



Abordagem geral da doença diverticular e da diverticulite

General approach to diverticular disease and diverticulitis

Enfoque general de la enfermedad diverticular y la diverticulitis

Rafael Bastos Delgado¹, Maria Julia dos Santos², Emílio Conceição de Siqueira¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da Doença Diverticular e da Diverticulite. **Revisão bibliográfica:** A doença diverticular é um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns entre pacientes internados e ambulatoriais. A diverticulite aguda é a complicação inflamatória da doença diverticular, podendo ser dividida em complicada ou não complicada. A diverticulite aguda não complicada é caracterizada pela presença de inflamação localizada com ou sem pequenos abscessos intramurais na parede do cólon, tipicamente sigmóide. A diverticulite complicada, por outro lado, inclui abscessos pericólicos, peritonite, obstrução e fístula. A progressão de diverticulite não complicada para complicada ocorre em 12% dos pacientes. **Considerações finais:** A diverticulite é uma das principais condições gastrointestinais, cuja incidência está aumentando devido aos hábitos ocidentais como dieta e baixa ingestão de fibras, obesidade e inatividade física, além da exposição a medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais. O tratamento hospitalar é feito quando o paciente não tolera a ingestão oral, vomita excessivamente, apresenta sinais de peritonite, é imunocomprometido ou em idade avançada. As complicações da diverticulite ocorrem em aproximadamente 12% dos pacientes, sendo a mais comum o flegmão ou abscesso, seguida de peritonite, obstrução e fístula.

Palavras-chave: Diverticulite, Divertículo, Gastroenterologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of Diverticular Disease and Diverticulitis. **Bibliographic review:** Diverticular disease is one of the most common gastrointestinal disorders among both inpatients and outpatients. Acute diverticulitis is the inflammatory complication of diverticular disease, which can be divided into complicated and uncomplicated. Acute uncomplicated diverticulitis is characterized by the presence of localized inflammation with or without small intramural abscesses in the wall of the colon, typically sigmoid. Complicated diverticulitis, on the other hand, includes pericolic abscesses, peritonitis, obstruction, and fistula. Progression from uncomplicated to complicated diverticulitis occurs in 12% of patients. **Final considerations:** Diverticulitis is one of the main gastrointestinal conditions, whose incidence is increasing due to Western habits such as diet and low fiber intake, obesity and physical inactivity, in addition to exposure to medications such as non-steroidal anti-inflammatory drugs. Hospital treatment is performed when the patient does not tolerate oral intake, vomits excessively, shows signs of peritonitis, is immunocompromised or in advanced age. Complications of diverticulitis occur in approximately 12% of patients, the most common being phlegmon or abscess, followed by peritonitis, obstruction and fistula.

Keywords: Diverticulitis, Diverticulum, Gastroenterology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de la Enfermedad Diverticular y la Diverticulitis. **Revisión bibliográfica:** La enfermedad diverticular es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes entre pacientes hospitalizados y ambulatorios. La diverticulitis aguda es la complicación inflamatoria de la enfermedad

¹ Universidade de Vassouras (UV), Vassouras – RJ.

² Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA), Catanduva – SP.

diverticular, que se puede dividir en complicada y no complicada. La diverticulitis aguda no complicada se caracteriza por la presencia de inflamación localizada con o sin pequeños abscesos intramurales en la pared del colon, típicamente sigmoides. La diverticulitis complicada, por otro lado, incluye abscesos pericólicos, peritonitis, obstrucción y fístula. La progresión de diverticulitis no complicada a complicada ocurre en el 12% de los pacientes. **Consideraciones finales:** La diverticulitis es una de las principales afecciones gastrointestinales, cuya incidencia va en aumento debido a hábitos occidentales como la dieta y el bajo consumo de fibra, la obesidad y la inactividad física, además de la exposición a medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos. El tratamiento hospitalario se realiza cuando el paciente no tolera la ingesta oral, vomita en exceso, presenta signos de peritonitis, está inmunocomprometido o es de edad avanzada. Las complicaciones de la diverticulitis ocurren en aproximadamente el 12% de los pacientes, siendo las más frecuentes el flemón o el absceso, seguidas de la peritonitis, la obstrucción y la fístula.

Palabras clave: Diverticulitis, Divertículo, Gastroenterología.

INTRODUÇÃO

A doença diverticular é um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns entre pacientes internados e ambulatoriais. Este termo é usado para descrever a diverticulose assintomática e o espectro de complicações da diverticulose colônica. No entanto, como o termo indica a presença de sintomas ou complicações, a doença diverticular é mais apropriada para diverticulite e outras complicações da diverticulose, como sangramento, em vez de diverticulose assintomática. Além disso, os divertículos podem ocorrer no intestino delgado e em outras áreas do trato intestinal (STRATE LL e MORRIS AM, 2019; BALK EM, et al., 2022).

A prevalência de diverticulose aumenta com a idade e é de 35% para pessoas < 50 anos, 40% para a faixa etária de 51 a 60 anos e 58% para pessoas > 60 anos. A diverticulite aguda é a inflamação devido à microperfuração de um divertículo. O divertículo é uma saliência em forma de saco da parede do cólon. A diverticulite pode se apresentar em cerca de 10% a 25% dos pacientes com diverticulose. A diverticulite aguda não complicada é caracterizada pela presença de inflamação localizada com ou sem pequenos abscessos intramurais na parede do cólon, tipicamente sigmóide. A diverticulite complicada, por outro lado, inclui abscessos pericólicos, peritonite, obstrução e fístula. A progressão de diverticulite não complicada para complicada ocorre em 12% dos pacientes (DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021).

A fisiopatologia da doença diverticular não é completamente compreendida. Acredita-se que muitos fatores contribuam para sua patogênese, incluindo estrutura da parede colônica, motilidade colônica, dieta e ingestão de fibras, obesidade e atividade física, bem como predisposição genética. Finalmente, a exposição a alguns medicamentos, incluindo anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), esteróides e opiáceos, está associada à diverticulite. Por outro lado, a exposição a estatinas pode diminuir a incidência de diverticulite sintomática. Apesar de uma crença popular comum, nozes, sementes e pipoca não estão associados ao aumento do risco de diverticulose, diverticulite ou sangramento diverticular. A diverticulite é o resultado de perfurações microscópicas e macroscópicas da parede diverticular. Anteriormente, os médicos pensavam que a obstrução do divertículo colônico com fecalitos levava ao aumento da pressão dentro do divertículo e subsequente perfuração. Eles agora teorizaram que o aumento da pressão luminal é devido a partículas de alimentos que levam à erosão da parede (PISCOPO N e ELLUL P, 2020).

Os sintomas clínicos da diverticulite aguda variam amplamente, indo desde alterações flegmonosas leves até perfuração livre. O diagnóstico é suspeitado quando a tríade de dor abdominal baixa, febre e leucocitose com peritonite localizada ou generalizada está presente. A diverticulite é responsável por cerca de 371.000 atendimentos de emergência e 200.000 internações por ano, com custo anual de 2,1 a 2,6 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos. O gasto médico total estimado (internação e ambulatorio) para diverticulose e diverticulite em 2015 foi superior a 5,4 bilhões de dólares. A incidência de diverticulite está aumentando (PISCOPO N e ELLUL P, 2020; HAWKINS AT, et al., 2020; TEKE E, et al., 2022).

A incidência de diverticulite e doença diverticular está aumentando, o que torna essencial o conhecimento acerca da condição a fim de propiciar adequado diagnóstico e manejo da doença. O objetivo do estudo foi analisar as características da Doença Diverticular e da Diverticulite.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

A doença diverticular está listada entre as cinco doenças gastrointestinais mais onerosas do mundo ocidental. A doença diverticular do cólon é uma causa significativa de internações hospitalares e um importante contribuinte para os custos de saúde nas sociedades ocidentais e industrializadas; é a terceira doença gastrointestinal mais comum que requer hospitalização e a principal indicação para ressecção eletiva do cólon nos Estados Unidos (AL-SAAD H, et al., 2023).

A diverticulose aguda do cólon esquerdo é comum nos países ocidentais, com sua prevalência aumentando em todo o mundo, provavelmente devido a mudanças no estilo de vida. Enquanto a diverticulose é mais comum na população idosa e distribuída igualmente entre os dois sexos, os episódios de diverticulite são aparentemente mais comuns nas faixas etárias mais jovens, onde a taxa de prevalência de pacientes do sexo masculino é maior. Obesidade, aumento do IMC ou aumento da circunferência e relação cintura-quadril estão associados a um risco aumentado de desenvolver diverticulite e suas complicações. Evidências recentes sugerem que o risco vitalício de desenvolver diverticulite aguda do cólon esquerdo é de cerca de 4% entre os pacientes com diverticulose, e dados de populações ocidentais sugerem que até um quinto dos pacientes com diverticulite aguda têm menos de 50 anos de idade (SARTELLI M, et al., 2020; CERESOLI M, et al., 2018).

A diverticulite aguda, a complicação inflamatória da doença diverticular, é responsável por aproximadamente 150.000 admissões emergentes anualmente. A diverticulite aguda é a inflamação de um divertículo, uma saliência em forma de saco da parede do cólon, devido à microperfuração. A diverticulite se apresenta em 10% a 25% dos pacientes com diverticulose. Aproximadamente um terço dos pacientes internados com diverticulite apresentam doença complicada (abscesso, perfuração, obstrução, fístula), dois terços apresentam doença não complicada. A diverticulite ocorre mais comumente em homens com menos de 50 anos e mulheres de 50 a 70 anos. A prevalência de hospitalização por diverticulite nos EUA é maior em brancos (62/100.000), semelhante em afro-americanos e hispânicos (aproximadamente 30/100.000) e menor em asiáticos (10/100.000). Indivíduos que vivem em áreas urbanas têm maior probabilidade de serem hospitalizados por diverticulite do que aqueles em áreas rurais, assim como aqueles com menor renda e escolaridade (VAN DIJK ST, et al., 2018).

A diverticulite é mais comum em países desenvolvidos, mas pode estar aumentando em outras partes do mundo. Após a imigração, os indivíduos não ocidentais têm um risco menor de hospitalização por doença diverticular do que os nativos ocidentais, embora o risco aumente com o tempo desde a imigração (VAN DIJK ST, et al., 2018; DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021).

Etiologia e fatores de risco

Os divertículos são herniações da mucosa colônica através da lâmina muscular. Embora a maioria dos pacientes com divertículos seja assintomática, cerca de 25% dos pacientes apresentarão sintomas, enquanto 5% dos pacientes terão um episódio de diverticulite aguda. A etiologia da doença não é totalmente compreendida e provavelmente existem interações complexas entre fatores genéticos, estilo de vida e microbioma. Acredita-se que a diverticulite aguda seja causada pela obstrução fecal de um único divertículo, sendo esta a teoria predominante, embora nunca tenha sido comprovada. A obstrução causa danos à mucosa, o que leva à inflamação, supercrescimento da flora bacteriana colônica, isquemia localizada e, finalmente, perfuração (DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021; PISCOPO N e ELLUL P, 2020).

Acredita-se que a diverticulite aguda esteja associada à inflamação crônica devido às muitas associações epidemiológicas com fatores de risco que resultam ou envolvem a inflamação crônica. Estes incluem obesidade, inatividade física, dieta ocidental com alta ingestão de carne vermelha, carboidratos processados e gordura e tabagismo. Todos esses fatores de risco aumentam o nível de marcadores de risco inflamatório. As visitas ao departamento de emergência para diverticulite aguda aumentaram 26,8% para 113,9 visitas por 100.000 de 2006 a 2013 nos Estados Unidos. As internações hospitalares por diverticulite aumentaram 7,5% ao ano, de 190 por 100.000 em 2008 para 310 por 100.000 em 2015 na Europa; o aumento ocorreu

predominantemente entre os pacientes com idade inferior a 60 anos. O consumo insuficiente de fibras alimentares está associado a esse aumento (ZONNDEVAN N, et al., 2022; DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021). O consumo semanal de aspirina e anti-inflamatórios não esteróides também está associado à diverticulite aguda. Os AINEs afetam a mucosa intestinal e prejudicam a função de barreira, de modo que as bactérias tenham acesso mais fácil à lâmina própria, onde o processo inflamatório é ativado (DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021).

Quadro clínico e diagnóstico

A manifestação clínica da diverticulite aguda varia de acordo com a gravidade da doença. Os pacientes com diverticulite não complicada geralmente apresentam dor abdominal no quadrante inferior esquerdo, refletindo a propensão da doença do lado esquerdo nas nações ocidentais. No entanto, pacientes de ascendência asiática apresentam dor abdominal predominantemente do lado direito. A dor pode ser constante ou intermitente. A alteração dos hábitos intestinais, seja diarreia (35%) ou constipação (50%), pode estar associada à dor abdominal. Os pacientes também podem sentir náuseas e vômitos, possivelmente secundários à obstrução intestinal. A febre não é incomum em pacientes com abscessos e perfuração. Disúria, frequência e urgência podem ocorrer em pacientes quando a porção inflamada do intestino entra em contato direto com a parede da bexiga, o que é chamado de cistite simpática (KUPCINSKAS J, et al., 2019; CIROCCHI R, et al., 2021; AL-SAAD H, et al., 2023).

No exame físico, quase sempre há sensibilidade à palpação sobre a área de inflamação devido à irritação do peritônio. Uma massa pode ser sentida em aproximadamente 20% dos pacientes se houver um abscesso. Os ruídos intestinais são geralmente hipoativos, mas podem ser normoativos. Os pacientes podem apresentar sinais peritoneais (rigidez, defesa, sensibilidade rebote) com perfuração da parede intestinal. Por outro lado, quase sempre há febre, mas hipotensão e choque são incomuns (KUPCINSKAS J, et al., 2019).

Diverticulite aguda não complicada

A diverticulite aguda não complicada, caracterizada pela ausência de disfunção orgânica, abscessos, fístulas ou perfurações, representa cerca de 80% dos casos. A apresentação mais comum dos pacientes com diverticulite é dor no quadrante inferior esquerdo do abdome e alterações nos hábitos intestinais (constipação ou diarreia) com ou sem febre. Esses sintomas são inespecíficos e o diagnóstico clínico de diverticulite tem uma sensibilidade de apenas 45% a 72%; no entanto, a precisão diagnóstica da diverticulite aguda pode ser aumentada para 86% com uma combinação de sensibilidade direta no lado esquerdo, ausência de vômito e proteína C-reativa (PCR) > 50 mg/L. Diagnósticos diferenciais comuns para diverticulite aguda incluem apendicite, colite, apendagite epiplóica e câncer (CHABOK A, et al., 2021; PECERE S, et al., 2020).

O tratamento padrão tradicional para diverticulite aguda não complicada incluía repouso intestinal, fluidos intravenosos e antibióticos intravenosos. O uso de antibióticos foi baseado na antiga (e atualmente muito questionada) premissa de que a diverticulite era causada por perfuração microcolônica; no entanto, a antibioticoterapia agora se tornou controversa. Uma extensa meta-análise recente mostrou que as evidências que apoiam esse tipo de terapia são escassas e de baixa qualidade (CERESOLI M, et al., 2018; AZHAR N, et al., 2022; ERRITZOE LW e HANSEN LB, 2022; LEE KY, et al., 2022).

Diverticulite aguda complicada

Nas últimas décadas, a doença diverticular complicada tem sido um fardo crescente para os sistemas de saúde, pois sua incidência tem aumentado constantemente nos países ocidentais. Além disso, a taxa de mortalidade relacionada à peritonite permanece alta. A diverticulite complicada é definida como diverticulite associada a perfuração localizada ou generalizada, abscesso localizado ou distante, fístula, estenose ou obstrução (NASCIMBENI R, et al., 2021; CIROCCHI R, et al., 2021).

A classificação modificada de Hinchey descreve os estágios clínicos da doença diverticular perfurada, que incluem estágio Ib (abscesso pericólico), estágio IIa (abscesso à distância passível de drenagem percutânea), estágio IIb (abscesso complexo associado com/sem fístula), estágio III (abscesso purulento generalizado peritonite) e estágio IV (peritonite fecal) (AL-SAAD H, et al., 2023; QASEEM A, et al., 2022).

Na avaliação clínica da diverticulite complicada, é de suma importância diagnosticar e diferenciar os pacientes oportunamente e corretamente, a fim de iniciar o tratamento adequado. Além disso, o estadiamento preciso da doença tornou-se cada vez mais importante, uma vez que as abordagens de tratamento se tornaram menos agressivas e mais adaptadas ao estágio da diverticulite. O diagnóstico clínico de diverticulite complicada parece estar correto em 43 a 68% dos pacientes, quando baseado apenas nos sintomas, exame físico e resultados laboratoriais. A validação externa de uma regra de decisão clínica mostrou que sensibilidade isolada no quadrante inferior esquerdo, nível de proteína C reativa > 50 mg/L e ausência de vômito podem ter valor preditivo em pacientes com suspeita de diverticulite aguda. No entanto, deve-se reconhecer que esses critérios apenas identificaram até 24% dos pacientes e, portanto, a avaliação clínica ainda permanece insuficientemente precisa (LAMBRICTHS DPV, et al., 2018). Sugere-se que nesses pacientes a imagem pode ser omitida, mas, em geral, o diagnóstico clínico de DCA não é suficientemente preciso e todas as diretrizes recomendam evidências radiológicas para apoiar o diagnóstico clínico. As técnicas de diagnóstico avaliadas são enemas de bário com duplo contraste, ressonância magnética (RM), colonoscopia, ultrassonografia (US) e tomografia computadorizada.

No entanto, o enema de bário com duplo contraste é contraindicado no cenário de suspeita de DCA, devido à sua baixa precisão, alta exposição à radiação e baixa aceitabilidade do paciente. A RM tem a vantagem de não precisar de contraste e não expor o paciente à radiação ionizante, mas ainda faltam evidências suficientes e dados precisos. Além disso, em muitos hospitais, a disponibilidade de ressonância magnética no departamento de emergência é limitada. A colonoscopia não é recomendada na fase aguda devido a possíveis dificuldades, como preparo intestinal incompleto, estenose intestinal e risco de perfuração e sangramento. US e TC são comparáveis no diagnóstico de diverticulite e superiores a outras modalidades, com sensibilidade de 92 versus 94% e especificidade de 90 versus 99%, respectivamente. Atualmente, a TC é o método de escolha estabelecido quando comparado à US e a maioria das diretrizes concorda com a alta precisão e outras vantagens da TC. A diverticulite complicada justifica uma colonoscopia de intervalo, geralmente 6 semanas após a resolução (ZONNDERVAN N, et al., 2022; LAMBRICTHS DPV, et al., 2018).

As complicações da diverticulite ocorrem em aproximadamente 12% dos pacientes. A complicação mais comum é flegmão ou abscesso (aproximadamente 70% dos pacientes com complicações), seguida de peritonite, obstrução e fístula. A mortalidade após diverticulite complicada (diverticulite com flegmão, abscesso, perfuração ou fístula) é maior em comparação à diverticulite não complicada e é maior entre os indivíduos com perfuração ou abscesso. Em um estudo de coorte de base populacional no Reino Unido, a mortalidade em 1 ano foi de 20% em pacientes com diverticulite perfurada em comparação com 4% em controles pareados por idade e sexo (STRATE LL e MORRIS AM, 2019; QASEEM A, et al., 2022).

A diverticulite complicada, definida como evidência radiológica de perfuração ou abscesso intra-abdominal, tem uma taxa de mortalidade em 30 dias de 8,7%. A antibioticoterapia é indicada e muitos pacientes necessitam de internação hospitalar. Os abscessos podem ser tratados com drenagem percutânea se o abscesso for grande o suficiente (> 3 cm) ou cirurgia de emergência. A estratégia ideal de longo prazo para pacientes submetidos a tratamento não cirúrgico bem-sucedido de seu abscesso diverticular permanece controversa. Existem claramente pacientes que se sairiam bem com uma colectomia eletiva e um subconjunto que poderia evitar uma operação em conjunto, no entanto, o desafio é a estratificação de risco apropriada e a seleção de pacientes. O manejo de pacientes com perfuração depende muito da presença de peritonite feculenta ou purulenta, da extensão da contaminação e do estado hemodinâmico e das comorbidades associadas (ZONNDERVAN N, et al., 2022; HAWKINS AT, et al., 2020).

Tratamento e seguimento do paciente pós episódio de diverticulite

De acordo com a American Society of Colon and Rectal Surgeons, um paciente que não tolera a ingestão oral, vomita excessivamente, apresenta sinais de peritonite, é imunocomprometido ou em idade avançada deve ser hospitalizado. Na ausência dessas condições, e se um acompanhamento imediato apropriado puder ser estabelecido, a diverticulite aguda pode ser tratada em nível ambulatorial. É relatado que a taxa de sucesso do tratamento ambulatorial é de cerca de 94% a 97%. O padrão de atendimento ambulatorial inclui repouso intestinal e aumento da ingestão de líquidos. Nos últimos anos, a tendência mudou e os estudos

mostraram que o tratamento sem antibióticos da diverticulite aguda não complicada parece seguro e sem aumento do risco de complicações. O uso de antibióticos tem várias desvantagens: custo do tratamento, risco de reações alérgicas e superinfecção por *Clostridium difficile*, que no pior dos casos pode levar a megacólon tóxico e morte. A resistência AB continua sendo um problema crescente e uma ameaça global com consequências futuras imprevisíveis. (TEKE E, et al., 2022; DICHMAN ML e SHABANZADEH DM, 2021; HAWKINS AT, 2021).

O tratamento hospitalar da diverticulite requer antibióticos intravenosos, fluidos intravenosos e controle da dor. Mais uma vez, os antibióticos devem abranger bastonetes gram-negativos e anaeróbios e ser administrados por três a cinco dias antes de mudar para antibióticos orais por um período de dez a 14 dias. O repouso intestinal é preferido em pacientes que necessitam de internação. Normalmente, a defervescência e a melhora da leucocitose devem ser observadas por dois a quatro dias de internação, caso contrário, deve-se suspeitar de um diagnóstico alternativo ou de complicações. A avaliação cirúrgica imediata deve ser considerada. O tratamento dependerá da gravidade da doença: abordagem cirúrgica aberta ou laparoscópica, sendo indicada em pacientes com perfuração livre e peritonite, enquanto o tratamento conservador é a base para inflamação leve sem perfuração ou perfuração coberta (LA TORRE M, et al., 2020).

Cerca de 15% dos pacientes com diverticulite aguda desenvolvem um abscesso, especificamente pericolônico e intra-mesentérico. Clinicamente, deve-se suspeitar da formação de abscesso se a febre e a leucocitose não diminuírem apesar dos antibióticos intravenosos (IV) adequados. No exame físico, um abdome sensível e uma massa sensível sugerem possível formação de abscesso. Abscessos com menos de 2 cm a 3 cm podem ser tratados conservadoramente com antibióticos intravenosos. Abscessos grandes devem ser drenados por via percutânea com orientação de TC (IMAM A, et al., 2022).

A formação de fístula é outra complicação da diverticulite aguda. Relata-se que menos de 5% desenvolve fístula; no entanto, foi encontrado em cerca de 20% dos pacientes submetidos à cirurgia para diverticulite. A fístula mais comum é a fístula colovesicular que ocorre em cerca de 65% dos casos. A fecalúria é patognomônica de fístula colovesicular. O reparo cirúrgico da fístula com anastomose primária é o tratamento de escolha. Colovaginal, coloentérica, colouterina, coloretral e colocutânea são outras possíveis fístulas observadas na diverticulite complicada aguda. Obstrução intestinal parcial ou pseudo-obstrução devido a íleo colônico também pode ocorrer, o que pode ser tratado de forma conservadora. A obstrução intestinal completa é rara na diverticulite aguda. A perfuração livre, se ocorrer, deve ser tratada cirurgicamente (IMAM A, et al., 2022; QASEEM A, et al., 2022).

Após um episódio de diverticulite aguda, a colonoscopia de rotina tem sido recomendada por várias sociedades para excluir a presença de câncer colorretal ou a presença de diagnóstico alternativo como colite isquêmica ou doença inflamatória intestinal para a apresentação clínica. A avaliação endoscópica do cólon é normalmente atrasada em cerca de 6 semanas a partir do episódio agudo para reduzir o risco associado à colonoscopia. Um estudo mais aprofundado questionou a necessidade de avaliação endoscópica para cada paciente com diverticulite aguda. A colonoscopia deve ser realizada rotineiramente após casos de diverticulite complicada, quando a apresentação clínica é atípica ou se houver alguma ambiguidade diagnóstica, ou o paciente tem outras indicações para colonoscopia como sangramento retal ou tem mais de 50 anos de idade sem colonoscopia recente (HAWKINS AT, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diverticulite é uma das principais condições gastrointestinais sendo responsável por um alto índice de morbimortalidade, cuja incidência está aumentando devido aos hábitos ocidentais como dieta e baixa ingestão de fibras, obesidade e inatividade física, além da exposição a medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais. O tratamento hospitalar é feito quando o paciente não tolera a ingestão oral, vomita excessivamente, apresenta sinais de peritonite, é imunocomprometido ou em idade avançada. As complicações da diverticulite ocorrem em aproximadamente 12% dos pacientes, sendo a mais comum o flegmão ou abscesso, seguida de peritonite, obstrução e fístula.

REFERÊNCIAS

1. AL-SAADH H, et al. Evaluation of Clinical Assessment in Predicting Complicated Acute Diverticulitis. *Cureus*, 2023; 15(2): e34709.
2. AZHAR N, et al. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: compliance and outcomes -a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med*, 2022; 22(1): 28.
3. BALK EM, et al. Diagnostic Imaging and Medical Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Systematic Review. *Ann Intern Med*, 2022; 175(3): 379-387.
4. CERESOLI M, et al. Inflammation management in acute diverticulitis: current perspectives. *J Inflamm Res*, 2018; 11: 239-246.
5. CHABOK A, et al. Changing Paradigms in the Management of Acute Uncomplicated Diverticulitis. *Scand J Surg*, 2021; 110(2): 180-186.
6. CIROCCHI R, et al. The role of damage control surgery in the treatment of perforated colonic diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*, 2021; 36(5): 867-879.
7. DICHMAN ML e SHABANZADEH DM. Acute diverticulitis can be treated without antibiotics. *Ugeskr Laeger*, 2021; 183(28): V01210081.
8. ERRITZOE LW, HANSEN LB. First episode of uncomplicated diverticulitis does not increase the risk of colorectal cancer. *Dan Med J*, 2022; 69(4): A04210354.
9. HAWKINS AT, et al. Diverticulitis: An Update from the Age Old Paradigm. *Curr Probl Surg*, 2020; 57(10): 100862.
10. HAWKINS AT. Fighting Inertia: Why are we Continuing to Treat Acute Uncomplicated Diverticulitis with Antibiotics? *Ann Surg*, 2021; 274(5): e443-e444.
11. IMAM A, et al. Identifying patients with complicated diverticulitis, is it that complicated? *Turk J Surg*, 2022; 38(2): 169-174.
12. KUPCINSKAS J, et al. Pathogenesis of Diverticulosis and Diverticular Disease. *J Gastrointestin Liver Dis*, 2019; 28(4): 7-10.
13. LA TORRE M, et al. Differences between computed tomography and surgical findings in acute complicated diverticulitis. *Asian J Surg*, 2020; 43(3): 476-481.
14. LAMBRICHTS DPV, et al. The Multidisciplinary Management of Acute Complicated Diverticulitis. *Inflamm Intest Dis*, 2018; 3(2): 80-90.
15. LEE KY, et al. Routine colonoscopy may be needed for uncomplicated acute right colonic diverticulitis. *BMC Gastroenterol*, 2021; 21(1): 91.
16. NASCIMBENI R, et al. Management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis. A multidisciplinary review and position paper. *Tech Coloproctol*, 2021; 25(2): 153-165.
17. PECERE S, et al. Acute uncomplicated diverticulitis: key points for early management. A single-centre retrospective study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2020; 24(5): 2710-2718.
18. PISCOPO N, ELLUL P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *Ulster Med J*, 2020; 89(2): 83-88.
19. QASEEM A, et al. Diagnosis and Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2022; 175(3): 399-415.
20. SARTELLI M, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*, 2020; 15(1): 32.
21. STRATE LL, MORRIS AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*, 2019; 156(5): 1282-1298.
22. TEKE E, et al. Management of Acute Uncomplicated Diverticulitis: Inpatient or Outpatient. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*, 2022; 56(4): 503-508.
23. VAN DIJK ST, et al. A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis. *Int J Colorectal Dis*, 2018; 33(5): 505-512.
24. ZONNDEVAN N, et al. Management of acute diverticulitis. *CMAJ*, 2022; 194(34): 1171.