



Diverticulite complicada com fistula reto vaginal

Complicated diverticulitis with rectovaginal fistula

Diverticulitis complicada con fístula rectovaginal

Beatriz Rocha de Oliveira¹, Isabela Moreira Gomides Sardinha Carvalhêdo¹, Gabriel Arruda Silva¹, Adriana Vieira Pereira¹, Julia Batista Alves Martinez Palhares¹, Olegário Indemburgo Silva Rocha Vidal¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar a evolução de um caso de diverticulite complicada com fístula reto vaginal e vesical corrigida por cirurgia de Hartmann. **Detalhamento do caso:** O diagnóstico se deu após história da doença atual e exame físico sobre o quadro de dor abdominal crônica reagudizada e exames complementares à investigação clínica (enema opaco, tomografia de abdômen, retossigmoidoscopia e ressonância magnética do abdome). O plano terapêutico consistia em limpeza mecânica do cólon com Manitol com retossigmoidectomia com anastomose primária do cólon com o reto, porém tal procedimento foi impossibilitado devido à obstrução intestinal e impossibilidade de limpeza mecânica do cólon. Sendo assim, foi realizado a retossigmoidectomia pela técnica de Hartmann. A peça cirúrgica retirada na operação foi enviada para estudo anatomopatológico para confirmação diagnóstica clínica e diagnóstico diferencial (tendo como principal causa o tumor de colón sigmoide). O resultado histopatológico evidenciou um quadro de diverticulite crônica reagudizada com linfadenite granulomatosa em sete linfonodos, sem evidência de processo neoplásico. **Considerações finais:** O relato de caso descrito apontou a consolidação de um diagnóstico de diverticulite complicada com fístula reto vaginal, a partir do estudo clínico e laboratorial, e como o plano terapêutico sofreu alteração em virtude das condições observadas durante a laparotomia exploradora.

Palavras-chave: Diverticulite, Fístula retovaginal, Colostomia.

ABSTRACT

Objective: To report the evolution of a case of diverticulitis complicated with rectal, vaginal and bladder fistula corrected by Hartmann surgery and closure of the fistula. **Case details:** The diagnosis was made after a history of the disease and physical examination of the chronic abdominal pain and complementary tests to the clinical investigation (barium enema, abdominal tomography, rectosigmoidoscopy and abdominal magnetic resonance imaging). The therapeutic plan consisted of mechanical colon cleansing with mannitol with rectosigmoidectomy with primary anastomosis with the rectum, but this procedure was impossible due to intestinal obstruction and the impossibility of mechanical colon cleansing. Therefore, rectosigmoidectomy was performed using the Hartmann technique. The surgical specimen removed during the operation was sent for anatomopathological study to confirm the clinical diagnosis and differential diagnosis (the main cause was the sigmoid colon tumor). The histopathological result showed chronic diverticulitis aggravated with granulomatous lymphadenitis in seven lymph nodes, without evidence of a neoplastic process. **Final considerations:** The case report

¹Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anápolis – GO.

described here pointed to the consolidation of the diagnosis of diverticulitis complicated with vaginal rectal fistula, based on the clinical and laboratory study, and how the therapeutic plan changed due to the conditions observed during the exploratory laparotomy.

Keywords: Diverticulitis, Rectovaginal Fistula, Colostomy.

RESUMEN

Objetivo: Reportar la evolución de un caso de diverticulitis complicada con fístula rectal, vaginal y vesical corregida mediante cirugía de Hartmann y cierre de la fístula. **Detalles del caso:** El diagnóstico se realizó luego de anamnesis y exploración física de dolor abdominal crónico y pruebas complementarias a la investigación clínica (enema de bario, tomografía abdominal, rectosigmoidoscopia y resonancia magnética abdominal). El plan terapéutico consistió en limpieza mecánica de colon con manitol con rectosigmoidectomía con anastomosis primaria colon-recto, pero este procedimiento fue imposible por obstrucción intestinal e imposibilidad de limpieza mecánica. Por lo tanto, se realizó rectosigmoidectomía mediante la técnica de Hartmann. La pieza quirúrgica extraída durante la cirugía fue enviada a estudio anatomopatológico para confirmar el diagnóstico clínico y diagnóstico diferencial (la causa principal fue el tumor de colon sigmoide). El resultado histopatológico mostró diverticulitis crónica agravada con linfadenitis granulomatosa en siete ganglios linfáticos, sin evidencia del proceso neoplásico. **Consideraciones finales:** El reporte de caso descrito apuntó a la consolidación del diagnóstico de diverticulitis complicada con fístula vaginal rectal, con base en el estudio clínico y de laboratorio, y cómo el plan terapéutico cambió debido a las condiciones observadas durante la laparotomía exploratoria.

Palabras clave: Diverticulitis, Fístula Rectovaginal, Colostomía.

INTRODUÇÃO

A diverticulose é uma condição definida pela presença de divertículos, os quais consistem em protusões semelhantes a sáculos na mucosa colonizada através de pontos frágeis da parede muscular e que podem se manifestar de maneira sintomática ou assintomática. Os divertículos são múltiplos e mais comuns no cólon esquerdo, principalmente no sigmoide. A prevalência da diverticulose é dependente da faixa etária, aumentando de menos de 20% aos 40 anos para 60% aos 60 anos (PEMBERTON JH e STRATE, 2023).

Quando a manifestação é clinicamente significativa e sintomática, a denominação é doença diverticular, podendo ser causada, por exemplo, pela inflamação dos divertículos (diverticulite). A diverticulite ocorre em aproximadamente 4% dos pacientes portadores de diverticulose, tendo risco aumentado com a idade avançada e predominância no sexo feminino a partir dos 60 anos de idade (STRATE LL e MORRIS, AM, 2019).

A diverticulite é classificada como não complicada, ao apresentar ausência de abscesso e de perfurações, ou complicada, devido a presença de fístulas, abscesso diverticular, obstrução e perfuração do intestino (SARTELLI, M. et al., 2020). Sua patogênese ainda não está claramente elucidada, mas a teoria mais aceita aponta que a pressão aumentada no interior do cólon pressiona os fecálitos acumulados no lúmen contra a parede dos divertículos, resultando em trauma pela abrasão da mucosa e contribuindo para a inflamação (PISCOPO N e ELLUL P, 2020).

Como resultado da diverticulite, uma fístula pode desenvolver-se entre o cólon e outro órgão pélvico, como a vagina (25% dos casos). Fístulas colovaginais são as complicações mais comuns em mulheres idosas com histórico de histerectomia. Suas manifestações clínicas incluem a excreção de fezes pela vagina e dor abdominal. Fístulas diverticulares raramente fecham espontaneamente e, se não tratadas, podem evoluir para quadros de gravidade significativa (PEMBERTON JH, 2022).

Dessa forma, é importante que o diagnóstico e a correção cirúrgica sejam realizados para a garantia de uma melhor qualidade de vida dos pacientes enfermos. O tratamento cirúrgico de pacientes com diverticulite

e fistulização sigmoide consiste na remoção cirúrgica do cólon sigmoide com preservação do reto distalmente e do cólon descendente (ou apenas uma porção deste) proximalmente. Em casos nos quais a anastomose primária colorretal encontra-se impossibilitada, pode-se realizar uma colostomia final com a porção interrompida do cólon descendente, procedimento conhecido como cirurgia de Hartmann (ABRAHA I, et al., 2017).

Em vista da necessidade de estudar o padrão de evolução dos casos de diverticulite complicada, o presente relato almeja contribuir para a compreensão do desfecho cirúrgico em pacientes com tal enfermidade, especialmente em quadros nos quais o plano inicial de intervenção cirúrgica é impossibilitado e requer um novo panorama de ação para resolução do procedimento. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi relatar a evolução de um caso de diverticulite complicada com fístula reto vaginal e vesical corrigida por cirurgia de Hartmann e com fechamento da fístula.

DETALHAMENTO DO CASO

Este estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UniEVANGÉLICA) (Parecer 7.222.698 e CAAE 84582724.9.0000.5076), tendo a concordância do paciente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Carta circular 166/2018 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Paciente do sexo feminino, 83 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com história patológica pregressa de constipação crônica e histerectomia devido à mioma uterino há aproximadamente 36 anos. Durante consulta com o cirurgião coloproctologista, há 3 meses, relatando dor abdominal crônica, infecção do trato urinário de repetição, pneumatúria, fecalúria, mal cheiro em canal vaginal com saída de fezes, enterorragia, hematoquezia e tenesmo com fezes em cíbalos foi aventada a hipótese de diverticulite crônica reagudizada complicada com suboclusão intestinal. Após história da doença atual e exame físico, foram solicitados exames laboratoriais e de imagem. Os exames laboratoriais evidenciaram hemograma com leucocitose e desvio para a esquerda e o exame de urina com presença de células epiteliais e hematúria acima dos valores de referência (58.000 células epiteliais/ml e 11.000 hemácias/ml, respectivamente), os demais exames sem alterações significativas.

Desse modo, foi realizado enema opaco (após tratamento) que evidenciou colón sigmoide espástico com inúmeros pequenos divertículos e aspecto radiológico de doença diverticular do colo em grau avançado. Além disso, foi realizada a tomografia computadorizada de abdome total, a qual evidenciou espessamento parietal do terço médio superior do sigmoide, com irregularidade da serosa na topografia e pequenos linfonodos mesentéricos adjacentes, com impressão diagnóstica de doença diverticular do sigmoide.

Também foi realizada colonoscopia para melhor definição diagnóstica, que não pode ser concluída devido a impossibilidade da progressão do endoscópio acima do nível de suboclusão intestinal desenvolvida em decorrência da ausência de intervenção cirúrgica precoce. Sendo assim, foi executada apenas retossigmoidoscopia flexível, a qual evidenciou doença hemorroidária, diverticulose colônica hipertônica e colite moderada inespecífica, não sendo possível descartar a possibilidade de neoplasia suprajacente.

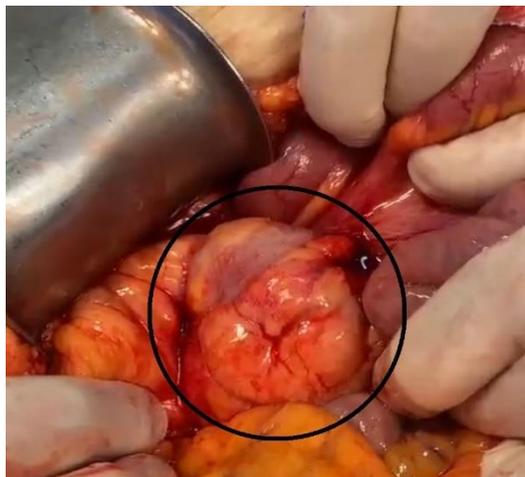
Em seguida, foi realizada ressonância magnética da pelve, que evidenciou doença diverticular do sigmoide sem sinais inflamatórios agudos, espessamento parietal do terço médio do sigmoide com irregularidade da serosa e estreitamento luminal na topografia, podendo ser relacionado à etiologia neoplásica primária, sem evidências de fístulas detectáveis ao método, tendo como diagnóstico diferencial principal neoplasia de cólon.

Na propedêutica de exames pré-operatórios, também foram realizados cintilografia e tomografia de tórax, as quais não evidenciaram processos metastáticos. Foram identificados apenas espessamento pleural e granuloma pulmonar em lobo inferior esquerdo, alteração já identificada em exame pregresso, sem alterações desde então, e irrelevantes ao quadro clínico relatado.

O plano terapêutico inicial proposto para a paciente consistia em internação hospitalar para limpeza mecânica do cólon com Manitol com retossigmoidectomia e anastomose primária do cólon com o reto, que

foi impossibilitada devido obstrução encontrada durante a laparotomia exploradora. Sendo assim, foi realizada a retossigmoidectomia pela técnica de Hartmann, que consiste na amputação do coto distal do reto com colostomia proximal. A obstrução, constituída por tumoração envolvendo o sigmoide, a bexiga e a vagina, impossibilitou a anastomose primária (**Figura 1**).

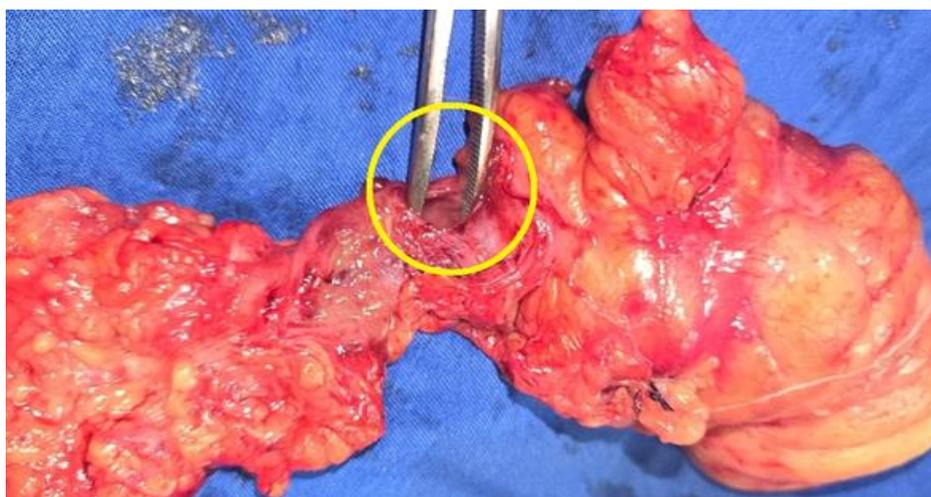
Figura 1 - Presença de bloqueio do sigmoide pela bexiga e canal vaginal, a fístula reto vaginal e vesical na cavidade abdominal apontada por círculo preto.



Fonte: de Oliveira BR, et al., 2025.

Após a cirurgia, a tumoração retirada com presença de perfuração (**Figura 2**), durante a operação foi enviado para estudo anatomopatológico, com análise por inclusão de parafina e teve como resultado um quadro crônico agudizado, com a presença de reação granulomatosa, necrose e fistulização, além de linfonodos reacionais, com sete destes apresentando linfadenite granulomatosa.

Figura 2 - Segmento de sigmoide com perfuração apontada por círculo amarelo.



Fonte: de Oliveira BR, et al., 2025.

A paciente recebeu alta hospitalar uma semana depois da cirurgia, apresentando bom funcionamento da colostomia e segue em acompanhamento médico pós-cirúrgico.

DISCUSSÃO

A fim de compreender a fundo as complicações que levaram ao agravamento do caso relatado, é necessário mencionar os fatores que corroboraram para o desenvolvimento da diverticulite complicada com fístula reto vaginal e vesical. Entre os principais fatores estão o sexo feminino, a idade avançada e o tratamento tardio (PEMBERTON JH e STRATE, 2023).

Além disso, observa-se que a paciente em questão apresenta histerectomia prévia, fator apontado pela literatura como predisponente para a formação de fístulas. Dessa forma, em mulheres histerectomizadas e com diverticulite, a ausência do útero denso atuando como protetor do tecido vaginal permite o contato entre o cólon inflamado e a vagina, assim, possibilitando a formação de fístulas (ALTMAN D, et al., 2010; BERGER MB, et al., 2016; FORSGREN C e ALTMAN D., 2010).

A patogênese da diverticulite engloba a progressão da estase luminal para obstrução dos divertículos com eventual formação de ulcerações ou perfurações. Em vista disso, a ausência de fibras na dieta da paciente também deve ser destacada como fator predisponente nesse caso, visto que esse tipo de alimentação aumenta o tempo de transporte intestinal, assim, intensificando a absorção de água e o ressecamento do bolo fecal. Como consequência, as fezes provocam obstipação e resultam no aumento da pressão luminal, contribuindo para a progressão da inflamação dos divertículos (TALUTIS SD e KUHLEN FAH, 2020).

Ademais, estudos demonstram que fatores de dieta e estilo de vida podem aumentar o risco de diverticulite através dos seus efeitos na microbiota intestinal e na inflamação (STRATE LL e MORRIS AM, 2019; ROBERSON JL e MAGUIRE LM, 2023). A presença de fibras na dieta é uma importante fonte de energia para micróbios que transformam carboidratos complexos em ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), os quais são responsáveis pelo aumento de produção de muco, peptídeos antimicrobianos, além de mediar a homeostase imune, melhorar a função da barreira intestinal e manter níveis adequados de proliferação celular (STRATE LL e MORRIS AM, 2019). Diante de tal panorama, mostra-se imprescindível a realização de pesquisas e exames da microbiota dos indivíduos com diverticulite, a fim de entender os fatores envolvidos no desenvolvimento da doença. No caso relatado, observou-se a falta de estudos aprofundados sobre a microbiota pelos profissionais médicos, algo que possibilitaria maior compreensão sobre o perfil da paciente.

Com o objetivo de construir o diagnóstico de diverticulite, é necessário investigar a apresentação clínica da doença e os aspectos laboratoriais envolvidos em cada caso. Os achados clínicos incluem dor aguda ou sensibilidade no quadrante inferior esquerdo do abdômen que pode estar associado ao aumento de marcadores inflamatórios, incluindo Proteína C Reativa (PCR) e contagem de leucócitos. Estudos demonstram que a PCR foi identificada como um biomarcador útil de inflamação e pode ser útil na previsão da gravidade clínica da diverticulite aguda, apresentando valores maiores em casos de diverticulite complicada do que na forma não complicada da doença (KECHAGIAS et al., 2014; VAN DE WALL et al., 2013). Nesse contexto, a paciente em questão apresentava hemograma com leucocitose e desvio para a esquerda, porém a PCR não foi avaliada.

Em relação ao uso de exames de imagem, a tomografia computadorizada pode ser utilizada para a determinação do quadro clínico e a progressão do tratamento, consolidando-se um meio específico e detalhado de análise. Já o uso do ultrassom é mais recomendado para casos de doença diverticular não complicada. Os exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia flexível permitem a visualização direta dos tecidos para avaliação, porém deve ser considerada a aplicabilidade em cada caso, posto que esses procedimentos podem ser controversos em casos de doença diverticular complicada aguda (BATHIA M e MATTOO A, 2023). Assim, os exames laboratoriais são importantes fatores complementares para o diagnóstico precoce e plano terapêutico, melhorando o prognóstico dos pacientes.

Em vista das altas taxas de morbidade e de mortalidade causadas por diverticulite complicada, o tratamento cirúrgico é recomendado. Segundo a literatura, a demora para aplicação da intervenção cirúrgica nesses casos é responsável pelo aumento de 31% da mortalidade a cada dia de atraso (SELL NM, et al., 2021). Dessa forma, a opção da família por prorrogar a operação é um importante fator capaz de influenciar negativamente o prognóstico da paciente.

A intervenção cirúrgica inicial planejada pelo clínico cirúrgico no presente caso foi reavaliada devido à complexidade do quadro clínico, que incluía a presença de obstrução intestinal. Estes achados obrigaram os cirurgiões a modificarem a estratégia terapêutica, optando pela realização da técnica de Hartmann. Esta técnica, que envolve a ressecção do segmento afetado do cólon seguido pela criação de uma colostomia terminal, foi crucial para o manejo imediato da obstrução intestinal e para a remoção da tumoração. A criação da colostomia temporária, embora impactante na qualidade de vida do paciente, foi essencial para garantir a recuperação e prevenir complicações pós-operatórias graves (BEZERRA RP, et al, 2020). Estudos demonstram que a técnica de Hartmann é eficaz em controlar a inflamação e infecção aguda, permitindo um período de estabilização antes de considerar a reversão da colostomia (BEZERRA RP, et al, 2020; HALIM H, et al., 2019).

Nessa perspectiva, a escolha da técnica cirúrgica utilizada segue a decisão da maioria dos cirurgiões de urgência para tratamento semelhante do quadro clínico da paciente. Entretanto, deve-se ressaltar que o procedimento de Hartmann, mesmo apresentando taxa de complicações e de mortalidade pós-operatória semelhantes às da anastomose primária, manifesta menores índices de reversão do estoma, impactando negativamente a qualidade de vida dos pacientes (BEZERRA RP, et al, 2020; EDOMSKIS PP, et al., 2022; HALIM H, et al., 2019; LAMBRICHTS DPV, et al., 2019). Dessa maneira, observa-se que a escolha da técnica cirúrgica utilizada deve-se basear nas particularidades do paciente, visto que ambos os procedimentos apresentam seus próprios benefícios e riscos.

O relato de caso descrito apontou a consolidação de um diagnóstico de diverticulite complicada com fístula reto vaginal, a partir do estudo clínico e laboratorial, e como o plano terapêutico sofreu alteração em virtude das condições observadas durante a laparotomia exploradora. Apesar da patogênese da diverticulite não ser devidamente explicada, é possível encontrar correlações entre a constipação crônica e a idade da paciente na evolução do quadro da enfermidade. Além disso, fica evidente a necessidade de ampla investigação dos sinais e sintomas relacionados à presença da doença diverticular e sua classificação, juntamente às análises de exames realizados para conclusão correta do diagnóstico, tratamento precoce e determinação do melhor método cirúrgico a ser utilizado pelos profissionais médicos em cada caso.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHA I, et al. Laparoscopic versus open resection for sigmoid diverticulitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 2017(11).
2. ALTMAN D, et al. Influence of hysterectomy on fistula formation in women with diverticulitis. *Journal of British Surgery*, 2010, 97(2): 251–257.
3. BERGER MB, et al. Colovaginal Fistulas: Presentation, Evaluation, and Management. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 2016, 22(5): 355–358.
4. BEZERRA RP, et al. Procedimento de Hartmann ou ressecção com anastomose primária para tratamento da diverticulite perforada? Revisão sistematizada e metanálise. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 2020, 33(3): 1-6.
5. EDOMSKIS PP, et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *International Journal of Surgery*, 2022, 98: 106-221
6. FORSGREN C, ALTMAN D. Risk of pelvic organ fistula in patients undergoing hysterectomy. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 2010, 22(5): 404407
7. HALIM H, et al. Primary resection anastomosis versus Hartmann's procedure in Hinchey III and IV diverticulitis. *World Journal of Emergency Surgery*, 2019, 14(1).
8. LAMBRICHTS DPV, et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2019, 4(8): 599–610.
9. PEMBERTON JH. Diverticular fistulas. In: UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diverticular-fistulas>. 20 de outubro de 2024.

10. PEMBERTON JH, STRATE L. Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis. In: UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/colonic-diverticulosis-and-diverticular-disease-epidemiology-risk-factors-and-pathogenesis>. Acessado em: 20 de outubro de 2024.
11. PISCOPO N, ELLUL P. Diverticular Disease: A Review on Pathophysiology and Recent Evidence. *The Ulster Medical Journal*, 2020, 89(2): 83.
12. SARTELLI M, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World Journal of Emergency Surgery: WJES*, 2020, 15(32).
13. SELL NM, et al. Delay to Intervention for Complicated Diverticulitis is Associated with Higher Inpatient Mortality. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2021, 25 (11): 2920–2927.
14. STRATE LL, MORRIS AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*, 2019, 156(5): 1282–1298.
15. TALUTIS SD, KUHNEN FAH. Pathophysiology and Epidemiology of Diverticular Disease. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 2020, 34(2): 81-85.
16. ROBERSON, J. L.; MAGUIRE, L. M. Does Alteration of the Microbiome Cause Diverticular Disease? *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 2023, 36(2): 146–150.
17. BHATIA, M., MATTOO, A. Diverticulosis and Diverticulitis: Epidemiology, Pathophysiology, and Current Treatment Trends. *Cureus*, 2023, 15(8).
18. KECHAGIAS, A. et al. The role of C-reactive protein in the prediction of the clinical severity of acute diverticulitis. *The American Surgeon*, 2024, 80(4): 391–395.
19. VAN DE WALL, B. J. M. et al. The value of inflammation markers and body temperature in acute diverticulitis. *Colorectal Disease*, 2013, 15(5): 621–626.