

Divertículo gigante do cólon: uma doença rara com localização atípica

Giant colonic diverticulum, a rare disease with atypical localization

CARLOS KUPSKI¹, ARI BEN-HUR STEFANI LEÃO², MARGARITA PINHEIRO RODRIGUES³, GABRIEL STEFANI LEÃO⁴

RESUMO

O divertículo gigante do cólon é uma rara patologia com menos de 150 casos descritos na literatura inglesa, sendo a primeira referência feita pelos franceses Bonvin e Bonte em 1946. Em 90% dos casos, esta patologia localiza-se no cólon sigmoide e a sua apresentação pode variar desde a forma assintomática até o abdômen agudo. O caso descrito ocorreu em um paciente masculino, com 55 anos, e apresentou-se insidiosamente, com quadro clínico infeccioso e diagnóstico realizado por ressonância nuclear magnética e enema opaco. A localização do divertículo é atípica no cólon transverso, e o tratamento realizado foi cirúrgico com diverticulectomia, apresentando pós-operatório sem complicações.

Unitermos: Divertículo Gigante do Cólon, Divertículo de Cólon, Diverticulite, Doença Diverticular do Cólon.

SUMMARY

Giant colonic diverticulum is a rare disease with fewer than 150 cases reported in English literature, the first reference made by the French Bonvin and Bonte in 1946. In 90% of cases the pathology is located in the sigmoid colon and the presentation of this disease can vary from asymptomatic to the acute abdomen. The case described occurred in a male patient aged 55 years and presented insidiously with clinical infection and diagnosis by MRI and barium enema. The location of diverticulum is atypical in the

transverse colon, and the patient was treated with surgical diverticulectomy, with no postoperative complications.

Keywords: Giant Diverticulum of the Colon, Colonic Diverticula, Diverticulitis, Diverticular Disease of the Colon.

INTRODUÇÃO

O divertículo gigante do cólon (DGC) é uma complicação rara de uma doença comum, a doença diverticular do cólon. Este apresenta menos de 160 casos descritos na literatura inglesa¹. Primeiramente foi diagnosticado por Bonvin e Bonte em 1946^{1,2,3}. Afeta homens e mulheres igualmente, a faixa etária de maior incidência é entre 35 e 90 anos (média de 65 anos), e sua localização mais comum é no cólon sigmoide (90%)^{1,4}, mas podem se localizar no ceco, cólon ascendente, transverso ou cólon descendente².

A sua apresentação clínica pode variar desde assintomática até o abdômen agudo. O diagnóstico desta entidade requer alto grau de suspeita clínica, devendo ser realizado o diagnóstico diferencial com volvo de sigmoide, volvo cecal, cisto de duplicação intestinal, pneumatose cística intestinal e divertículo de Meckel².

Os exames de imagem como raios-X simples de abdômen, tomografia computadorizada, ressonância magnética e enema opaco são de grande valor diagnóstico, enquanto a colonoscopia não apresenta benefício na investigação desta doença¹. O tratamento cirúrgico é o de escolha devido ao grande potencial de complicações que esta patologia apresenta.

1. Professor Doutor Chefe do Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). **2.** Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). **3.** Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). **4.** Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). **Endereço para correspondência:** Ari Ben-Hur Stefani Leão-Travessa Vileta 230 – apto. 404, Jardim Botânico, Porto Alegre – RS – CEP 90690-150 – Tel. (55) 51 9994-6511 – e-mail: absleao@hotmail.com. **Recebido em:** 12/04/2010. **Aprovação em:** 22/06/2010.

RELATO DO CASO

O paciente masculino, com 55 anos, procura o atendimento médico com queixa de dor abdominal há quatro dias, localizada em região lombar à esquerda e com irradiação para a fossa ilíaca homolateral, relatou sensação febril, porém não aferiu a temperatura. O paciente era previamente hígido e não apresentava outras queixas.

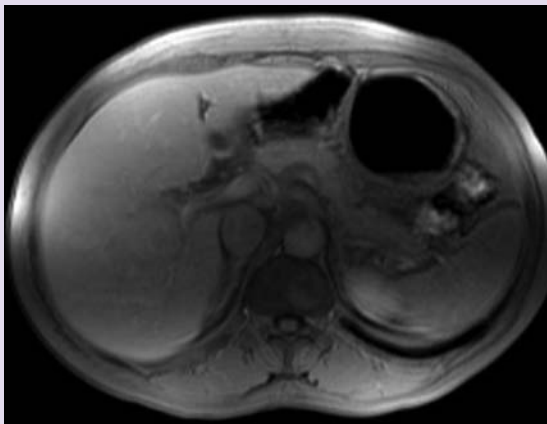
Ao exame físico, apresentava-se afebril e com sinais vitais estáveis, ausculta cardiológica e pulmonar sem alterações e ao exame físico abdominal apresentava discreta dor difusa em abdômen superior, sem viceromegalias ou massas palpáveis, não apresentando dor à manobra de punho-percussão lombar.

Nas provas bioquímicas apresentava leucocitose 18.300p/uL com 67% de segmentados e 16% de bastonados. Ao exame qualitativo de urina apresentavam-se com 10 leucócitos/campo e 30 hemácias /campo. As provas de função e perfil hepático e creatinina sérica apresentavam-se dentro dos limites da normalidade.

Inicialmente foi solicitada uma ecografia abdominal total a qual não apresentava alterações; em seguida, foi realizada uma ressonância de abdômen (Figura 1), a qual demonstrou uma cavidade cística, com pequeno nível hidroaéreo, com 7,5 x 6,8 x 6,7 cm de diâmetro, localizada anteriormente ao pâncreas, lateralmente ao corpo gástrico e anteriormente ao baço e com paredes espessadas.

Diante da probabilidade de se tratar de um divertículo gigante do cólon foi realizado um enema com bário (Figura 2), o qual demonstrou uma grande cavidade cística que se comunicava com o cólon transverso, apresentando resíduo fecal no seu interior e não demonstrou doença diverticular difusa no cólon.

Figura 1



Ressonância de abdômen, demonstrando cisto de paredes espessadas e pequeno nível líquido.

Diante das evidências fez-se o diagnóstico de DGC, complicado por infecção. O tratamento proposto foi antibioticoterapia endovenosa e, após melhora sintomática, diverticulectomia videolaparoscópica visto que não havia acometimento do cólon adjacente à lesão.

O paciente não apresentou complicações e teve alta hospitalar em três dias após o procedimento. Na análise anatomopatológica, o exame evidenciou peça com 7,8x6,5x3,0 cm de diâmetro de aspecto fibrosado, com úlcera, inflamação crônica e granuloma do tipo corpo estranho, e parcialmente recoberto por epitélio respiratório heterotrópico e por epitélio plano metaplásico.

DISCUSSÃO

A doença diverticular do cólon é uma patologia extremamente comum nos países ocidentais, com prevalência variando entre 12% a 49% nos estudos mais recentes⁶ e sua incidência claramente aumenta com a idade, visto que ocorre em menos de 10% dos jovens até 40 anos e está presente em cerca de 50% a 66% dos indivíduos com 80 anos ou mais⁷. A redução da ingestão de fibras na dieta ocidental é apontada como um dos mecanismos mais importantes no aumento da incidência desta patologia.

O divertículo gigante do cólon é definido como um divertículo com mais de 4 cm de diâmetro^{1,3}, sendo uma rara complicação da doença diverticular do cólon e que pode apresentar um curso clínico variável. Em geral, são descritas quatro formas de apresentação desta patologia:

1. A forma aguda ocorre em cerca de 30% a 35% dos casos, sendo a dor abdominal o sintoma mais comum, podendo apresentar-se com febre, náuseas e vômitos, irritação peritoneal, distúrbios intestinais e sangramento retal e outros sintomas que sugiram diverticulite aguda².

Figura 2



Enema com bário demonstrando a cavidade cística preenchida por ar, com nível líquido, e comunicando-se com o cólon transverso.

2. Apresentação crônica ocorre em 30% a 35% dos casos e cursa com sintomas insidiosos e intermitentes, como desconforto abdominal vago, que podem perdurar por anos².
3. Apresentação complicada em 15% a 35% dos casos, sendo a complicação mais comum a peritonite secundária à perfuração, outras complicações como formação de abscesso, volvo, obstrução intestinal, isquemia e carcinoma são mais raras².
4. Casos assintomáticos representam cerca de 10% do total, com a massa abdominal sendo descoberta ao acaso, seja pelo exame físico ou por exames de imagem².

Os mecanismos pelos quais se formam os DGC não são bem compreendidos. Desta maneira, para tentar uma melhor compreensão desta patologia, se formularam várias teorias que tentam explicar os diversos padrões histológicos⁸, classificando-os em:

1. Pseudo-divertículos: É a forma mais frequente e representa 90% dos casos. Sua parede é formada pelas camadas mucosa e submucosa que saem através da camada muscular em uma área de debilidade. Trata-se de um divertículo comum que aumenta progressivamente de tamanho secundário à infecção e posterior inflamação do cólon. O crescimento do divertículo poderia explicar-se por mecanismo valvular unidirecional e pela infecção por germes anaeróbios⁸.
2. Inflamatórios: Secundários à perfuração da serosa e à formação de um abscesso por fora da parede colônica, que aumenta progressivamente de tamanho sendo a parede deste divertículo formada por tecido fibroso⁸.
3. Divertículo verdadeiro ou congênito: Onde a parede do divertículo contém todas as camadas da parede do cólon, correspondendo a uma pequena porcentagem dos divertículos⁸. É usualmente uma patologia pediátrica. Em seu interior pode haver a presença de tecido heterotrópico como, por exemplo, o urotélio⁵.

Os exames radiológicos são de suma importância no diagnóstico desta doença. O raio-X simples de abdômen revela um cisto radiolucido preenchido por ar (sinal do balão)^{2,9}. O enema com bário demonstra uma comunicação do divertículo com o cólon em cerca de 60% dos casos e associação com doença diverticular do cólon em 85% das vezes¹. A tomografia computadorizada de abdômen pode ser utilizada e, em geral, demonstra uma formação cística de conteúdo gasoso e de parede lisa e regular, raramente apresentando uma calcificação marginal¹. A colonoscopia não apresenta valor diagnóstico nestes casos. O seu emprego ficaria restrito à hemorragia digestiva baixa, uma rara complicação desta patologia^{1,10}.

As alternativas de tratamento dependem essencialmente da apresentação da patologia. Nos casos não-complicados,

a cirurgia de escolha é a diverticulectomia com ressecção da área colônica acometida e anastomose primária¹. Para os casos complicados, pode-se optar pelo procedimento em dois tempos (cirurgia de Hartmann)^{1,2}, entretanto a drenagem percutânea de um abscesso bem localizado pode ser a conduta inicial^{2,11}.

A diverticulectomia isoladamente não se configura na técnica de escolha para o tratamento desta patologia, porém seu uso pode ser empregado quando o cólon adjacente é saudável e não há inflamação ou doença diverticular significativa no segmento acometido^{2,3}. A conduta expectante deve ser apenas reservada para pacientes sem condições clínicas de serem submetidos a um procedimento cirúrgico¹.

CONCLUSÃO

O relato de caso desta patologia justifica-se por ser uma rara complicação de uma patologia extremamente frequente. Neste caso específico, a sua localização no cólon transverso, a presença de epitélio heterotrópico, denotando tratar-se de um divertículo verdadeiro, a sintomatologia crônica com agudização inflamatória, aliada à alternativa de tratamento, baseada na diverticulectomia videolaparoscópica, a qual transcorreu com sucesso, sem a necessidade de ressecção do cólon adjacente, configuram-se em uma conduta de exceção. Diante das características do caso e das escassas referências na literatura mundial, impõe-se este manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Toiber-Levi M., Goffier-Rosete C., Martinez-Munive A., Baquera J., Stoppen M.E., D'Hiver C., Quijano-Orvañanos F. Giant sigmoid diverticulum: Case report and review of the literature. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2008, 32:581-584.
2. Praveen B.V., Suraparaju L., Jaunoo S.S., Tang T., Walsh S.R., Ogunbiyi O.A. Giant colonic diverticulum: An unusual abdominal lump. *Journal of Surgical Education* 2007, (64) 2:97-100.
3. Choong C. K., Frizelle F.A. Giant colonic diverticulum: Report of four cases and review of the literature. *Disease Colon Rectum* 1998, 41:1178-1186.
4. Matthyssens L.E., Van Hee R., Van Osselaer G.E.: Giant diverticulum of the colon: report of two new cases and review of the literature. *Int Surg* 2003; 88:34-40.
5. Rosen N.G., Gibbs D.L., Soffer S.Z., Valderrama E., Lee T.K. Urothelium in a colonic diverticulum. *J Pediatr Surg* 2000; 35:1375-1376.
6. Delvaux M: Diverticular disease of the colon in Europ: Epidemiology, impact on citizen health and prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18 (Suppl 3): 71.
7. Parks TG: Natural History of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 1975; 4:53.
8. Navarro Cantarero E., Carro Alonso B., Castillo Lario C., Lasierra Díaz R.: Divertículo gigante de colon. *Radiologia* 2006; 48 (5): 313-315.
9. Rosenberg R.F., Naididh J.B. plain film recognition of giant colonic diverticulum. *Am J Gastroenterol* 1981; 76 (1):59-69.
10. Mehta D.C., Baum J.A., Dave P.B., Gumaste V.V. Giant sigmoid diverticulum: report of two cases and endoscopic recognition. *Am J gastroenterol* 1996; 91: 1269-1271.
11. Custer T.J., Blevins D.V., Vara T.M.: Giant colonic diverticulum: a rare manifestation of a common disease. *J Gastrointest Surg* 1999; 3: 543-548.