**MANEJO TERAPÊUTICO DA DIVERTICULITE AGUDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Nataly Maria Bezerra de Luna¹

Tatiane Rairene de Moraes Costa2

Daniel Galdino de Araújo Pereira3

Letícia de Figueiredo Tavares4

Talita Queiroz Ferraz5

Andressa Jurema Furtado Frazão Carniato6

Rachel Franca Falcão Dantas Velôso7

Débora Monte Carlos Barbosa Barbosa Maia8

Rebeca Souza Maria de Moura9

Katryene Rochelly de Oliveira Cunha10

Renan César Chinaca Teixeira de Carvalho11

Maria Layza Fernandes da Silva12

Ana Maria Marinho Diniz13

Victor Daniel Gomes Martinho14

**RESUMO:**

A doença diverticular do cólon é caracterizada pela herniação ou protusão da mucosa do intestino grosso em forma de pequenas saculações, que atravessam as fibras musculares nos locais de penetração dos vasos sanguíneos. O artigo objetiva compreender o manejo terapêutico da diverticulite aguda. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo integrativa, de natureza descritiva e explicativa. A busca na literatura foi realizada por meio do levantamento das produções científicas, utilizando bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Ao todo foram recuperados 118 estudos, nos quais após o filtro seletivo da proposta, resultaram-se 08 presentes na base de dados MEDLINE, os quais foram incluídos na análise e serviram de embasamento para a presente revisão integrativa. O tratamento da diverticulite não complicada é conservador, com dieta rica em fibras e antibioticoterapia oral por 7 a 10 dias, utilizando ciprofloxacina e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato em regime ambulatorial. Casos que requerem hospitalização (Hinchey 1) incluem vômitos incoercíveis, intolerância oral a antibióticos, dor intensa ou condições como idade avançada, imunossupressão e comorbidades, utilizando ceftriaxona e metronidazol. Nesse viés, a diverticulite complicada quando cursa com abscesso pequeno (< 4 cm) é tratada com antibióticos e repouso intestinal, enquanto abscessos maiores (> 4 cm) requerem drenagem percutânea guiada por TC e antibioticoterapia, com cirurgia semi-eletiva programada após 6-8 semanas. Já os abscessos com material fecal significativo e peritonite purulenta generalizada demandam cirurgia de urgência. Se o tratamento falhar em 72 horas, a cirurgia é indicada. Para DAC com perfuração livre e peritonite difusa (Hinchey III e IV), a abordagem cirúrgica é sempre necessária, havendo debate sobre o melhor método entre ressecção de Hartmann, anastomose primária com ou sem desvio proximal, ou outros procedimentos de contenção de danos. Conclui-se que a abordagem da diverticulite aguda tem evoluído para priorizar tratamentos conservadores sempre que possível, reservando intervenções cirúrgicas para casos complicados ou refratários. A classificação de Hinchey continua sendo essencial para avaliar a gravidade e direcionar o manejo adequado.

**Palavras-Chave:** Diverticulite, tratamento, tratamento conservador.

**Área Temática:** Medicina.

**E-mail do autor principal:** natalyluna2001@gmail.com

¹Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, natalyluna2001@gmail.com

²Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, tatianemoraesempresa@gmail.com

3Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, danielgaldino2@hotmail.com

4Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-Paraíba, leticiatavares123@live.com

5Medicina, Universidade Potiguar, Natal-Rio Grande do Norte, talitaqueiroz@icloud.com

6Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, andressajurema@hotmail.com

7Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, rachelfrancaf@hotmail.com

8Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, debymaia12@gmail.com

9Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, r\_smmoura@hotmail.com

10Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, katryenne.cunha@gmail.com

11Medicina, Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-Paraíba, renancchianca@hotmail

12Medicina, Centro Universitário de João Pessoa – Unipê, João Pessoa-Paraíba, layza.fernandes@gmail.com

13Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, anadiniz19@gmail.com

14Medicina, AFYA Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, Cabedelo-Paraíba, glendocrivers@hotmail.com

**1. INTRODUÇÃO**

A doença diverticular do cólon é caracterizada pela herniação ou protusão da mucosa do intestino grosso em forma de pequenas saculações, que atravessam as fibras musculares nos locais de penetração dos vasos sanguíneos. Embora fosse considerada extremamente rara no século XIX, sua prevalência aumentou significativamente no século XX. Esse crescimento pode estar relacionado a fatores como avanços nos métodos diagnósticos, o envelhecimento populacional ou alterações nos hábitos alimentares, como a redução do consumo de fibras, embora a causa exata permaneça incerta (Lombana, 2010).

A maioria dos casos de diverticulite pode ser tratada de forma conservadora, mas até 25% dos pacientes necessitam de intervenção cirúrgica. A tomografia computadorizada é o exame padrão para diagnóstico, identificando o segmento do cólon afetado e complicações como peritonite, abscessos, fístulas e estenoses. Os casos graves, como peritonite difusa (estágios III e IV de Hinchey), frequentemente requerem colectomia com colostomia (procedimento de Hartmann) ou anastomose primária, com opções mais recentes como lavagem laparoscópica. Já os abscessos (estágios Ib e II de Hinchey) podem ser tratados com drenagem percutânea. O tratamento conservador é preferido para casos não complicados, como flegmão ou inflamação pericólica confinada (estágio Ia de Hinchey) (Silva *et al*., 2024).

Os dados desse estudo ressaltam a importância do manejo adequado da doença diverticular, especialmente em casos de diverticulite recorrente, que apresentam maior risco de complicações graves. Sendo assim, estudos apontam que a gravidade e a frequência dos episódios podem influenciar significativamente o prognóstico, tornando indispensável uma abordagem individualizada para cada paciente. Desse modo, estratégias que incluem o tratamento precoce, a mudança de hábitos alimentares e, em casos selecionados, a intervenção cirúrgica, são fundamentais para prevenir a progressão da doença e reduzir a morbimortalidade associada. Além disso, o acompanhamento clínico regular é essencial para identificar precocemente sinais de recorrência ou complicações, permitindo intervenções mais eficazes e direcionadas (Do Santos, 2007).

Portanto, este artigo busca revisar e integrar os conhecimentos atuais sobre a doença diverticular do cólon, com o objetivo de compreender o manejo terapêutico da diverticulite aguda e subsidiar decisões clínicas baseadas em evidências e promover melhorias no cuidado aos pacientes. Ao abordar fatores como tratamento individualizado e estratégias de prevenção, este trabalho visa contribuir para a redução dos impactos clínicos e sociais associados à doença.

**2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo integrativa, de natureza descritiva e explicativa. A revisão integrativa possibilita a incorporação das evidências na prática clínica. Tendo com finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca de determinados temas ou questões, de maneira sistemática e ordenada, fornecendo um maior aprofundamento do tema buscado (Mendes kds *et al*., 2008).

Nesse contexto, verificou-se o acervo disponível nas bases de dados a respeito do manejo terapêutico da diverticulite, de modo que se questiona: quais as opções de manejo da diverticulite aguda?. A busca na literatura foi realizada por meio do levantamento das produções científicas, utilizando bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), USA National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS). Foram consideradas apenas publicações na forma de artigos científicos, conforme preconiza as regras de elaboração de revisões integrativas.

A busca foi concretizada por meio da articulação dos descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diverticulite, Doença Diverticular do Colo, Cirurgia Geral, Tratamento, Medicina e Tratamento Conservador. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR.

A análise dos artigos foi realizada por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados artigos disponíveis eletronicamente na íntegra, pertinentes ao tema, nos idiomas português e inglês, dos últimos 5 anos. Foram constituídos como critérios de exclusão: aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta após leitura dos títulos, do resumo ou dos descritores, artigos em duplicidade, cartas ao editor, editoriais, publicados em outros idiomas, com exceção do português e do inglês, que antecederem o ano de 2019 e relatos de casos. A esquematização da pesquisa pode ser vista no Fluxograma 1.

Após a seleção dos artigos, foram extraídas as informações dos estudos: título do artigo, autores, ano de publicação e principais achados. Os dados obtidos foram agrupados em quadro e interpretados com base na literatura.

Fluxograma 1. Esquematização referente à busca de dados da presente pesquisa.

Base de dados

LILACS, MEDLINE, IBECS.

Busca dos estudos a partir dos descritores específicos, através dos operadores booleanos.

Produções totalizadas em 118 artigos.

Seleção de 08 artigos para utilização na revisão integrativa.

Leitura prévia (título e resumo) dos artigos.

Aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Fonte: Autores, 2024.

 Ao todo foram recuperados 118 estudos, nos quais após o filtro seletivo da proposta, resultaram-se 08 presentes na base de dados MEDLINE, os quais foram incluídos na análise e serviram de embasamento para a presente revisão integrativa e melhor análise do tema em questão (Quadro 1).

Quadro 1. Estratégia de busca e quantitativo de artigos encontrados nas bases IBECS, LILACS e MEDLINE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estratégia de busca  | Artigos encontrados  | Após critérios de inclusão e exclusão  |
|  (Diverticulite) OR (Doença Diverticular do Colo) AND (Cirurgia Geral) | 11 | 2 |
|  Diverticulite) OR (Doença Diverticular do Colo) OR (Cirurgia Geral) AND (Tratamento Conservador) | 65 | 3 |
|  (Diverticulite) OR (Cirurgia Geral) AND (Medicina) AND (tratamento conservador) | 13 | 2 |
| (Doença Diverticular do Colo) AND (Cirurgia Geral) | 29 | 1 |

Fonte: Autores, 2024.

**3. RESULTADOS E DISCUSÕES**

A diverticulite aguda é caracterizada por uma inflamação, geralmente causada pela microperfuração de um divertículo. Cerca de 4% dos indivíduos com diverticulose acabam desenvolvendo diverticulite aguda. Nas últimas décadas, a prevalência da doença diverticular tem aumentado nos países industrializados. Atualmente, os pacientes com essa condição estão sendo tratados, em sua maioria, em regime ambulatorial. Além disso, o número de cirurgias de emergência tem diminuído. Em contrapartida, observou-se um crescimento na realização de cirurgias eletivas por laparoscopia para o tratamento da diverticulite (Diniz *et al*., 2022)

Os resultados deste estudo corroboram a literatura existente ao destacar as vantagens da reversão laparoscópica do procedimento de Hartmann, especialmente em termos de menor morbidade e mortalidade pós-operatória em comparação com a abordagem aberta. No entanto, a taxa de complicações intraoperatórias, embora baixa, evidencia a complexidade técnica do procedimento, principalmente em casos de adesões densas e cotos retais curtos. A experiência e a habilidade da equipe cirúrgica foram fatores determinantes para os bons desfechos observados, reforçando a importância de centros especializados na realização desse tipo de cirurgia. Esses achados destacam a necessidade de individualização no manejo cirúrgico e a relevância de novos estudos multicêntricos que explorem as melhores práticas para a reversão laparoscópica em diferentes contextos populacionais (Van Ung *et al*, 2021).

O tratamento da diverticulite aguda (DA) baseia-se em abordagens clínicas conservadoras com antibioticoterapia e, em casos complicados, em intervenção cirúrgica. A cirurgia é indicada em situações como disfunção orgânica, fístulas, abscessos, perfurações, obstrução crônica por estenose, falha do tratamento clínico ou instabilidade com peritonite avançada, sendo frequentemente uma emergência. Embora abordagens antigas recomendassem cirurgia após dois episódios de DA não complicada, estudos recentes questionam essa prática. O objetivo cirúrgico é remover a porção do cólon com maior risco de perfuração e recidiva, geralmente o sigmóide, que é o local mais comum de inflamação aguda, ou o cólon direito, mais associado a sangramentos (De Oliveira *et al*., 2024).

A diverticulite aguda (DA) é classificada como não complicada ou complicada (DAC), com base na gravidade, utilizando a classificação de Hinchey (original ou modificada). A classificação original considera quatro estágios: I (abscesso pericólico), II (abscesso pélvico ou retroperitoneal), III (diverticulite purulenta) e IV (peritonite fétida). Os casos de DA não complicada geralmente são tratados de forma conservadora com antibióticos. Contudo, se não houver melhora em 72 horas, pode ser necessário tratamento cirúrgico. Na DAC com abscesso (Hinchey II), abscessos menores que 5 cm podem ser tratados conservadoramente, enquanto abscessos maiores podem demandar drenagem percutânea. Se o tratamento falhar em 72 horas, a cirurgia é indicada. Para DAC com perfuração livre e peritonite difusa (Hinchey III e IV), a abordagem cirúrgica é sempre necessária, havendo debate sobre o melhor método entre ressecção de Hartmann, anastomose primária com ou sem desvio proximal, ou outros procedimentos de contenção de danos (Campos *et al*., 2024).

O tratamento da diverticulite não complicada é conservador, com dieta rica em fibras e antibioticoterapia oral por 7 a 10 dias, utilizando ciprofloxacina e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato em regime ambulatorial. Casos que requerem hospitalização (Hinchey 1) incluem vômitos incoercíveis, intolerância oral a antibióticos, dor intensa ou condições como idade avançada, imunossupressão e comorbidades, utilizando ceftriaxona e metronidazol. Assim a diverticulite complicada quando cursa com abscesso pequeno (< 4 cm) é tratada com antibióticos e repouso intestinal, enquanto abscessos maiores (> 4 cm) requerem drenagem percutânea guiada por TC e antibioticoterapia, com cirurgia semi-eletiva programada após 6-8 semanas. Já os abscessos com material fecal significativo e peritonite purulenta generalizada demandam cirurgia de urgência (Aratake; De Lima Netto; Mendonça, 2022).

Campos *et al.* (2024) e Aratake *et al.* (2022) concordam na abordagem escalonada para o manejo da diverticulite aguda (DA), mas têm enfoques complementares. Campos *et al.* destacam o uso da classificação de Hinchey para guiar o tratamento, com prioridade para medidas conservadoras, reservando drenagem percutânea e cirurgia para complicações graves, como peritonite difusa.

Já Aratake *et al.* detalham critérios para hospitalização e esquemas específicos de antibióticos, além de enfatizarem que abscessos pequenos (< 4 cm) podem ser tratados conservadoramente, enquanto abscessos maiores (> 4 cm) exigem drenagem e, em alguns casos, cirurgia programada após 6-8 semanas.

A antibioterapia está recomendada em todos os doentes com sinais radiológicos de diverticulite complicada - nos casos estratificados como Hinchey Ia ou superior; não existe consenso acerca da terapêutica específica ou da sua duração, mas sim na cobertura para bactérias Gram negativas e anaeróbios. Nos casos em que o abscesso excede 4-5 cm, deve-se avaliar a possibilidade de drenagem percutânea, se disponível, associada ao uso de antibióticos. Esse método resolve cerca de 80% dos casos, apresentando baixas taxas de complicações e necessidade de novas intervenções. A maioria dos pacientes estáveis, com achados radiológicos de ar pericólico sem extravasamento de contraste, pode ser tratada de forma não cirúrgica (Parente; Rama, 2024).

Diniz *et al*. (2022) destacam a evolução do tratamento ambulatorial para pacientes com diverticulite aguda, alinhada à diminuição das cirurgias de emergência e ao aumento das indicações de procedimentos eletivos. Esse panorama reflete avanços no diagnóstico precoce e no manejo conservador da doença, sugerindo uma abordagem menos invasiva e mais direcionada. Além disso, reforçam a relevância da laparoscopia como uma tendência consolidada no manejo cirúrgico.

Por outro lado, Van Ung *et al*. (2021) aprofundam a análise sobre a reversão laparoscópica do procedimento de Hartmann, apontando benefícios claros, mas também destacando desafios técnicos associados, como aderências densas e cotos retais curtos. Este último ponto ressalta a necessidade de experiência e habilidade da equipe cirúrgica para minimizar complicações intraoperatórias. A proposta de Van Ung *et al*. de incentivar estudos multicêntricos é pertinente, pois busca ampliar o entendimento sobre as melhores práticas e adaptar a técnica a diferentes realidades.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A abordagem da diverticulite aguda tem evoluído para priorizar tratamentos conservadores sempre que possível, reservando intervenções cirúrgicas para casos complicados ou refratários. A classificação de Hinchey continua sendo essencial para avaliar a gravidade e direcionar o manejo adequado. As estratégias como o tratamento ambulatorial, a antibioticoterapia e a drenagem percutânea demonstram eficácia em grande parte dos casos, reduzindo a necessidade de cirurgias de emergência. Quando a cirurgia é indicada, há um movimento crescente em direção à laparoscopia, que oferece benefícios como menor morbidade e recuperação mais rápida, embora exija equipes experientes para lidar com os desafios técnicos. Sendo assim, o foco no manejo individualizado e o avanço das técnicas minimamente invasivas refletem um esforço contínuo para melhorar os desfechos e a qualidade de vida dos pacientes.

**REFERÊNCIAS**

ARATAKE, Henrique Alvarenga; DE LIMA NETTO, Aristóteles Mesquita; MENDONÇA, Mateus Quaresma. Tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada: Os desafios no século XXI. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 67-72, 2022.

CAMPOS, Pedro Lucas Neves Iozzo *et al.* Avanços na abordagem cirúrgica da diverticulite aguda. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 47, p. e16759-e16759, 2024.

DE OLIVEIRA, Davson Junior *et al.* Diverticulite Aguda: uma revisão abrangente sobre etiologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento farmacológico e cirúrgico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 4, p. e71306-e71306, 2024.

DINIZ, Ane Isabele Malta *et al.* Diverticulite Aguda-uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 24096-24106, 2023.

DO SANTOS, José Mauro *et al.* Doença Diverticular do cólon: análise de 453 pacientes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 2, 2007.

LOMBANA AMAYA, Luis Jorge. Tratamento da doença diverticular do cólon: Rompendo com mitos, paradigmas e tradições. **Rev Col Gastroenterol, Bogotá**, v. 25, n. 4, p. 237-369, Dezembro de 2010. Disponível a partir de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0120-99572010000400008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de dezembro de 2024.

MENDES KDS., *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2008; 17(4): 758–764.

PARENTE; RAMA. HISTÓRIA NATURAL DA DIVERTICULITE. Diverticulite aguda complicada. Complicated acute diverticulitis, 2024.

SILVA, Pedro Augusto Barbosa *et al*. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DIVERTICULITE AGUDA. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, 2024.

VAN UNG, Viet *et al*. Effects of laparoscopic Hartmann reversal on short-term operative outcomes among Vietnamese patients. **Journal of Coloproctology**, v. 41, n. 02, p. 117-123, 2021.