

**DIVERTICULITE COLÔNICA: ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS**

Camilla Maganhin Luquetti1; Jéssica Raísa Bezerra2; Anderqueli Cardoso dos Santos3; Victória Scheffer Lumertz4; Patrícia Gabriela Aquino de Oliveira5; Layane Duarte Silva6; Victor Emílio Vargas Barzola7; Amanda de Souza Mendes8; Patrick Borges Ribeiro9; Roberto Spadoni Campigotto10.

**Introdução:** A diverticulite colônica é definida como inflamação dentro e adjacente a um divertículo. Aproximadamente 1 a 4% dos pacientes com diverticulose de cólon desenvolvem diverticulite aguda ao longo de sete anos de acompanhamento. A apresentação clínica da diverticulite aguda depende da gravidade do processo inflamatório subjacente e da presença de complicações associadas. É mais comumente tratada no ambiente ambulatorial, mas também é indicação comum para admissão hospitalar. A incidência aumenta com a idade, mas não é incomum em adultos jovens. Pode estar associada a uma mudança nos hábitos intestinais, com constipação relatada em aproximadamente 50% dos pacientes e diarréia em 25 a 35% dos pacientes. **Objetivo:** discutir aspectos clínicos e diagnósticos da diverticulite colônica. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Colonic diverticulitis”, “Clinic” e “Diagnosis”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 48), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** A dor abdominal é a queixa mais comum em pacientes com diverticulite aguda, geralmente no quadrante inferior esquerdo devido ao envolvimento do cólon sigmoide. No entanto, os pacientes podem ter dor no quadrante inferior direito ou suprapúbica devido à presença de um cólon sigmoide inflamado redundante ou, muito menos comumente, diverticulite do lado direito (cecal). A dor é constante e associada à febre. A instabilidade hemodinâmica com hipotensão e choque são raras e estão associadas à perfuração e peritonite. Uma massa sensível é palpável em aproximadamente 20% dos pacientes devido a inflamação perigosa ou um abscesso peridiverticular [8]. Os pacientes podem ter sinais peritoneales localizados com proteção localizada, rigidez e sensibilidade de rebote. O exame retal pode revelar uma massa ou sensibilidade à palpação na presença de um abscesso sigmoide distal. As fezes podem ser positivas para sangue oculto. Aproximadamente 10 a 15% dos pacientes têm urgência urinária, polaciúria ou disúria devido à irritação da bexiga pelo cólon sigmoide inflamado. As complicações agudas incluem obstrução intestinal, desenvolvimento de abscesso, fístula, estenose ou uma perfuração colônica no peritônio e peritonite. A diverticulite complicada por um abscesso ou perfuração é geralmente a primeira ou segunda apresentação da doença. Episódios recorrentes não são um fator de risco para o desenvolvimento de perfuração ou abscesso.O diagnóstico deve ser suspeito em paciente com dor abdominal inferior com sensibilidade à palpação no exame físico. Os achados laboratoriais de leucocitose, embora não sensíveis ou específicos, podem apoiar o diagnóstico. A imagem abdominal é necessária para estabelecer o diagnóstico. Indica-se tomografia computadorizada abdominal (TC) com contraste oral e intravenoso para diagnóstico, porque tem alta sensibilidade e especificidade para diverticulite aguda e pode excluir outras causas de dor abdominal. Os achados da tomografia computadorizada sugestivos de diverticulite aguda incluem a presença de espessamento localizado da parede intestinal (>4 mm), um aumento na densidade de tecidos moles dentro da gordura perigosa secundária à inflamação e a presença de divertículos colônicos. A colonoscopia não tem papel no estabelecimento do diagnóstico de diverticulite aguda e não deve ser realizada no ambiente agudo devido ao risco de perfuração. No entanto, uma colonoscopia geralmente deve ser realizada pelo menos seis semanas após a recuperação para descartar definitivamente a presença de um câncer colorretal subjacente, a menos que o paciente tenha feito uma colonoscopia no ano anterior. Pacientes com diverticulite não complicada recorrente devem seguir intervalos de triagem e vigilância de rotina após a colonoscopia basal, a menos que se desenvolvam sintomas de alarme.**Conclusão:** O desconforto abdominal contínuo é comum após a resolução da inflamação aguda. O diferencial para sintomas contínuos é amplo. A imagem e a colonoscopia podem precisar ser consideradas para descartar um diagnóstico alternativo ou inflamação contínua.

**Palavras-chave:** Diverticulite colônica; Clínica; Diagnóstico.

**E-mail do autor principal:** [**cmaganhinmed@gmail.com**](mailto:cmaganhinmed@gmail.com)

**REFERÊNCIAS:**

1. Shahedi K, Fuller G, Bolus R, et al. Risco a longo prazo de diverticulite aguda entre pacientes com diverticulose incidental encontrado durante a colonoscopia. Clin Gastroenterol Hepatol 2013; 11:1609.
2. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al. Carga e Custo das Doenças Gastrointestinais, Hepáticas e Pancreáticas nos Estados Unidos: Atualização 2021. Gastroenterologia 2022; 162:621.
3. Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, et al. Tendências Temporais na Incidência e História Natural da Diverticulite: Um Estudo de Base Populacional. Am J Gastroenterol 2015; 110:1589.
4. Jacobs DO. Prática clínica. Diverticulite. N Engl J Med 2007; 357:2057.
5. Bahadursingh AM, Virgo KS, Kaminski DL, Longo WE. Espectro de doenças e desfecho da doença diverticular complicada. Am J Surg 2003; 186:696.

1: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; cmaganhinmed@gmail.com

2: Universidade Federal do Vale do São Francisco; drajessicaraisa@gmail.com

3: Fundación Hector Alejandro Barceló; cardosoanderqueli@gmail.com

4: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); lumertzvictoria@gmail.com

5: Universidad Internacional Tres Fronteras - UNINTER PY; paquino.pmm@gmail.com

6: Hospital Santa Maria de Teresina -PI; layaneduda01@gmail.com

7: Universidad Amazonica Del Peru- UNAP Postgraduação en Cirurgia Geral e Laparoscópica; vargasbarzolav@gmail.com

8: Uniderp- Campo Grande/MS; amanda-mendesdds@hotmail.com

9: Uniderp- Campo Grande MS; patrick\_ribeiro45@hotmail.com

10. Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT; roberto.spadoni@hotmail.com

