

## DIVERTÍCULO CECAL

José de Ribamar Saboia de Azevedo<sup>1</sup>  
Marcio Abreu Rodrigues da Cunha<sup>2</sup>  
Astério Pinto do Monte Filho<sup>3</sup>  
Alexandre Miranda Duarte<sup>3</sup>  
Luiz Alfredo Vieira D'Almeida<sup>4</sup>  
Fernando Barroso Filho<sup>5</sup>

### RESUMO

*Os autores estudam a doença diverticular do cólon e discutem os problemas quanto a sua classificação, patologia, quadro clínico e tratamento.*

*Apresentam dois casos de diverticulite cecal em que foi necessária a realização de hemicolecotomia direita, pois havia intenso comprometimento da região ileocecal.*

*Considerando que em ambos os casos apresentados o divertículo era do tipo falso, os autores questionam a necessidade de uma nova classificação para a patologia.*

**UNITERMOS:** divertículo cecal, diverticulite

dente 80%, sigmóide e outros locais do cólon 95%, cólon transverso 10%, cólon ascendente 4%, reto 4% e ceco 2%<sup>9</sup>.

Este trabalho tem a finalidade de apresentar dois casos em que o quadro clínico foi compatível com o diagnóstico de apendicite aguda, durante a cirurgia foram interpretados como tumor de ceco ou inflamação aguda em divertículo isolado de ceco e que, após o exame histopatológico foram classificados como doença diverticular difusa com um divertículo localizado no ceco inflamado (Caso 1) e divertículo isolado do ceco, do tipo falso, com diverticulite e perfuração (Caso 2).

Ressalta, com destaque, que o divertículo isolado do ceco (divertículo verdadeiro) é condição muito rara, sendo, portanto, a maioria dos casos tidos como tal, classificados erradamente.

Os divertículos de cólon, embora conhecidos desde 1700, só foram descritos no fim do século passado, relacionados a fístulas vesicossigmoidianas consecutivas a diverticulite<sup>8</sup>.

A partir de então uma grande variedade de trabalhos científicos foi publicada sobre o assunto, elucidando seus aspectos clínicos, anatomopatológicos, radiológicos e terapêuticos.

Atualmente, através da literatura, é possível observar que os divertículos de cólon ocorrem em cerca de 20% a 30% dos indivíduos com mais de 40 anos e em cerca de 66% dos acima de 70 anos. É possível também, pelos mesmos estudos, identificar os locais de predileção da patologia: sigmóide 50% dos casos, sigmóide e cólon descen-

#### Trabalho realizado no Hospital das Clínicas IV Centenário

- 1 Professor Adjunto de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Chefe de Cirurgia Geral Hosp. das Clínicas 4º Centenário
  - 2 Professor-Adjunto de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
  - 3 Mestrando de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
  - 4 Residente de Cirurgia do Hospital Geral de Bonsucesso – INAMPS
  - 5 Interno de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Estes são na realidade pertencentes a forma de doença diverticular difusa (divertículos falsos) com um divertículo inflamado localizado no ceco.

### Apresentação dos casos

**Caso 1** – SNR, sexo feminino, 32 anos, casada, natural do Rio de Janeiro, referia início da doença há três dias com dor abdominal do tipo cólica, difusa, mais intensa em região epigástrica, que melhorou relativamente com o uso de medicação analgésica.

Dois dias após, houve reaparecimento da sintomatologia, tornando-se a dor mais intensa e localizada em fossa ilíaca direita, o que dificultava a deambulação. Nesta ocasião foi notada também febre de 38°C.

Ao exame físico, encontrou-se como alterações, um abdome pouco distendido, doloroso à palpação superficial e profunda, com massa do tipo plastrão palpável em fossa ilíaca direita. Não havia sinal de irritação do psoas.

Os exames laboratoriais revelaram uma contagem de 11.800 leucócitos, sendo 77% segmentados e um discreto aumento da flora urinária.

Com estes dados a paciente foi internada no Hospital das Clínicas IV Centenário com diagnóstico de apendicite aguda e submetida à cirurgia.

Após uma incisão de Davis, foi observada, ao inventário da cavidade, uma volumosa tumoração no ceco, junto a válvula ileocecal, de consistência endurecida, avermelhada e recoberta por fibrina. O apêndice era de aspecto normal.

Na presença deste achado, foi ampliada a incisão para melhor avaliação da tumoração, mas não foi possível afastar nossas dúvidas quanto à malignidade da lesão.

Assim, em vista de nossos achados, e da paciente encontrar-se em condições satisfatórias, optamos por realizar uma ileocolectomia direita.

O trânsito foi restabelecido através de uma ileotransversostomia término-terminal em plano único, e em seguida realizamos exaustiva lavagem da cavidade abdominal.

O exame histopatológico da peça ressecada demonstrou um divertículo de ceco do tipo falso com diverticulite intensa, além de dois outros em cólon ascendente. Não havia sinais que indicassem qualquer processo maligno (Figs. 1 e 2).

A paciente teve boa evolução pós-operatória, tendo alta hospitalar oito dias após a cirurgia.

**Caso 2** – MACV, sexo feminino, 63 anos, casada, natural do Rio de Janeiro, queixava-se de dor abdominal há cinco dias, que iniciou-se em epigástrio e posteriormente irradiou-se para fossa

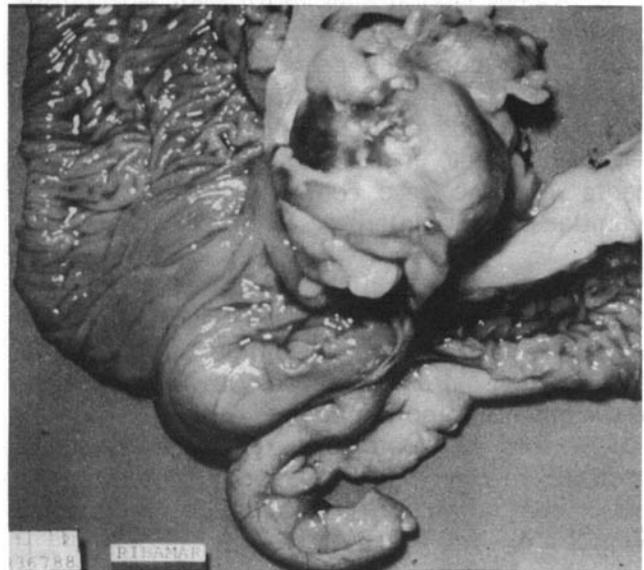


Fig. 1 – Peça de ileocolectomia direita mostrando divertículo cecal recoberto por epíploon.

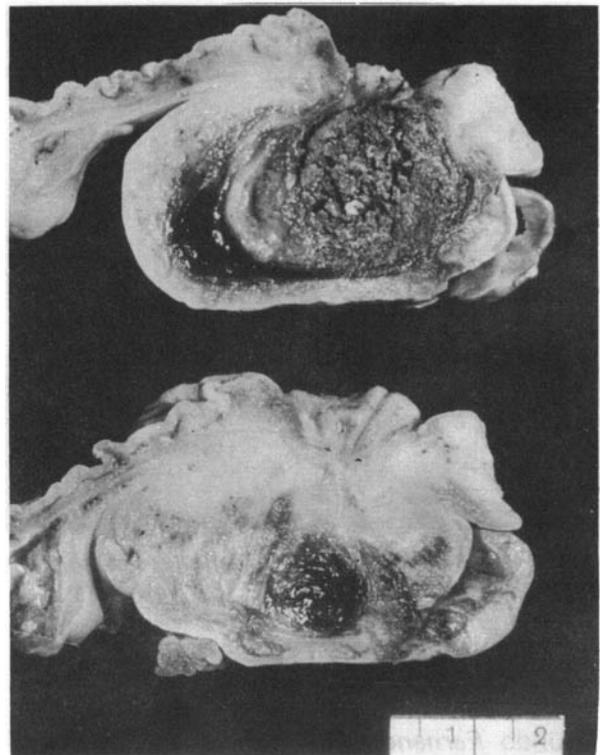


Fig. 2 – Corte transversal de divertículo cecal com fecalito em seu interior.

ilíaca direita, tornando-se mais intensa e acompanhada de febre e calafrios.

Ao exame físico, eram nítidos os sinais de irritação peritoneal, com reação de defesa em fossa ilíaca direita, e, ao toque vaginal notava-se um abaulamento extremamente doloroso em fundo de saco vaginal direito.

Os exames laboratoriais mostravam leucocitose moderada com desvio para a esquerda.

Com esta clínica, a paciente foi submetida a cirurgia, sendo encontrado, ao inventário da cavidade, um grande plastrão inflamatório na região ileocecal e uma área necrótica de aproximadamente 4 cm no ceco com uma perfuração bem delimitada. Havia intensa peritonite localizada na região.

Assim, na impossibilidade de precisar com segurança a natureza da lesão, decidimos pela realização de uma hemicolectomia direita, sendo restabelecido o trânsito através de uma ileotransversostomia término-terminal.

O exame histopatológico da peça ressecada mostrou um divertículo isolado do ceco, do tipo falso, com diverticulite intensa e perfuração (Figs. 3 e 4).

O pós-operatório evoluiu sem anormalidades e a paciente teve alta hospitalar 10 dias após a cirurgia.

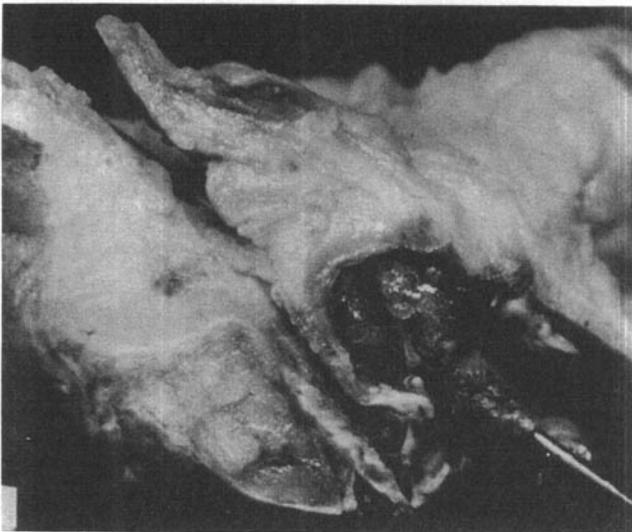


Fig. 3 – Corte sagital do ceco mostrando estilete no trajeto da perfuração do divertículo.

## COMENTÁRIOS

Segundo *Fernando Paulino*<sup>5</sup>, a doença diverticular do cólon pode se apresentar sob três formas: 1) Diverticulose Cólica Difusa; 2) Doença Diverticular do Sigmóide; 3) Divertículo Isolado do Ceco.

Os dois primeiros tipos apresentam divertículos do tipo falso ou pseudodivertículos, assim chamados por possuírem somente as camadas mucosa e submucosa herniadas através da camada muscular circular, em locais correspondentes aos ramos vasculares penetrantes.



Fig. 4 – Histopatologia de divertículo cecal do tipo falso, mostrando a mucosa colônica parcialmente destruída e invaginada através da camada muscular, e acentuado infiltrado inflamatório que alcança o tecido pericólico.

Sua origem é considerada como adquirida, uma vez que ocorrem mais freqüentemente em indivíduos idosos, e tem como fatores predisponentes a constipação crônica, a degeneração tissular própria da idade, a obesidade e a dieta pobre em resíduos<sup>9</sup>.

Entretanto, há diversas diferenças entre estas duas formas de doença diverticular. Na diverticulose cólica difusa, os divertículos são arredondados, de colo largo, distribuídos em todo o cólon e a parede intestinal permanece delgada, por não haver regime de hipertensão intracólica. Nestes casos as principais complicações são a hemorragia e a perfuração, mesmo na ausência completa de diverticulite<sup>8</sup>.

Por outro lado, na doença diverticular do sigmóide, os divertículos apresentam um colo longo e estreito, e a camada muscular do sigmóide apresenta-se espessada, embora, histologicamente, não se encontrem indícios de hiperplasia nem de hipertrofia. Nestes divertículos, devido ao calibre de seu colo, há retenção de fezes que, após endurecidas, contribuem para ulceração da mucosa e desenvolvimento de diverticulite, com conseqüente abscesso pericólico, fístulas sigmóides para órgãos vizinhos e obstrução intestinal<sup>8</sup>. O divertículo isolado do ceco é uma patologia extremamente rara, e se apresenta sob a forma de um divertículo verdadeiro, pois todas as camadas da parede intestinal estão herniadas.

Por serem estes divertículos do tipo verdadeiro e por ocorrerem em indivíduos mais jovens, a maioria dos autores admite sua origem congênita. A teoria mais aceita para o seu aparecimento é a

de que ele se origine de irregularidades no processo de vacuolização do endoderma cecal, durante a embriogênese<sup>1</sup>.

As manifestações clínicas da diverticulite cecal são essencialmente idênticas às da apendicite aguda, sendo este o diagnóstico pré-operatório em 80% dos casos<sup>10</sup>. Em cerca de 5% dos casos o diagnóstico é de tumor<sup>9</sup>. É importante notar entretanto que os sintomas de náuseas e vômitos são relativamente raros na diverticulite cecal, enquanto que bem freqüentes na apendicite aguda<sup>7</sup>.

A conduta cirúrgica na diverticulite cecal dependerá dos achados cirúrgicos e da experiência do cirurgião. Entretanto, é de consenso geral que esta deve ser a mais conservadora possível, visando reduzir a taxa de mortalidade e as complicações pós-operatórias<sup>3</sup>.

Assim, se após aberta a cavidade peritoneal for encontrado um processo inflamatório limitado ao divertículo, deve ser realizada a diverticulectomia simples. Nos casos em que o divertículo encontra-se roto com abscesso localizado, realiza-se somente a drenagem local e, posteriormente, se necessário, a diverticulectomia eletiva pois, em alguns casos, o enema baritado pós-operatório mostra a cura completa da patologia após simples drenagem<sup>2, 3</sup>.

Se o processo inflamatório atinge a parede cecal, estará indicada a diverticulectomia com ressecção do ceco adjacente comprometido e fechamento primário em tecido são. Entretanto, se o comprometimento cecal é extenso, como no caso apresentado, atingindo também a válvula ileocecal, deverá ser realizada a ressecção do íleo terminal e do ceco com anastomose ileocólica no ascendente.

Nos casos mais adiantados onde uma peritonite franca se faz presente, a conduta mais racional é a ileocelectomia ascendente com ileostomia cutânea e criação de fístula mucosa de cólon transversal, uma vez que, nestes casos, o risco de deiscência de sutura de uma anastomose primária é muito grande e suas conseqüências catastróficas<sup>3</sup>.

Os únicos casos em que está indicada uma conduta mais radical, são aqueles em que se encontra uma grande massa na região ileocecal sugestiva de malignidade e cujo diagnóstico histopatológico per-operatório é impossível, qualquer que seja o motivo. Nesta ocasião, a conduta mais adequada será a hemicolectomia direita, se o paciente se encontra em condições satisfatórias. Deve-se ter em mente que a melhor oportunidade de tratar um carcinoma cecal é através de sua ressecção na primeira cirurgia<sup>4, 6, 9</sup>.

O caso n.º 1 aqui apresentado, teve como uma das hipóteses diagnósticas, durante o ato cirúrgico, o divertículo isolado do ceco, uma vez que havia clínica semelhante à apendicite aguda, sem náuseas ou vômitos, a paciente era jovem e o achado cirúrgico foi de uma massa em fossa ilíaca direita comprometendo a região ileocecal. Entretanto, devido a presença do tumor, não nos foi possível identificar com precisão a patologia básica, restando-nos sérias dúvidas quanto a uma lesão neoplásica perfurada. Assim nossa alternativa foi a ileocelectomia ascendente.

Após o exame histopatológico da peça ressecada, diagnosticando divertículo do tipo falso do ceco com diverticulite e associado a outros do cólon ascendente, tornou-se evidente tratar-se de uma diverticulose cólica difusa, embora nestes casos as complicações mais freqüentes sejam a hemorragia e a perfuração, e não a diverticulite.

O caso n.º 2 teve também como diagnóstico pré-operatório a apendicite aguda, mas os achados cirúrgicos tornaram mais provável a presença de um carcinoma cecal ou um divertículo cecal perfurado.

Neste caso, mais uma vez, foi necessária uma conduta mais radical devido à imprecisão diagnóstica e ao intenso comprometimento da região ileocecal.

O diagnóstico histopatológico da peça ressecada, entretanto, pode demonstrar com clareza um divertículo isolado de ceco, do tipo falso, o que contraria a afirmação de alguns autores de que um divertículo isolado nesta topografia deveria ser do tipo verdadeiro por sua origem congênita<sup>1</sup>.

Aliás, o freqüente e o habitual, segundo *Anadil Roselli*<sup>8</sup>, é que os divertículos de ceco estejam relacionados a condição de falsos e não de verdadeiros. O reconhecimento deste fato é importante, pois certamente é mais um ponto da história natural da doença diverticular que será melhor compreendido, permitindo assim a melhor interpretação da evolução clínica dos pacientes e adequação da terapêutica cirúrgica. Pelo menos seria o caso de considerar se não seria o momento de rever esta classificação?

*Cecal diverticulum*

## SUMMARY

*The authors present a study about the diverticular disease of the colon and show the factors related to the classification, pathology, diagnosis and treatment.*

*They report two cases of cecal diverticulitis that were operated on with diagnosis of acute appendicitis. In both cases, it was made a right hemicolectomy because the ileocecal region was intensively affected.*

*Considering that in the two cases the cecal diverticulum was incomplete, the authors discuss the necessity of a new classification to this pathology.*

UNITERMS: cecal diverticulum.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EVANS A — Developmental enterogenous cysts and diverticula. Brit J Surg, 17: 34, 1929.
2. GOLIGHER JC — Cirugía del ano, reto y colon. 1ª ed., Barcelona, Salvat Ed., S/A, 1982.
3. LAMPIER TA — Cecal diverticulitis with abscess formation. A plea for conservation. Amer J Proct Gast Col Retal Surg, 32(9): 20, 1981.
4. MIANGOLARRA CJ — Diverticulitis of the right colon: an important surgical problem. Ann Surg, 153, 1961.
5. PAULINO F, ROSELLI A & MARTINS U — Pathology of diverticular disease of colon. Surgery, 69(1): 63, 1971.
6. PIERCE W, ROSATO FE & ROSATO EF — Diverticulitis of the ileocecal region: diagnosis and management. Amer Surg, 37(7): 408, 1971.
7. REID MR, POER HD & MERREL P — Statistical study of 2,921 cases of appendicitis. JAMA, 106: 665, 1936.
8. ROSELLI A, MARTINS U & PAULINO F — Doença diverticular cólica. Arq Gastront, 3(1): 7, 1966.
9. SCHWARTZ SI — Princípios de cirurgia 3ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, V. 2, p. 1.292, 1981.
10. WAGNER DE & ZOLLINGER RW — Diverticulitis of the cecum and ascending colon. Arch Surg, 83: 124, 1961.