



# Obstrução intestinal por corpo estranho simulando neoplasia colorretal: relato de diverticulite complicada em hospital de referência em abdômen agudo

*Intestinal obstruction by a foreign body simulating colorectal neoplasia: report of complicated diverticulitis in a reference hospital in the acute abdomen, Brazil*

Alberto Henrique de Jesus Brito<sup>1</sup>, Arthur Carvalho Silva<sup>1</sup>, Waleria Gramilich Baratella<sup>1</sup>, Julia Dela Fuente da Fonseca<sup>1</sup>, Pedro Diego Saquetto<sup>1</sup>, Matheus de Backer<sup>1</sup>, Juliana Suarez Wolf<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Cirurgia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

## Correspondência:

alberto\_henrique@hotmail.com

## Direitos autorais:

Copyright © 2023 Alberto Henrique de Jesus Brito, Arthur Carvalho Silva, Waleria Gramilich Baratella, Julia Dela Fuente da Fonseca, Pedro Diego Saquetto, Matheus de Backer, Juliana Suarez Wolf.

## Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Submetido:

11/3/2023

## Aprovado:

5/6/2023

## ISSN:

2446-5410

## RESUMO

**Introdução:** O paciente portador de um abdômen agudo é um dos maiores desafios diagnósticos em serviços de emergência tanto no que tange ao grau de suspeição quanto a urgência em seu tratamento, com uma estimativa de 7-10% dos atendimentos anuais em pronto atendimentos. Dentre as mais diversas causas, didaticamente podemos dividir segundo 4 grandes áreas, inflamatórias, obstrutivas, isquêmicas, infecciosas, ou, um misto delas, dificultando sua pesquisa. **Relato do caso:** Este relato de caso tem como finalidade trazer à luz os diagnósticos diferenciais para abdômen agudo inflamatório/obstrutivo, a diverticulite aguda, morbidade frequente em pacientes acima dos 50 anos, e, que pode esconder uma neoplasia colorretal subjacente. Na análise do caso são discutidos fatores de risco, a fisiopatologia, o diagnóstico, a classificação e o tratamento que são cada vez mais bem definidos e que, na suspeição, auxiliam no manejo precoce e desfecho favorável.

**Palavras-chave:** Diverticulite; doença diverticular do cólon; abdômen agudo; obstrução intestinal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The patient with an acute abdomen is one of the biggest diagnostic challenges in emergency services, both in terms of the degree of suspicion and the urgency of their treatment, with an estimate of 7-10% of annual visits to emergency departments. Among the most diverse causes, didactically we can divide according to 4 major areas, inflammatory, obstructive, ischemic, infectious, or a mix of them, making research difficult. **Case report:** This case report aims to shed light on the differential diagnoses for acute inflammatory/obstructive abdomen, acute diverticulitis, frequent morbidity in patients over 50 years of age, and which may hide an underlying colorectal neoplasia. In the case analysis, risk factors, pathophysiology, diagnosis, classification and treatment are discussed, which are increasingly well defined and which, in case of suspicion, help in early management and favorable outcome.

**Keywords:** Diverticulitis; diverticular disease of the colon; acute abdomen; intestinal obstruction.

## INTRODUÇÃO

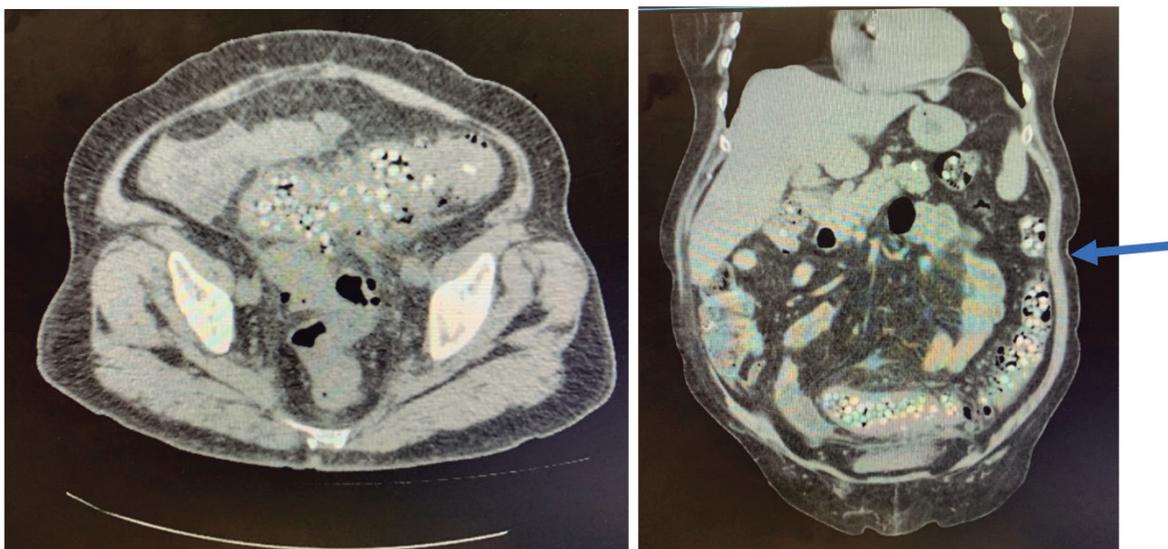
O paciente portador de um abdômen agudo é um dos maiores desafios diagnósticos em serviços de emergência tanto no que tange ao grau de suspeição quanto a urgência em seu tratamento, com uma estimativa de 7-10% dos atendimentos anuais em pronto atendimentos. Dentre as mais diversas causas, didaticamente podemos dividir segundo quatro grandes áreas, inflamatórias, obstrutivas, isquêmicas, infecciosas, ou, um misto delas, dificultando sua pesquisa<sup>1</sup>. Este relato de caso tem como finalidade trazer à luz os diagnósticos diferenciais para abdômen agudo inflamatório/obstrutivo, a diverticulite aguda, morbidade frequente em pacientes acima dos 50 anos<sup>2</sup>, e, que pode esconder uma neoplasia colorretal subjacente. Na análise do caso são discutidos fatores de risco, a fisiopatologia, o diagnóstico, a classificação e o tratamento que são cada vez mais bem definidos e que, na suspeição, auxiliam no manejo precoce e desfecho favorável.

## RELATO DE CASO

Paciente L.G.S. feminina, 73 anos, portadora de diabetes mellito tipo-2 e hipertensão arterial, foi admitida em pronto socorro (PS) com dor abdominal difusa associada a constipação há 10 dias, precedida de diarreia pastosa com muco e raias de

sangue, náuseas e vômitos, sem febre, perda ponderal ou outros sintomas constitucionais. Previamente ao aparecimento do quadro refere ingesta em grande quantidade de jabuticaba. Procurou por atendimento em pronto atendimento, onde foram realizadas medidas laxativas, sem sucesso na resolução, permanecendo com quadro de dor abdominal, queda do estado geral e sintomas de abdômen agudo obstrutivo.

À admissão no PS, apresentava estado geral regular, desidratada, taquicárdica, abdômen distendido, hipertimpânico, doloroso a palpação no hipogastro e fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos reduzidos e, sem sinais de peritonite. Toque retal sem lesões palpáveis, ampola retal vazia e sem fezes ou sangramento em dedo de luva. No hemograma mostrava: Hemoglobina 10,3 g/dL e, 13370 leucócitos sem desvio. No sangue apresentava – sódio 131 mmol/L, potássio 3.1mmol/L, PCR 220, pH 7,29, Bicarbonato 16 mmol/L, lactato 2,2, creatinina 0,8mg/dL, CEA 1,7. As radiografias de abdômen agudo (Postero-Anterior e Ortostase) mostravam distensão gasosa no intestino delgado e colóns, sem pneumoperitônio. A tomografia de abdômen mostrava espessamento de parede e estreitamento luminal no cólon descendente, grande distensão a montante em todo cólon, associado a diversas imagens ovulares ocupando todo cólon transverso e descendente, presença provável de caroços de jabuticaba (Figura 1).



**FIGURA 1.** Tomografia do cólon esquerdo e retossigmóide em destaque: seta destacando o importante estreitamento luminal do cólon esquerdo. Fonte: Os autores.

Devido ao quadro obstrutivo foi realizada colectomia esquerda oncológica durante intraoperatório: espessamento no cólon descendente, sem evidências de perfurações, coleções ou lesão transmural, associado a processo desmoplásico com aderências firmes entre bexiga- cólon- parede abdominal (Figura 2). Optou-se por anastomose cólon retal manual em dois planos<sup>2</sup>. A paciente manteve-se estável durante o ato cirúrgico, apresentando margens seguras, com bom aspecto para anastomose primária. Sem evidências de lesões hepáticas, outros segmentos colônicos ou implantes peritoneais. A paciente evoluiu bem, aceitando dieta e com anastomose pérvia para flatos e fezes, tendo alta no 5º dia pós-operatório.

No segmento ambulatorial, o resultado do laudo histopatológico indicou presença de diverticulite com acentuada inflamação transmural, edema e congestão vascular, tendo oito linfonodos com estado reativo simples.

## DISCUSSÃO

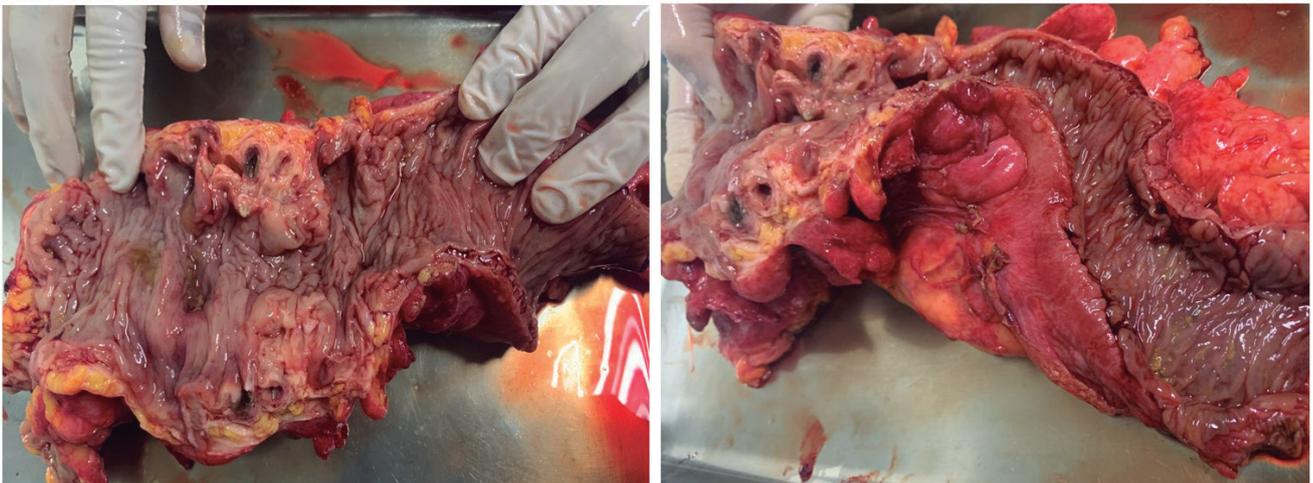
A doença diverticular dos cólons está presente em cerca de 45% da população acima dos 50 anos de idade, com prevalência no sexo feminino após essa idade<sup>2</sup>, podendo chegar a 80% após os 80 anos. Ela é definida como uma protusão sacular da mucosa através da parede muscular do cólon, em áreas de maior fragilidade parietal, onde os vasos sanguíneos

podem penetrar. São conhecidos como pseudodivertículos pelo fato de conterem apenas mucosa e submucosa recobertas por serosa<sup>3</sup>.

A presença de divertículos no cólon é chamada de diverticulose, grande parte assintomática (75%) sendo mais comum no cólon esquerdo na transição para o sigmóide (95%), justamente pelo fato dos vasos retos ao penetrarem ao longo da circunferência dos cólons deixarem esses locais mais frágeis, associado ao menor calibre nesse segmento, sendo exposto a maiores pressões. Dentre os fatores que podem levar ao seu surgimento temos<sup>3</sup> idade avançada, sexo feminino (após os 50 anos), constipação crônica, baixa ingestão de fibras, tabagismo, etilismo, elevado consumo de carnes vermelhas, obesidade.

O processo de erosão da parede diverticular, inflamação, necrose do segmento com micro ou macro perfuração é chamado de diverticulite<sup>3</sup>. Esse quadro é caracterizado por dor abdominal recorrente, predominantemente em quadrante esquerdo- fossa ilíaca esquerda, náuseas, vômitos, constipação e/ou diarreia, febre, prostração, massa palpável e em casos mais graves, sepse e sinais de peritonite franca<sup>4</sup>.

Dentre os diagnósticos diferenciais para abdômen agudo inflamatório, perfurativo ou obstrutivo nos pacientes idosos podemos encontrar colite ou enterite da doença inflamatória intestinal, doença de chron, neoplasia colorretal, colite isquêmica, apendicite epiploica, e nas mulheres, afecções ginecológicas<sup>4,6</sup>.



**FIGURA 2.** Peça cirúrgica após colectomia esquerda – espessamento da parede do cólon descendente, com estreitamento da luz intestinal, assemelhando-se a um processo neoplásico local. Fonte: Os autores.

Associado ao quadro clínico e exame físico minucioso, a tomografia de abdômen total com contraste endovenoso é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico e realizar a classificação da diverticulite em não complicada e complicada (classificação de Hinchey)<sup>4,6</sup>.

O tratamento será realizado de acordo com a classificação do quadro clínico, nos casos leves, sem complicações (Hinchey I e II), tratamento ambulatorial com mudança dietética (jejum ou dieta líquida pobre em resíduos), analgesia, antibioticoterapia oral e reavaliação em 48-72 horas podem ser suficientes. Já nos processos inflamatórios nos quais não houve melhora com tratamento conservador ou que evoluíram com complicações (Hinchey III ou IV) como abscessos volumosos (>4 cm), obstruções intestinais, hemorragias, perfurações e/ou fístulas abdominais, o tratamento hospitalar é mandatório, compreendendo jejum, via alimentar alternativa, antibioticoterapia endovenosa, drenagem guiada por tomografia ou cirurgias por videolaparoscopia ou laparotomia, necessitando linhas de tratamento especificadas e individualizadas<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

O caso apresentado traz uma complicação menos frequente nos processos de diverticulite aguda, a obstrução intestinal (menos de 10% na literatura), tendo elevado a suspeita da equipe assistente para uma possível causa neoplásica: paciente idosa com quadro agudo obstrutivo, dor abdominal recorrente e sangramento retal, com exames de imagem apresentando espessamento de parede intestinal e afilamento de sua luz - (adenocarcinoma de cólon esquerdo/ transição retossigmoide)<sup>5,6</sup>. Este quadro também pode vir acompanhado de febre, prostração, dor abdominal, leucocitose e provas de atividade inflamatória elevadas.

Após o quadro agudo é consenso na literatura que os pacientes com diverticulite aguda sejam posteriormente submetidos a colonoscopia de intervalo, principalmente nos casos de diverticulite complicada, devido ao maior risco (5-7,5%) de neoplasia colorretal subjacente<sup>5,6</sup>, devendo ser realizada 6-8 semanas após sua resolução.

## REFERÊNCIAS

1. Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen. [Atualizado em 11 de julho de 2022]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>
2. Francis NK et al. EAES and SAGES 2018 consensus conference on acute diverticulitis management: evidence-based recommendations for clinical practice. *Surg Endosc.* 2019 Sep;33(9):2726-2741. doi: 10.1007/s00464-019-06882-z. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31250244; PMCID: PMC6684540. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6684540>
3. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis JH. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Doença Diverticular. 2007. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/diverticular-disease-portuguese-2007.pdf>.
4. Araújo SEA, Oliveira Jr O, Moreira JPT, Habr-Gama A, Furtado JJD, Cerski CTS, Kliemann LM, Caserta NMG. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Diverticulite: Diagnóstico e Tratamento. 2008. Disponível em: [https://amb.org.br/files/\\_BibliotecaAntiga/diverticulite-diagnostico-e-tratamento.pdf](https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/diverticulite-diagnostico-e-tratamento.pdf)
5. Koo CH et al. M.B.B.S. (Singapore), M.R.C.S. (Edin), M.Med. (Surg); Chang, Jasmine H.E. M.B.B.S. (Singapore), M.R.C.S. (Edin); Syn, Nicholas L.2; Wee, Ian J.Y.2; Mathew, Ronnie M.B.B.S., M.R.C.S. (Ed), M.R.C.S. (Glasg), M.D., F.R.C.S.Ed.1. Systematic Review and Meta-analysis on Colorectal Cancer Findings on Colonic Evaluation After CT-Confirmed Acute Diverticulitis. *Diseases of the Colon & Rectum* 63(5):p 701-709, May 2020. | DOI: 10.1097/DCR.0000000000001664. Disponível em: [https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2020/05000/Systematic\\_Review\\_and\\_Meta\\_analysis\\_on\\_Colorectal.19.aspx](https://journals.lww.com/dcrjournal/Abstract/2020/05000/Systematic_Review_and_Meta_analysis_on_Colorectal.19.aspx)
6. Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World J Gastroenterol.* 2021 Mar 7;27(9):760-781. doi: 10.3748/wjg.v27.i9.760. PMID: 33727769; PMCID: PMC7941864. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941864/>.

## DECLARAÇÕES

### Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a redação, metodologia, coleta de dados, pesquisa, revisão e edição final deste artigo.

### Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

### Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

**Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais**

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

**Editores responsáveis**

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Tania Reuter, José Geraldo Mill.

**Endereço para correspondência**

Av. Mal. Campos, 1355, Santos Dumont, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29041-295.