



MED-REVIEW



DIVERTICULITE AGUDA

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

A diverticulite aguda é tema recorrente nas provas de cirurgia geral, sendo uma das causas de abdome agudo inflamatório mais frequentes. Veja o que precisa dominar sobre esse tema para garantir os acertos:

Tópico Crítico	Achado Mais Cobrado	Pegadinha / Pulo do Gato	Conduta Padrão-Ouro
Diagnóstico e Estadiamento	Dor em Quadrante Inferior Esquerdo (FIE) + Febre.	Colonoscopia ABSOLUTAMENTE contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração.	Tomografia Computadorizada (TC) de abdome/pelve com contraste para confirmar e estadiar.
Diverticulite Não Complicada	Hinchey 0 (Espessamento da parede + Borramento da gordura pericólica).	A conduta mais atual para Hinchey 0 em pacientes leves/imunocompetentes é sem antibióticos .	Tratamento ambulatorial com analgesia oral e dieta líquida. Antibióticos orais seletivamente.
Contido (Hinchey I/II)	Abscesso ≥ 4 cm (pélvico ou à distância).	(Hinchey I) geralmente respondem a Antibióticos IV isolados (Internação obrigatória).	pacientes estáveis: Drenagem Percutânea Guiada por Imagem + Antibióticos IV .
Peritonite Generalizada	Hinchey IV (Peritonite Fecal Generalizada). Hinchey III (Peritonite Purulenta Generalizada).	Hartmann é padrão para pacientes instáveis (sepsis, choque) ou Hinchey IV.	Cirurgia de Urgência (Colectomia Segmentar). Em pacientes estáveis (Hinchey III), preferir Anastomose Primária (menor taxa de estoma permanente).
Cirurgia Eletiva e Seguimento	Indicação de cirurgia eletiva após um episódio de Diverticulite Complicada (fístula, obstrução) ou sintomas crônicos (smoldering).	O número de episódios não complicados não é mais critério para cirurgia eletiva em pacientes imunocompetentes assintomáticos.	Colonoscopia 6 a 8 semanas após a crise para excluir Câncer Colorretal, especialmente após diverticulite complicada.



MED-REVIEW



INTRODUÇÃO

Contexto Clínico

A Doença Diverticular do Cólon (DDC) é extremamente comum, sendo uma causa importante de internações e o principal motivo para cirurgia colorretal eletiva nos países ocidentais industrializados. A prevalência da diverticulose (a presença de divertículos) aumenta drasticamente com a idade, afetando mais de 70% dos adultos com 80 anos ou mais.

A diverticulite aguda é a inflamação de um divertículo, uma complicação que ocorre em apenas 1 a 4% dos pacientes com diverticulose ao longo de sete anos de seguimento.

Fisiopatologia e Epidemiologia

A formação dos divertículos colônicos está diretamente ligada à **alta pressão intraluminal** no cólon, especialmente no cólon esquerdo (sigmoide), onde a pressão é maior. Esses divertículos são considerados **pseudodivertículos** (ou divertículos falsos) porque resultam da herniação da mucosa e submucosa através de pontos de fraqueza da parede muscular, geralmente onde os vasos penetram, sem o envolvimento de todas as camadas intestinais.

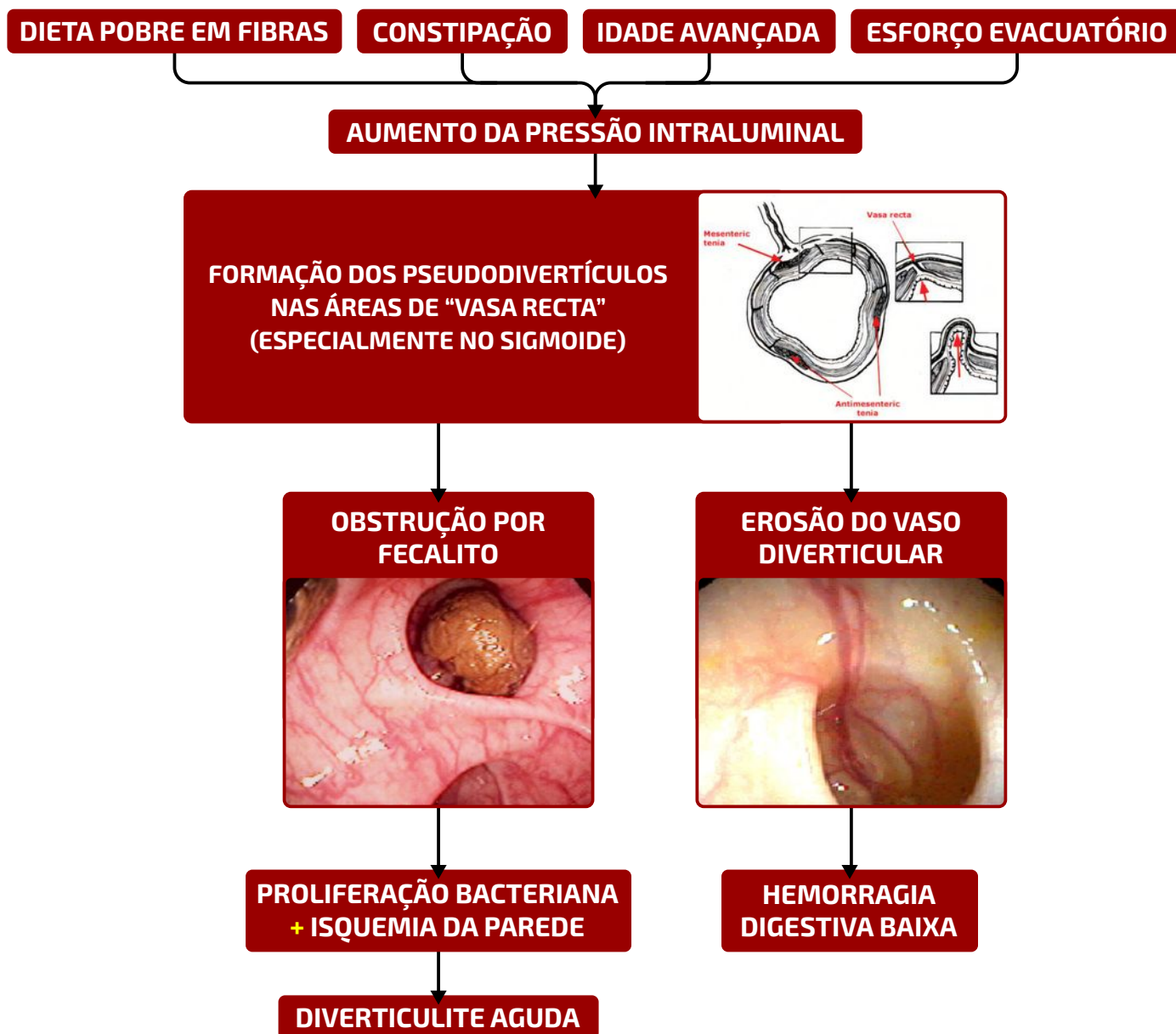
A fisiopatologia da diverticulite se assemelha à da apendicite: tudo começa com a obstrução do orifício do divertículo, muitas vezes por um fecalito. Essa obstrução provoca aumento da pressão intraluminal, resultando em isquemia local, congestão e, finalmente, **microperfurações** na parede do divertículo. O processo inflamatório adjacente, que tenta bloquear e conter essa microperfuração, é o que define a diverticulite aguda.



FATORES DE RISCO EM PROVA

Lembre-se dos fatores que aumentam a pressão e fragilizam a parede: **idade avançada, dieta ocidental (pobre em fibras e rica em carnes), obesidade e sedentarismo.**

FLUXOGRAMA FISIOPATOLOGIA



DIAGNÓSTICO

Quadro Clínico e Exame Físico

Para fins de prova de residência, o quadro é estereotipado. Antes de dissecarmos os sintomas, visualize o seguinte paciente chegando ao PS:

Paciente masculino, 65 anos, refere dor abdominal contínua em quadrante inferior esquerdo há 48 horas. Relata febre não aferida e "intestino preso" (constipação) no período. Nega disúria, mas relata urgência miccional recente.

Ao exame: Fácies de dor, Tax: 37,8°C. Abdome: RHA presentes, doloroso à palpação profunda em Fossa Ilíaca Esquerda (FIE), onde se palpa discretamente uma "massa" mal delimitada. Descompressão brusca negativa.

1. A Anamnese: A "Apendicite do Lado Esquerdo»

A fisiopatologia dita a clínica. O sigmoide é o segmento mais acometido devido à lei de Laplace (menor diâmetro = maior pressão intraluminal), logo, a dor reflete exatamente essa topografia. O quadro clássico inicia-se com **dor em Fossa Ilíaca Esquerda (FIE)** de início súbito e evolução constante/progressiva.

Além da dor, a inflamação periverticular altera diretamente a motilidade colônica, gerando sintomas que variam conforme a resposta do organismo:

- **Constipação (~50%):** É o achado mais comum. Ocorre devido ao edema parietal e ao íleo paralítico local, causando uma obstrução funcional.
- **Diarreia (25 a 35%):** Ocorre por hipermotilidade reacional à inflamação adjacente.
- **Sintomas Sistêmicos:** Febre baixa é esperada em casos não complicados. Atenção: Febre alta e calafrios sugerem complicações maiores, como bacteremia ou abscesso.

2. O Exame Físico

O exame físico é um reflexo direto da gravidade da inflamação (classificação de Hinchey) e da constituição do paciente. Na maioria dos casos, você encontrará dor localizada à palpação em FIE. Contudo, fique atento a dois achados que definem prognóstico:

1. **O "Plastrão" (~20%):** Em casos mais avançados, o omento e as alças adjacentes migram para bloquear a perfuração. Ao palpar, você sente uma massa mal delimitada e dolorosa. Isso sugere fleimão ou abscesso peridiverticular contido.
2. **Irritação Peritoneal:** A descompressão brusca dolorosa localizada sugere peritonite restrita. Se for **difusa**, suspeite imediatamente de perfuração livre (peritonite purulenta ou fecal).





DICA DE PROVA Sintomas Urinários (A Pegadinha)

Cuidado para não confundir Diverticulite com Infecção Urinária ou Litíase! Cerca de **10 a 15%** dos pacientes apresentam **disúria, polaciúria ou urgência miccional**.

- **Por que isso acontece?** Não é uma infecção da bexiga, mas sim uma **cistite simpática**. O sigmoide inflamado está anatomicamente encostado na bexiga e no ureter esquerdo, irritando-os por contiguidade.
- **Gatilho de Questão:** Se o enunciado der "**leucocitúria estéril**" (muitos leucócitos na urina, mas urocultura negativa ou sem bactérias no EAS) somada à dor em FIE, a resposta é Diverticulite!

Exames de Imagem – Tomografia Computadorizada (TC)

Diante da suspeita clínica, a regra é clara: não trate "no escuro". O passo fundamental é confirmar o diagnóstico e, principalmente, **estadiar a gravidade** (Classificação de Hinchey). Esse estadiamento é o que define se o seu paciente irá para o bloco cirúrgico ou para o quarto com antibióticos.

O exame de escolha é, indiscutivelmente, a **Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome e Pelve com contraste intravenoso**.

Embora o Ultrassom (USG) possa ser usado, a TC é superior por três motivos que as bancas adoram cobrar:

1. **Acurácia Elevada:** Possui sensibilidade de 94% e especificidade de 99%.
2. **Reprodutibilidade:** Não é operador-dependente (ao contrário do USG), permitindo revisão objetiva das imagens.
3. **Visão Global:** Permite excluir com segurança diagnósticos diferenciais graves (como aneurisma de aorta roto ou isquemia mesentérica) e ajuda a diferenciar a diverticulite do câncer de cólon perfurado.

Achados Tomográficos:

Ao analisar a imagem ou ler o laudo em uma questão de prova, busque ativamente os seguintes sinais clássicos:

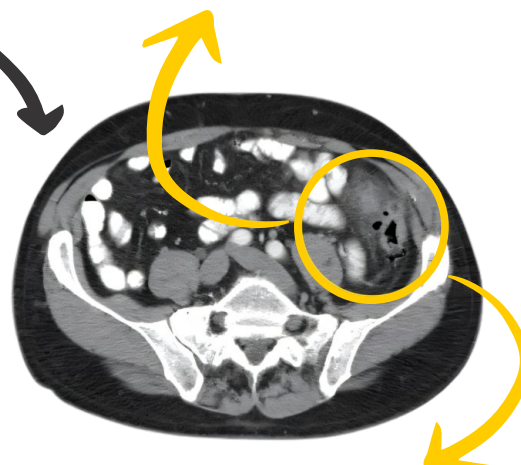
- **Densificação da Gordura Pericólica:** É o achado mais sensível. A gordura ao redor do sigmoide, que deveria ser preta (hipodensa), aparece "borrada", cinzenta ou estriada ("suja") devido ao edema inflamatório.
- **Espessamento Parietal:** Procure por um espessamento da parede do cólon **> 4 mm**.
- **Divertículos:** A visualização das saculações ao longo do cólon confirma a doença de base.
- **Sinais de Complicação (Hinchey):** Procure por **abscessos** (coleções fluidas com realce periférico) ou **pneumoperitônio** (ar livre fora da alça), que indicam perfuração.

TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

COM CONTRASTE EV



ESPESSAMENTO DA PAREDE DO DIVERTÍCULO COLÔNICO



DENSIFICAÇÃO DE PLANOS ADIPOSOS E DA GORDURA MESENTÉRICA ADJACENTE



ERRO COMUM

NUNCA solicite Colonoscopia ou Enema Opaco na vigência de Diverticulite Aguda!

O cólon inflamado é extremamente friável (semelhante ao "papel molhado"). A insuflação de ar necessária para o exame aumenta a pressão intraluminal e pode causar ruptura do divertículo inflamado ou da parede colônica, transformando uma infecção contida em uma **peritonite fecal difusa**.

Quando fazer a Colonoscopia? Deve ser agendada eletivamente **6 a 8 semanas** após a resolução completa dos sintomas. Não é para confirmar a diverticulite (a TC já fez isso), mas sim para **excluir neoplasia (Câncer Colorretal)** e estenoses, já que 3-5% dos diagnósticos de "diverticulite" na TC são, na verdade, carcinomas ocultos.

Questão Estratégica — Diagnóstico da Diverticulite



QUESTÃO ENARE R3 CG - 2021

Paciente masculino de 65 anos, tabagista, com histórico de dor abdominal em andar inferior de início há 2 dias, contínua e com piora progressiva, associada à parada de eliminação de fezes. Ao exame clínico, apresenta-se febril e com dor e defesa em quadrante inferior esquerdo. Sobre a principal hipótese diagnóstica e a investigação complementar a ser realizada, assinale a alternativa correta.

- A) Câncer colorretal / colonoscopia.
- B) Diverticulite aguda / tomografia computadorizada.
- C) Câncer colorretal / tomografia computadorizada.
- D) Diverticulite aguda / colonoscopia.
- E) Isquemia mesentérica / arteriografia.

Comentário:

O enunciado traz a apresentação clássica de "livro-texto" da Diverticulite Aguda. Temos um tripé diagnóstico muito forte:

1. Epidemiologia: Homem idoso (65 anos).
2. Topografia: Dor em quadrante inferior esquerdo (FIE) ou fossa ilíaca esquerda.
3. Sinais Inflamatórios: Febre e defesa abdominal (sugerindo irritação peritoneal localizada). A parada de eliminação de fezes (constipação) é comum na diverticulite devido ao íleo paralítico reacional ou obstrução funcional pelo edema do sigmoide. Embora o Câncer Colorretal seja um diagnóstico diferencial importante nessa faixa etária, o quadro agudo, febril e com sinais de peritonite aponta primariamente para uma causa inflamatória/infecciosa.

Diante da suspeita de diverticulite aguda, o exame padrão-ouro é a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve. Ela confirma o diagnóstico, exclui outras causas e, fundamentalmente, estadia a gravidade (Classificação de Hinchey).

— Por que não colonoscopia? Este é o erro que a banca quer que você cometa (alternativas A e D). A colonoscopia é contraindicada na fase aguda (risco de perfuração do cólon inflamado e conversão de uma doença contida em peritonite fecal). Ela só deve ser feita 6 a 8 semanas após a resolução do quadro.

Resumo das Alternativas:

- A e D: Incorretas. Colonoscopia é proibida na agudização.
- C: Incorreta. O quadro febril agudo favorece diverticulite. Além disso, a TC diagnosticaria ambos (diverticulite ou tumor perfurado), mas a hipótese principal é diverticulite.
- E: Incorreta. Isquemia mesentérica geralmente apresenta dor desproporcional ao exame físico e acidose metabólica, sem predileção específica isolada por FIE com defesa localizada tão clara no início.

Resposta: Letra B

CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO

O manejo da diverticulite não é uma "receita de bolo" única, ele depende inteiramente do estágio da doença. Antes de decorar a tabela de Hinchey, precisamos entender a divisão macroscópica que define o destino imediato do paciente: ele vai para a enfermaria com antibióticos ou para o centro cirúrgico?

A Divisão Primária

Podemos dividir a doença em dois grandes grupos baseados no comportamento da inflamação:

1. Diverticulite Não Complicada (A regra - 75% dos casos)

Aqui, a inflamação está restrita à parede do cólon. O termo técnico que você verá na tomografia é o "flegmão" ou densificação da gordura pericólica. O processo inflamatório está contido pelo próprio organismo.

- Consequência: O risco de vida é baixo e o tratamento é eminentemente clínico (antibióticos e dieta).

2. Diverticulite Complicada (A exceção - 25% dos casos)

Ocorre quando a microperfuração evolui para algo maior e os mecanismos de contenção falham ou são insuficientes. Para a prova, memorize as quatro complicações, pois a presença de qualquer um deles muda o estadiamento:

- Abscesso: É a complicação mais comum.
- Perfuração Livre: Leva à peritonite (purulenta ou fecal).
- Fístula: Sendo a colovesical (bexiga) a mais frequente, seguida pela colovaginal.
- Obstrução: Pode ser aguda (edema) ou crônica (fibrose/estenose).

Classificação de Hinchey Modificada

Uma vez diagnosticada a diverticulite aguda, é mandatório classificá-la. A Classificação de Hinchey Modificada é baseada nos achados da Tomografia Computadorizada e é a linguagem universal para definir a gravidade e a conduta. Para a prova, associe o estágio à "tradução prática" do que está acontecendo no abdome:

Estágio	Definição Tomográfica	Tradução Prática (O que visualizar?)
Estágio 0	Diverticulite leve clínica.	Inflamação parietal, "flegmão" leve. Sem coleção.
Estágio Ia	Inflamação pericólica ou flegmão.	Inflamação confinada + ar pericólico (bolhas), mas sem abscesso formado.
Estágio Ib	Abscesso pericólico ou mesentérico.	Existe uma coleção de pus, mas ela está bloqueada ali mesmo, ao lado do sigmoide.
Estágio II	Abscesso Pélvico / Distante.	O pus escorreu. Há uma coleção na pelve (fundo de saco) ou retroperitônio, distante do sítio primário.
Estágio III	Peritonite Purulenta Generalizada.	O abscesso rompeu para a cavidade. Há pus livre por todo o abdome, mas não há fezes.
Estágio IV	Peritonite Fecal Generalizada.	O divertículo "explodiu" livremente. Há fezes na cavidade abdominal. É a catástrofe abdominal.



O PULO DO GATO

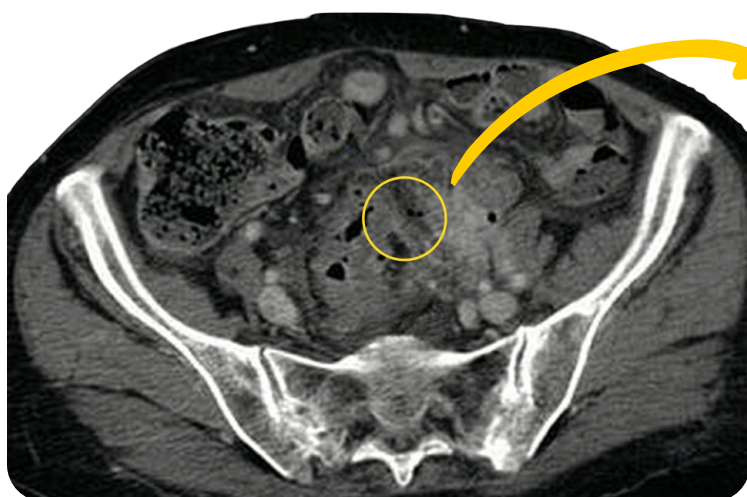
É contra-intuitivo, mas a mortalidade e o risco de perfuração livre (Hinchey III e IV) são **MAIORES** no primeiro episódio de diverticulite do que nas recidivas. **Por que isso acontece?**

- 1º Episódio: O cólon e o mesentério são "virgens". Não há fibrose prévia para ajudar a bloquear a perfuração, permitindo que o conteúdo extravase livremente para a cavidade.
- Recidivas: A inflamação crônica gera fibrose e aderências. Essas "cicatrizes" ajudam a conter novas perfurações. Por isso, na recidiva, é mais comum formar abscessos contidos ou fístulas do que ter uma peritonite livre explosiva.

Microperfuração vs. Pneumoperitônio propriamente dito

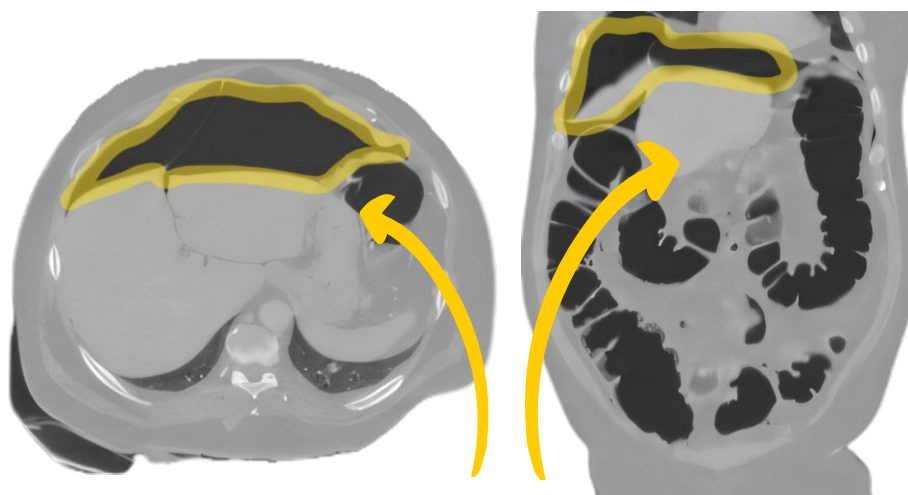
A perfuração na diverticulite tem um espectro de gravidade, o que impacta diretamente na conduta. A distinção entre perfuração contida (microperfuração) e perfuração franca (pneumoperitônio generalizado) é uma armadilha comum de prova.

- **Microperfuração (Perfuração Contida/Bolhas de Ar Pericolônicas):** Este achado na TC representa uma pequena quantidade de ar pericólico, contida pela inflamação local (flegmão/plastrão). Não há extravasamento de pus ou fezes para a cavidade difusamente. Pacientes com apenas bolhas de ar pericólicas (Hinchey I) têm alta taxa de sucesso com tratamento clínico (antibióticos).



PEQUENA QUANTIDADE DE
AR EXTRALUMINAL
(MICROPERFURAÇÃO)

- **Perfuração Franca (Pneumoperitônio Generalizado):** Evidenciado por ar livre subdiafragmático (pneumoperitônio) e/ou líquido livre (pus ou fezes) espalhado pela cavidade peritoneal. Este quadro indica uma peritonite difusa (Hinchey III ou IV), uma condição de risco de vida que exige cirurgia de emergência.



PNEUMOPERITÔNIO

CONDUTA E MANEJO CIRÚRGICO

Onde tratar?

A primeira decisão médica diante de uma diverticulite aguda não é qual antibiótico usar, mas sim **onde** o paciente ficará. O manejo segue uma triagem rigorosa baseada em dois pilares: a classificação tomográfica (Hinchey) e a reserva fisiológica do paciente.

1. O Candidato ao Tratamento Ambulatorial (Domiciliar)

A tendência atual é desospitalizar. O tratamento em casa é seguro e custo-efetivo, mas é reservado exclusivamente para a **Diverticulite Não Complicada (Hinchey 0/Ia)**.

Para ser elegível à alta direto do PS, o paciente deve preencher um "checklist de segurança": precisa estar **imunocompetente**, sem comorbidades descompensadas e, crucialmente, deve conseguir ingerir líquidos e medicações (boa tolerância oral). O foco é o repouso intestinal (dieta líquida sem resíduos por 2-3 dias) e analgesia escalonada.

2. Indicações de Tratamento Hospitalar (Internação)

A internação torna-se obrigatória em dois cenários distintos. O primeiro é óbvio: todo paciente com **doença complicada** (abscesso, perfuração, fístula ou obstrução) deve ser internado.

O segundo cenário envolve pacientes com doença não complicada, mas que possuem **fatores de risco para falha terapêutica**. Nestes casos, o "terreno" é ruim, mesmo que a doença pareça leve na TC.

Critérios de Internação (Memorize para a prova):

- **Sinais de Alarme:** Sepses ou SIRS
- **Controle da Dor:** Dor abdominal refratária que necessita de analgesia endovenosa.
- **Impossibilidade de via oral:** Vômitos persistentes ou íleo paralítico.
- **Idade:** Pacientes idosos (≥ 70 anos) têm menor reserva funcional e mascaram sintomas graves.
- **Imunossupressão:** Diabéticos descompensados, transplantados, portadores de HIV, usuários crônicos de corticoide ou quimioterápicos. O risco de perfuração "silenciosa" é altíssimo aqui.
- **Falha Prévia:** Paciente que tentou tratamento em casa e retornou sem melhora após 48-72h.

A Abordagem Escalonada (Hinchey)

O manejo da fase aguda abandonou a antiga ideia de "operar todo mundo". Hoje, a conduta é guiada pela resposta à pergunta: existe peritonite difusa ou o corpo conseguiu bloquear a infecção? A tomografia dita o próximo passo:

1. O Tratamento Conservador (Hinchey 0 e Ib < 4 cm)

Para a diverticulite não complicada e para os abscessos pequenos, o tratamento é clínico. A vascularização local permite que os antibióticos penetrem no foco infeccioso e resolvam o problema sem necessidade de intervenção mecânica. O Tripé Terapêutico:

1. **Repouso Intestinal:** Jejum inicial e hidratação venosa. A dieta líquida é reintroduzida conforme a melhora clínica (redução da dor).
2. **Antibioticoterapia:** Deve ser de largo espectro, cobrindo Gram-negativos e Anaeróbios. Esquemas comuns: Ciprofloxacino + Metronidazol ou Ceftriaxone + Metronidazol (ou monoterapia com Piperacilina-Tazobactam em casos mais graves).

3. Analgesia

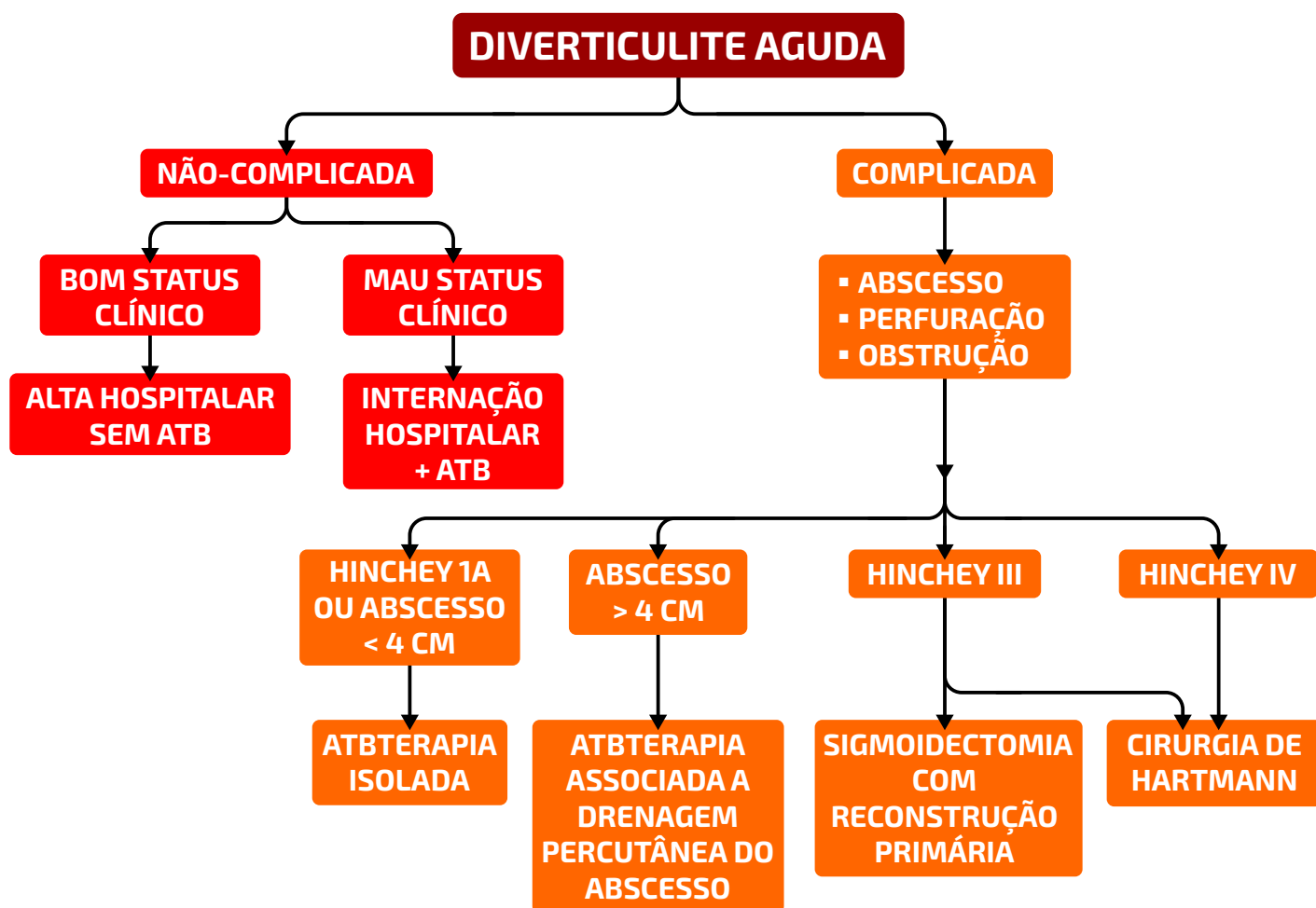
2. O Tratamento Intervencionista (Hinchey II ou Ib ≥ 4 cm)

Aqui temos uma coleção de pus volumosa. Antibióticos sozinhos falham porque não conseguem penetrar adequadamente no centro do abscesso. Porém, não precisamos operar o paciente de imediato (laparotomia), o que traria alta morbidade e risco de ostomia. A conduta padrão-ouro é a Drenagem Percutânea Guiada por Imagem (TC ou USG).

Este procedimento serve como uma "ponte": ele esvazia o pus, controla a sepse e transforma um cenário de urgência em uma situação eletiva, permitindo que o paciente seja operado (se necessário) semanas depois, em melhores condições. Cerca de 80% dos casos resolvem apenas com drenagem + antibióticos.

3. O Tratamento Cirúrgico de Urgência (Hinchey III e IV)

- **Ação:** Laparotomia exploradora (ou laparoscopia em centros experientes) imediata.
- **Objetivo:** Controle do foco infeccioso (lavagem da cavidade) e ressecção do segmento perfurado (sigmoidectomia). Discutiremos a técnica (Hartmann vs. Anastomose Primária) a seguir.



COLONOSCOPIA APÓS 6- 8 SEMANAS



DICA DE PROVA (O Número Mágico)

Em questões de caso clínico, procure imediatamente o tamanho do abscesso no laudo da TC. Se a questão disser que "não há janela radiológica para drenagem percutânea" (o abscesso está escondido entre alças e a agulha não chega lá sem furar o intestino), a conduta muda para cirurgia.

Questão Estratégica — Tratamento de Abscesso Grande (Hinchey II)

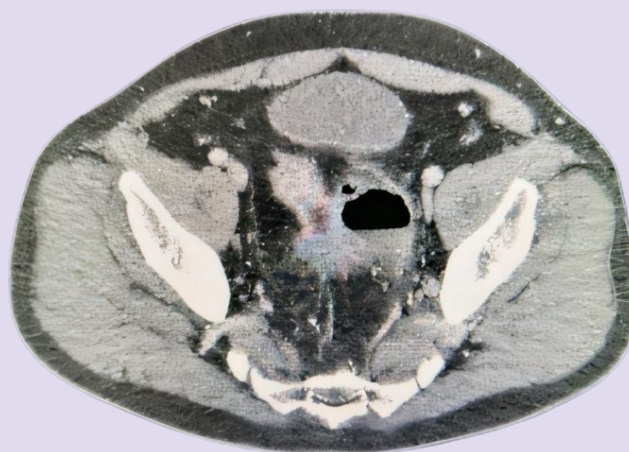


QUESTÃO IAMSPE - 2025

Paciente masculino de 56 anos, sabidamente portador de doença diverticular dos cólons, apresenta dor abdominal tipo cólica há 5 dias, com diminuição do apetite e procurou atendimento para investigação. Ao exame físico apresentava dor à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, sem massas palpáveis, com DB negativo.

Foram realizados exames laboratoriais: Hemoglobina: 12,6 g/dL, Leucócitos: 16.260/mm³, Plaquetas: 260.000/mm³, Creatinina: 1,2 mg/dL, Ureia: 21,8 mg/dL, PCR: 23,9 mg/L (VR: <1,0 mg/L).

Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste, mostrando imagem de coleção de 5,6cm de tamanho justa-cólico, sem pneumoperitônio livre, conforme imagem abaixo:



Qual deve ser a conduta inicial para esse paciente?

- A) Drenagem percutânea da coleção guiada por imagem, antibioticoterapia de amplo espectro e observação hospitalar.
- B) Antibioticoterapia ambulatorial e orientação para retorno ao hospital se houver piora dos sintomas.
- C) Laparotomia exploradora de urgência para drenagem cirúrgica e ressecção segmentar do cólon acometido.
- D) Observação hospitalar com hidratação venosa e controle de dor, sem necessidade de drenagem inicial.
- E) Realização de colonoscopia imediata para avaliar a extensão da doença diverticular e excluir outras causas de infecção.

Comentário:

O enunciado nos coloca diante de um paciente com Diverticulite Aguda Complicada.

- **Clínica:** Dor em FIE + sinais inflamatórios sistêmicos (Leucocitose de 16.000 e PCR alta de 23,9).
- **Imagem:** A TC mostra uma coleção (abscesso) de 5,6 cm. A imagem corrobora isso, mostrando uma área hipodensa com realce periférico (cápsula) adjacente à alça intestinal, sem ar livre na cavidade (o que descarta perfuração livre/Hinchey III ou IV).

2. Raciocínio Clínico (A Regra dos 4 cm):

Estamos diante de um Hinchey Ib ou II (abscesso). A conduta aqui é baseada puramente no tamanho da coleção.

- **Abscessos < 4 cm:** Antibioticoterapia venosa exclusiva (o antibiótico penetra bem em coleções pequenas).
- **Abscessos > 4 cm:** O antibiótico sozinho tem alta taxa de falha. É necessário Controle de Foco. A conduta de escolha não é operar, mas sim a Drenagem Percutânea guiada por TC ou USG.

3. Análise das Alternativas:

- A) CORRETA. Segue exatamente o guideline atual: Abscesso > 4 cm (5,6 cm) é igual a Drenagem Percutânea + Antibiótico. Isso esfria o processo e evita uma cirurgia de grande porte com estoma na fase aguda.
- B) INCORRETA. Tratamento ambulatorial é para Hinchey 0 (não complicada) em paciente com sintomas leves. Este paciente tem um abscesso grande, leucocitose alta e PCR estourada. Ele precisa de internação.
- C) INCORRETA. A laparotomia é reservada para peritonite difusa (Hinchey III/IV) ou falha da drenagem percutânea. Operar agora aumentaria a morbidade e a chance de colostomia sem necessidade. O paciente está estável e sem irritação peritoneal difusa (DB negativo).
- D) INCORRETA. Apenas antibiótico (sem drenagem) é conduta para abscessos pequenos (< 4 cm). Para 5,6 cm, a chance de falha terapêutica e progressão para sepse é alta sem a drenagem.
- E) INCORRETA. O erro clássico. Colonoscopia é contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração e peritonite.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Abscesso diverticular ≥ 4 cm em paciente estável é indicação de Drenagem Percutânea.

Gabarito: Letra A

Anastomose Primária vs. Cirurgia de Hartmann

Quando estamos diante de uma peritonite difusa (Hinchey III ou IV), a cirurgia é mandatória. O cirurgião resseca o sigmoide doente, mas enfrenta um dilema crucial: **"Devo emendar o intestino agora (anastomose) ou deixar uma colostomia?"** A resposta depende do binômio: Estabilidade do Paciente + Grau de Contaminação.

1. Cirurgia de Hartmann (A "Velha Guarda" Segura)

É a técnica clássica de **controle de danos**. O foco é salvar a vida, sacrificando temporariamente a continuidade intestinal.

- **A Técnica:** Realiza-se a sigmoidectomia, fecha-se o coto retal (bolsa de Hartmann) e exterioriza-se o coto proximal como uma **colostomia terminal** no quadrante inferior esquerdo.
- **O Racional:** Em um abdome com peritonite fecal ou instabilidade, o risco de uma emenda (anastomose) abrir é altíssimo. O Hartmann elimina o risco de deiscência anastomótica.

⚠ O "Preço" do Hartmann:

Embora salve vidas na agonia, tem uma desvantagem funcional grave: a alta taxa de ostomia permanente. A cirurgia de reversão (reconstrução do trânsito) é complexa e mórbida. Na prática, cerca de 40 a 50% dos pacientes operados à Hartmann nunca mais reverterem a bolsa e ficam com colostomia pelo resto da vida.

2. Ressecção com Anastomose Primária (A Tendência Atual)

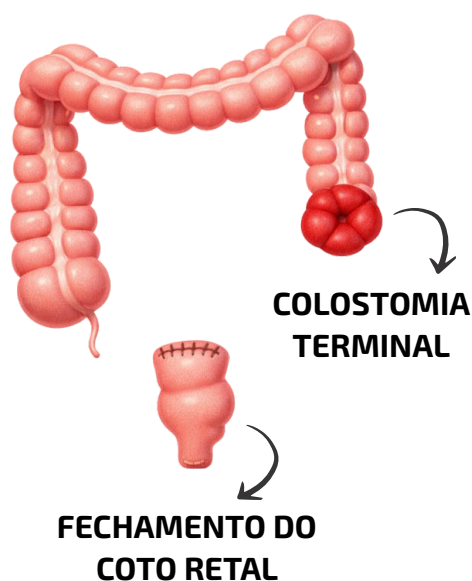
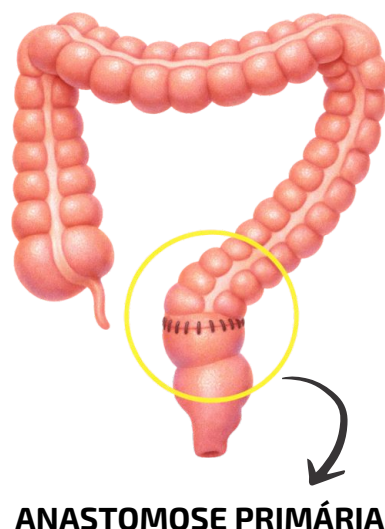
Estudos recentes mostram que, em pacientes selecionados, "emendar" na hora é seguro e evita a condenação à colostomia definitiva.

- **A Técnica:** Sigmoidectomia seguida de união imediata dos cotos. Frequentemente, o cirurgião confecciona uma **ileostomia de proteção** (um estoma em alça no delgado para desviar as fezes enquanto a emenda cicatriza).
- **O Racional:** A mortalidade e as complicações agudas são semelhantes ao Hartmann, mas o paciente não fica com uma colostomia terminal difícil de reverter. Fechar uma ileostomia de proteção depois é muito mais simples do que reverter um Hartmann.

RESUMO DA DECISÃO (O que marcar na prova?)

A banca vai te dar um cenário de Hinchey III (pus) ou IV (fezes). O fiel da balança é a condição clínica.

Critério	Cirurgia de Hartmann	Anastomose Primária
Perfil do Paciente	INSTÁVEL (Choque, acidose, uso de drogas vasoativas).	ESTÁVEL hemodinamicamente.
Comorbidades	Múltiplas comorbidades graves, desnutrição severa ou imunossupressão.	Paciente com boa reserva fisiológica.
Achado Intraoperatório	Peritonite Fecal (Hinchey IV) grosseira com edema severo das alças (tecido "podre").	Peritonite Purulenta (Hinchey III) ou Fecal em paciente estável e tecido viável.
Objetivo	Sobrevivência imediata (Controle de Danos).	Qualidade de vida a longo prazo.

HARTMANN**RECONSTRUÇÃO PRIMÁRIA**

Manejo SEM Antibióticos (A Quebra de Paradigma)

Durante décadas, aprendemos que diverticulite é igual a antibiótico. Porém, estudos de alto nível (como os trials europeus AVOD e DIABOLO) demonstraram que a Diverticulite Não Complicada (Hinchey 0) em pacientes saudáveis comporta-se muito mais como uma inflamação autolimitada do que como uma infecção bacteriana agressiva. A conclusão é impactante: O uso de antibióticos não acelerou a recuperação, não preveniu complicações e não evitou cirurgias nesses casos. A decisão de prescrever antibiótico agora é "caso a caso".

1. O Candidato ao Tratamento "Sem Antibiótico" (Sintomáticos + Dieta)

É o paciente "ideal" de consultório ou PS. A conduta consiste apenas em analgesia (controle da dor) e dieta líquida/leve por alguns dias. Critérios de Inclusão:

- Diverticulite Não Complicada comprovada por TC (Hinchey 0).
- Paciente imunocompetente.
- Sintomas leves a moderados.
- Ausência de sinais sistêmicos de sepse (SIRS).
- Bom suporte social e fácil acesso ao médico caso piore.



DICA DE PROVA (Não tenha medo de marcar!)

Se a questão apresentar um paciente jovem, saudável, com TC mostrando apenas "densificação da gordura pericólica" (Hinchey 0) e perguntar a conduta, a resposta correta pode ser:

"Prescrição de analgésicos, dieta líquida e orientações de alarme, SEM antibióticos."



CUIDADO

Não confunda isso com homeopatia ou negligência. É medicina baseada em evidência nível 1A. Se a banca for antiga ou conservadora, procure a opção com antibiótico, mas se houver a opção "suporte clínico sem antibiótico" em uma prova recente, essa é a tendência correta.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Fístula Colovesical

A fístula é o resultado de uma perfuração que foi bloqueada, mas que acabou erodindo para um órgão vizinho. A **Fístula Colovesical** (comunicação entre o sigmoide e a bexiga) é a campeã absoluta, representando **65%** de todas as fístulas diverticulares.

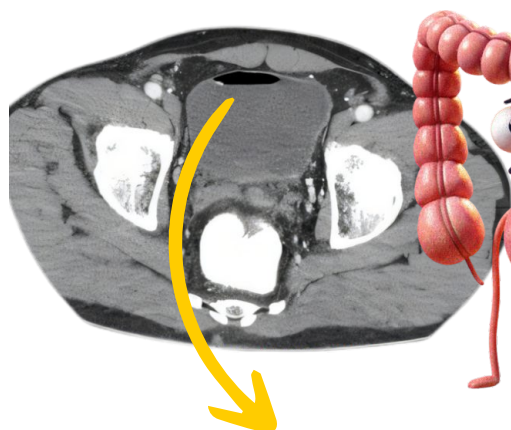
- Por que a bexiga? Pela proximidade anatômica com o sigmoide e por ser um órgão pélvico.

Quadro Clínico (A Pista Urológica): O paciente chega com queixa urinária, não intestinal. O examinador vai te dar o seguinte menu de sintomas:

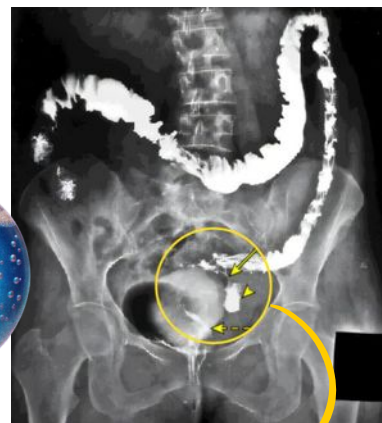
- **Pneumatúria (O Sinal Patognomônico):** É a passagem de ar/gás pela uretra durante a micção. É o achado mais específico.
- **Fecalúria:** Passagem de material fecal ou debris na urina (urina "suja" ou marrom).
- **ITU de Repetição:** Cistites polimicrobianas em homens ou idosos refratários a tratamento.

Diagnóstico e Conduta: A Tomografia (TC) fecha o diagnóstico ao mostrar **ar dentro da bexiga** sem instrumentação prévia.

- Tratamento: Fístulas diverticulares **não fecham espontaneamente**. O tratamento é **Cirúrgico** (Sigmoidectomia + Rafia da bexiga).
- Timing: Geralmente é uma cirurgia **eletiva**. Tratamos a infecção aguda, esperamos a inflamação ceder e operamos em um segundo tempo.

TC DE PELVE

**AR NO INTERIOR DA
BEXIGA**

ENEMA BARITADO

**EXTRAVASAMENTO DE CONTRASTE
PARA O INTERIOR DA BEXIGA**

Diverticulite de Ceco/Direita (O "Camaleão")

No Ocidente, a diverticulite é uma doença do lado esquerdo (sigmoide). Porém, em cerca de **1,5%** dos casos (e até 75% em populações asiáticas), ela ocorre no **Ceco ou Cólon Ascendente**.

O grande problema aqui é a **confusão diagnóstica**. O quadro clínico é idêntico ao da **Apendicite Aguda**: dor em Fossa Ilíaca Direita (FID), febre e leucocitose em um paciente muitas vezes jovem.

Manejo Diferenciado: A boa notícia é que a diverticulite à direita é "benigna". Ela tem menor taxa de perfuração livre, menor mortalidade e menor recorrência que a do lado esquerdo.

- **Diagnóstico por TC:** Se a tomografia pré-operatória confirmar diverticulite de ceco (e excluir apendicite), a conduta é **Conservadora (Antibióticos)**. Evita-se a cirurgia.
- **Achado Intraoperatório:** Se você abriu para operar apendicite e achou diverticulite complicada/dúvida de câncer faça a hemicolectomia direita.

TRATAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO

Se você controlou a crise aguda com sucesso, o paciente receberá alta. Mas a pergunta que virá no consultório (e na prova) é: "Doutor, eu preciso operar para isso não voltar?»

Indicações (Quem realmente precisa operar?)

Esqueça as regras antigas! Antigamente, dizia-se que "após 2 ou 3 episódios, deve-se operar". **Isso caiu.** Hoje, a decisão é individualizada, pesando o risco da cirurgia contra o impacto da doença na qualidade de vida. As diretrizes atuais definem 3 grupos principais onde a cirurgia eletiva é fortemente recomendada:

1. Pacientes com Diverticulite Complicada Prévia.

Se o paciente já teve uma complicação grave, a anatomia local provavelmente está distorcida e o risco de novos problemas é alto. A cirurgia é indicada para:

- **Fístulas:** Principalmente a colovesical ou colovaginal.
- **Estenose/Obstrução:** Fibrose que estreita o lúmen e dificulta o trânsito.
- **Histórico de Peritonite:** Pacientes que sobreviveram a um Hinchey III/IV com tratamento conservador (raro, mas possível) ou drenagem.

2. Sintomas Crônicos (Smoldering Diverticulitis).

Alguns pacientes nunca se recuperam totalmente da crise. Eles mantêm uma "Diverticulite Latente" (Smoldering = queimando em fogo brando).

- O Quadro: Dor persistente em FIE e alteração do hábito intestinal por **mais de 6 semanas** após o episódio agudo.
- Racional: A cirurgia remove o segmento doente e melhora drasticamente a qualidade de vida.

3. Pacientes Imunossuprimidos

Este grupo (transplantados, renais crônicos, uso de corticoide/biológicos, diabéticos descompensados) vive sob constante risco:

- O Perigo: Se eles tiverem uma nova crise aguda, o risco de perfuração livre e mortalidade é muito maior do que na população geral, pois o sistema imune não bloqueia a perfuração.
- A Estratégia: Operar eletivamente (risco controlado) é muito mais seguro do que arriscar uma cirurgia de emergência neles.



PEGADINHA DE PROVA (O que NÃO indicar)

A banca vai colocar o seguinte caso: "Paciente jovem, imunocompetente, teve 3 episódios de diverticulite leve (Hinchey 0) nos últimos 5 anos. Está assintomático agora.»



CONDUTA: Observação! Não indicar cirurgia. O risco da cirurgia supera o benefício. O número de episódios, isoladamente, não é mais indicação de ressecção em pacientes não complicados.

Timing e Técnica Cirúrgica (O "Como" e "Quando")

Uma vez indicada a cirurgia, o cirurgião precisa respeitar o tempo da biologia e a anatomia correta.

- 1. Timing (Quando operar?)** Jamais opere eletivamente logo após a alta. O cólon ainda está edemaciado e aderido.
 - A Regra: Aguardar a resolução completa da inflamação, geralmente **10 a 12 semanas (2 a 3 meses)** após o episódio agudo.
 - Risco: Operar antes aumenta o sangramento, a chance de lesão de ureter e a taxa de conversão para cirurgia aberta.
- 2. A Técnica (Sigmoidectomia com Anastomose Primária)** O procedimento padrão é a ressecção do sigmoide com anastomose imediata (sem estoma) via minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica)



CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO OBRIGATÓRIO

Antes de qualquer ressecção eletiva, você **DEVE** ter uma **Colonoscopia completa** recente (realizada 6 a 8 semanas após a crise). Devemos excluir Câncer Colorretal. A imagem tomográfica da diverticulite pode ser idêntica à de um tumor perfurado. Operar um câncer achando que é diverticulite muda as margens e a linfadenectomia.

Questão Estratégica — Indicação de Cirurgia Eletiva



QUESTÃO IAMSPE - 2021

Atualmente, a indicação cirúrgica eletiva em pacientes com diverticulite aguda não baseada baseia-se:

- A) na idade.
- B) no sexo.
- C) na facilidade do procedimento por vídeo.
- D) nos sintomas de dor persistentes, mesmo entre os episódios de crises.
- E) nos surtos ocasionais de crise aguda e no tratamento ambulatorial.

Comentário:

Antigamente, a indicação cirúrgica era "matemática": teve 2 crises? Opera. É jovem (< 50 anos)? Opera. **Isso mudou.** Atualmente, a decisão de operar eletivamente na doença não complicada é **individualizada**, baseada no impacto na qualidade de vida e na persistência dos sintomas. O número de crises, isoladamente, não justifica mais os riscos de uma colec-tomia.

Análise da alternativa correta (D): A opção D descreve o conceito de "**Smoldering Diverticulitis**" (Diverticulite Latente ou "em brasa"). São pacientes que, mesmo após o tratamento da crise aguda, nunca ficam totalmente assintomáticos. Eles mantêm dor em FIE, distensão ou alteração do hábito intestinal entre as crises. Nesses casos, a inflamação crônica está prejudicando a qualidade de vida, e a cirurgia eletiva (sigmoidectomia) está bem indicada para resolver o problema definitivamente.

Porque as outras estão erradas (As Pegadinhas):

- **A) Na idade: O Grande Mito.** Antigamente, operava-se todo paciente jovem (< 50 anos) após o primeiro episódio por medo de uma evolução "maligna". Estudos atuais mos-tram que a doença em jovens não é mais agressiva, eles apenas têm mais anos de vida para ter recorrências. **Idade isolada não é indicação cirúrgica.**
- **B) No sexo:** O gênero não define indicação cirúrgica.
- **C) Na facilidade do procedimento:** O fato de uma cirurgia ser viável por videolaparos-copia (o que é ótimo) não cria, por si só, a indicação de fazê-la. A indicação é clínica, a via é técnica.
- **E) Nos surtos ocasionais:** Se o paciente tem crises esporádicas, não complicadas, que resolvem bem com tratamento ambulatorial (ou até sem antibiótico) e fica assintomá-tico depois, a conduta é **observar**. O risco da cirurgia supera o benefício.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

A idade não é mais um fator decisivo. Dor persistente ou crônica após a resolução da crise é uma indicação formal.

Gabarito: Letra D

Revisão Final

A diverticulite aguda é o principal abdome agudo inflamatório do quadrante inferior esquerdo. Pense na Tríade: **Idade + Dor em FIE + Febre**. Use sempre a TC com contraste para confirmar o diagnóstico e aplicar a Classificação de Hinchey. Lembre-se que o tratamento clínico conservador é a regra geral para Hinchey I (abscessos pequenos) e para Hinchey 0 (diverticulite leve, podendo dispensar ATB). O intervencionismo (Drenagem Percutânea) entra em Hinchey II (abscessos ≥ 4 cm). A cirurgia de urgência (Hartmann ou Anastomose Primária) é reservada para as peritonites Hinchey III/IV. O erro de prova que a banca mais ama é a colonoscopia: **nunca na fase aguda**.

Resumo em 1 minuto

- Se Dor FIE + Febre em idoso, peça **TC de Abdome/Pelve com contraste**. É o padrão-ouro.
- Se Hinchey 0 (Não Complicada) em paciente estável, a conduta mais moderna é **sintomáticos e dieta, sem antibióticos rotineiros**.
- Se Hinchey II (Abscesso ≥ 4 cm) e paciente estável: **Drenagem Percutânea + Antibiótico IV**.
- Se Hinchey III/IV (Peritonite Purulenta/Fecal): **Cirurgia de Urgência**. Hartmann para instáveis/muita contaminação; Anastomose Primária para estáveis.
- A **Colonoscopia** é obrigatória 6 a 8 semanas após crise complicada, mas **proibida no agudo**.
- A cirurgia eletiva é indicada para **complicações prévias** (fístula, estenose) ou **sintomas crônicos** (smoldering).
- **Fístula Colovesical** (pneumatúria/fecalúria) exige correção cirúrgica eletiva.

PRESCRIÇÃO NA PRÁTICA

PRESCRIÇÃO



Cenário: Paciente internado na Enfermaria, estável, Hinchey I

- 1. Dieta Líquida sem resíduos.** *O conceito chave é "Repouso Intestinal". Em casos leves, líquida é permitida. Em casos com vômitos ou dor forte: jejum*
- 2. Soro Fisiológico 0,9% – 1.000 ml | EV | 12/12h.** *Manutenção hidroeletrolítica enquanto o paciente não aceita bem a dieta*
- 3. Ceftriaxona 1g | EV | 12/12h.**  **Nota Visual:** *Cobre Gram-Negativos (E. coli). Pode ser feito 2g 1x ao dia também*
- 4. Metronidazol 500mg | EV | 8/8h.**  **Nota Visual:** *Obrigatório associar para cobrir Anaeróbios (B. fragilis). O combo Ceftriaxona + Metro é o queridinho da banca*
- 5. Dipirona 1g | EV | 6/6h.**
- 6. Cetoprofeno 100mg | EV | 12/12h.**  **Nota Visual:** *AINEs ajudam a desinflamar o processo local, mas CUIDADO em idosos/renais crônicos. Na prova e na vida, lembre-se da função renal*
- 7. Tramadol 50mg a 100mg | EV | 8/8h Se Dor Forte.** *Opioide de resgate*
- 8. Ondansetrona 8mg | EV | 8/8h Se Náuseas/Vômitos.**



 DR. LUX / MÉDICO

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.

Clique Aqui!

Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

