. However, it can present itself with chronic manifestations (episodic abdominal pain, flatulence, diarrhea, constipation) or acute symptoms, usually associated with complications of the disease, like diverticulitis, perforation, intestinal obstruction and hemorrhage. The authors present the case of an 84 year-old woman with an acute abdomen that started 4 days before admission. Surgical exploration revealed diverticulosis of the jejunum and ileum with perforation of an ileal diverticulum. The therapeutic option was to resect that small-bowel segment with primary anastomosis. The authors wish to remind this entity as a possible cause of acute abdomen in the elderly. They also make a review of the last publications on the subject.

Key-words: jejuno-ileal diverticulosis, diverticulitis, intestinal perforation, small bowel resection



INTRODUÇÃO

A diverticulose jejuno-ileal adquirida é uma entidade rara, ocorrendo em 1 a 2% da população em geral. É mais comum no sexo masculino e a prevalência aumenta com a idade, sendo maior a incidência nas 6ª e 7ª décadas de vida. Oitenta por cento dos divertículos surgem no jejuno (onde habitualmente são maiores e mais numerosos), 15% no íleon e 5% em ambos. Estão frequentemente associados a divertículos do duodeno e do cólon (os mais frequentes), sugerindo uma mesma etiologia.

São considerados pseudo-divertículos e etiologicamente são lesões adquiridas, de pulsão, no contexto de discinesia intestinal.

As manifestações clínicas são inespecíficas, levando com frequência a um atraso no diagnóstico e consequentemente maior morbidade e mortalidade, sobretudo no que respeita às complicações. As queixas mais frequentes são: dor abdominal intermitente, flatulência, diarreia, obstipação, podendo ser confundido com a síndrome do intestino irritável. O diagnóstico é feito habitualmente de forma incidental, em exames contrastados do delgado ou no decurso duma laparotomia, quer electiva, quer de urgência. A maioria das complicações manifesta-se como abdómen agudo.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 84 anos de idade, com episódios frequentes de dor abdominal tipo cólica e, ocasionalmente, dejectões com características de esteatorreia, sem patologia associada relevante e sem história de intervenções cirúrgicas. Recorreu ao Serviço de Urgência da nossa instituição por dor localizada à fossa ilíaca direita (FID) com 3 dias de evolução, constante, de agravamento progressivo (sobretudo nas 12 horas prévias à admissão) e vómitos, mantendo trânsito intestinal até à véspera do internamento. Sem outras queixas. À entrada, encontrava-se febril, eupneica, normotensa e normocárdica. Do restante exame objectivo salientava-se dor à palpação profunda e à descompres-

são na FID, sem defesa evidente. Ao toque rectal, a ampola encontrava-se distendida, sem fezes, não se palpando lesões intra ou extra-luminais. Sem dor ou desconforto ao toque rectal profundo.

Laboratorialmente apresentava leucocitose ($18,93 \times 10^9/L$) com neutrofilia (91,7%), PCR elevada, retenção azotada e hipercaliémia (5,9 mmol/L).

Realizou Rx simples do abdómen em pé que mostrava alguns níveis hidro-aéreos de predomínio cólico, sem pneumoperitoneu.

Foi submetida a ecografia abdominal que não revelava alterações.

De seguida, realizou TC Abdomino-pélvica que evidenciava alterações ao nível das ansas de delgado, sugestivas de pneumatose intestinal, não se podendo contudo excluir diverticulose (Fig.1).

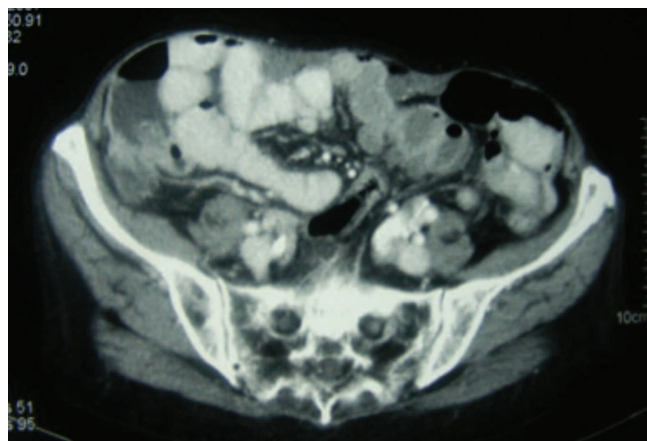


Fig. 1 – TC Abdominal evidenciando imagens suspeitas de divertículos (setas).

Por manutenção do quadro febril, queixas álgicas e agravamento dos parâmetros inflamatórios decide-se laparotomia.

Intra-operatoriamente constatou-se presença de diverticulose difusa do intestino delgado, que se estendia do jejuno proximal até ao íleon, com perfuração “coberta” de divertículo ileal (Fig. 2).

Foi submetida a ressecção segmentar de cerca de 10cm de íleon, incluindo a zona de perfuração, com anastomose primária.





Fig. 2 – Diverticulose jejuno-ileal. É visível a zona de perfuração (círculo) e a área à qual aderiu (seta).

No pós-operatório imediato foi admitida na UCI por 1,5 dias para manter suporte ventilatório pós-anses-tesia e estabilização hemodinâmica. Foi removida a sonda nasogástrica ao 2º dia do pós-operatório e iniciou dieta líquida, com tolerância. Boa evolução clínica ao longo do internamento, tendo tido alta ao 8º dia pós-operatório.

O exame anatomo-patológico revelou, na macroscopia da peça, um segmento de delgado com 5 cm de comprimento, com uma serosa coberta por inductos fibrino-purulentos e uma mucosa pregueada sem alterações. À secção identificavam-se vários divertículos. A microscopia foi compatível com doença diverticular do delgado com diverticulite.

DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez por Sommering em 1794, a diverticulose jejuno-ileal adquirida, é uma doença rara, de diagnóstico difícil e habitualmente tardio, condicionando uma mortalidade que pode chegar aos 40%, quando surgem complicações.

Os divertículos são considerados falsos divertículos ou pseudo-divertículos, uma vez que consistem apenas em herniação da mucosa e submucosa através da camada muscular da parede intestinal, ao nível do bordo mesentérico. Diferem da diverticulose congé-

nita, por não existir agenesia da camada muscular. Têm origem em provável disfunção motora intestinal, por anomalias ao nível do músculo liso e/ou plexo mioentérico. Esta disfunção neuro-muscular leva a contracções musculares lisas descoordenadas no segmento afectado, com aumento da pressão intra-luminal e conseqüente herniação em locais de maior fraqueza da parede, isto é, onde penetram os vasos mesentéricos. São habitualmente múltiplos, por oposição ao Divertículo de Meckel, sendo maiores e mais numerosos, no delgado proximal (jejuno) que no distal. Coexistem frequentemente com divertículos do cólon (em 20-70% dos casos), divertículos do duodeno (em 10-40%) e divertículos de esófago e estômago (em 2%), colocando a hipótese duma etiologia comum. O seu difícil diagnóstico advém do facto de cursar com uma sintomatologia pobre e inespecífica, sendo relativamente silenciosa até ao aparecimento das complicações. As queixas mais frequentes são: dor abdominal intermitente, de intensidade variável, diarreia, obstipação, flatulência, distensão abdominal, confundindo-se facilmente com a síndrome do intestino irritável. Pode estar associada a pneumoperitoneu crónico^[11] e má absorção intestinal (em parte por crescimento bacteriano excessivo no interior dos divertículos^[2,3]), cursando com anemia macrocítica (por deficit de vitamina B12), esteatorreia e dermatoses. As complicações agudas da doença são a diverticulite, os abscessos mesentéricos, a perfuração (“coberta” ou em peritoneu livre), a fistulização, a obstrução intestinal (por aderências, enterolitos, intussuscepção, volvo, estenoses cicatriciais) e a hemorragia. Podem confundir-se com outros quadros abdominais agudos como: apendicite, colecistite, diverticulite cólica, úlcera péptica perfurada, entre outros.

A diverticulose jejuno-ileal é geralmente uma descoberta incidental, como já foi referido, no entanto devemos colocar esta hipótese de diagnóstico nos doentes idosos que apresentem a tríade: dor abdominal intermitente, anemia não explicada e distensão de ansas de delgado nos exames de imagem. Não existem meios complementares de diagnóstico fiáveis, embora a presença dos divertículos possa ser evidenciada nos



trânsitos de delgado ou por endoscopia (por cápsula ou enteroscopia de duplo balão). São, contudo limitados, no que respeita às situações complicadas, podendo a TC, e nomeadamente a entero-TC, ter um papel relevante. Esta técnica pode evidenciar lesões inflamatórias, compatíveis com abscessos, espessamentos da parede intestinal e do mesentério, e ar extra-luminal, levantando a suspeita desta entidade, como no caso apresentado. Nos casos de hemorragia, o diagnóstico pode ser feito por angiografia ou cintigrafia com eritrócitos marcados.

O tratamento da diverticulose jejuno-ileal é essencialmente médico no que respeita à sintomatologia crónica e prevenção das complicações, envolvendo uma alteração dos hábitos dietéticos (dieta pobre em resíduos), suplementação vitamínica, procinéticos, anti-espasmódicos e antibióticos de largo espectro (nos casos de má absorção por crescimento bacteriano excessivo)^[2,7,9]. A diverticulite não complicada é tratada com antibióticos, habitualmente com boa resposta^[2]. Nos casos complicados de abdómen agudo por perfuração ou oclusão intestinal, ou ainda de hemorragia maciça que não responde aos meios de ressuscitação, a terapêutica cirúrgica está indicada. Nos

primeiros, a laparoscopia diagnóstica pode ser um meio de avaliação inicial, evitando, por vezes, laparotomias desnecessárias. A opção terapêutica preferencial é a ressecção do segmento envolvido com anastomose primária. Estão também descritas drenagens percutâneas de coleções intra-abdominais localizadas, sob controlo imagiológico. Na doença diagnosticada incidentalmente numa laparotomia por outro motivo, e que cursa com distensão e hipertrofia de ansas de delgado e divertículos de grandes dimensões, alguns autores defendem a ressecção profiláctica^[5]. Outros autores defendem ainda a ressecção segmentar electiva de divertículos sintomáticos, nos casos em que existem manifestações crónicas^[1].

Em resumo, a diverticulose jejuno-ileal é uma doença rara, cujo diagnóstico continua a ser tardio e a representar um desafio. Não deve ser encarada como um simples achado incidental sem relevância, uma vez que, quando complicada, se associa a uma mortalidade elevada. O tratamento é fundamentalmente médico, colocando-se a indicação cirúrgica nos casos de abdómen agudo por perfuração, oclusão intestinal ou hemorragia maciça. A opção terapêutica preferencial é a excisão do segmento envolvido com anastomose primária.

BIBLIOGRAFIA

1. Kassahun WT, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: a cases report and a review of literature. *World J Gastroenterol* 2007 April 21; 13 (15):2240-2
2. Garcia LJ, Otero J, Santamaría L, Pérez A. Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Esp*, 2005; 77 (6):357-8
3. Rogati, Bosco, Destradis, Ciaccio, Pucciarini, Tristaino. Complicated jejunoileal diverticulosis. A clinical report. *Ann Ital Chir* 1991 May-Jun; 62 (3):261-3
4. Cruz GM, Rodrigues JV, Oliveira AT. Diverticulose jejunoileal adquirida. *Rev Bras colo-proct* 1998 Abr-Jun; 18(2):116-26
5. Longo WE, Vernaza AM. Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. *Diseases of the Colon & Rectum* 1992 April; 35 (4): 381-8
6. Bree E, Grammatikakis J, Christodoulakis M, Tsiftsis D. The clinical significance of acquired jejunoileal diverticula. *Am J Gastroenterol* 1998 Dec; 93 (12): 2523-28
7. Gross SA, Katz S. Small-bowel diverticulosis: An over-looked entity. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 2003; 6(1): 3-11
8. Janus C, Patel G. Radiology Case of the Month – February 2002. *Appl Radiol* 2002; 31 (2): 34-5
9. Huguenin, Tirveillot, Dell'Erba, Fabre, Triboulett, Durand. Acquired jejuna and ileal diverticula (Meckel excluded). *Ann Chir* 1999; 53 (6): 522-6
10. Chow, Babaian, Taubin. Jejunoileal diverticula. *Gastroenterologist* 1997 Mar; 5(1): 78-84
11. Ongena, Simoens, Opdebeek, Willems. Acute pneumoperitoneum without peritonitis. A case report. *Acta Chir Belg* 1997 Jan-Feb; 97 (1): 36-8

