

Introdução: A doença diverticular do intestino delgado é um fenômeno clínico raro, sendo muitas vezes negligenciado como causa de dor abdominal. É mais comum no duodeno e está acompanhado de divertículos dos cólons em quase todos os casos relatados na literatura. A escassez de casos relatados de diverticulite do intestino delgado comparativamente à dos cólons torna a padronização do manejo clínico dificultosa¹, sendo indicado tratamento cirúrgico apenas em complicações agudas como hemorragia ou perfuração. O jejuno é um órgão de difícil visualização em exames de imagem e endoscópicos comuns².

Na maioria dos casos, os divertículos de intestino delgado ou são de duodeno ou divertículo de Meckel, sendo o acometimento de jejuno e íleo relativamente raros. Apesar da maioria dos casos não necessitar de tratamento cirúrgico devido a escassez de sintomas, cerca de 10% das complicações podem vir a requerer ressecção segmentar³.

A primeira descrição na literatura foi feita por Von Soemmerring em 1974⁴. A etiologia não é clara, porém, são falsos divertículos adquiridos (pseudodivertículos) que ocorrem por extrusão da mucosa e da muscular da mucosa através das camadas musculares no ponto de penetração dos vasos mesentéricos na parede intestinal. É mais comum ocorrer na borda antimesentérica do jejuno e em homens idosos e tem como possível causa discinesia intestinal por anormalidade na musculatura lisa ou plexo mioentérico, contrações irregulares associados ao aumento da pressão intraluminal ou dismotilidade devido doenças sistêmicas como esclerose sistêmica progressiva, diabetes, constipação intestinal crônica e amiloidose. Também há relatos de predisposição familiar⁵.

A incidência relatada varia de 0,5 a 2,3% em estudos contrastados e 0,3 a 4,5% em necropsias. A real incidência é desconhecida e mais provavelmente subdiagnosticada e, devido sua localização na borda mesentérica, passam despercebidas durante cirurgias e autópsias. São mais frequentemente encontrados em idosos e no sexo masculino⁶. Como o acesso ao intestino delgado por via endoscópica é dificultoso, o ônus diagnóstico recai sobre os estudos radiológicos, principalmente à tomografia computadorizada (TC) no contexto das urgências e emergências abdominais. A mortalidade associada à diverticulose de intestino delgado pode chegar entre 21 e 40%⁷.

A doença diverticular do intestino delgado é menos comum que dos cólons, pois, apesar de dividirem fisiopatologias muito parecidas, nos cólons existe correlação com fatores de risco adicionais, sendo estes: dieta pobre em fibras, constipação intestinal, obesidade, sedentarismo e, em menor grau, diabetes melitus tipo 2, consumo excessivo de gorduras e carne vermelha, hipotireoidismo, tabagismo e consumo de álcool^{8,9,10}. Este trabalho visa relatar um caso de diverticulite aguda perfurada de jejuno proximal.

Relato de Caso: Homem, caucasiano, 72 anos de idade, admitido pelo Pronto Socorro do Hospital Santa Cruz com queixa de dor abdominal em epigástrio por 5 dias após ingestão de bebida alcoólica, de caráter intermitente em pontadas, sem melhoras com uso de omeprazol e com piora após alimentação. Sem febre, náuseas, vômitos ou diarreia. Como antecedentes pessoais, diabético tipo 2, hipertenso além de dislipidemia e hiperplasia prostática benigna. "Etilismo social" e colecistectomia prévia. Ao exame físico apresentava bom estado geral, eupneico, acianótico, anictérico, normohidratado, normocorado, T 36,4°C, FC 85bpm, PA 146x74mmHg. Exame cardiopulmonar normal, abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes e propulsivos, flácido, doloroso em ambas fossas ilíacas sem sinais de peritonismo.

Os exames complementares: leucócitos totais 14.980/mm³, sem desvio, PCR 89mg/dl, urina 1 normal, demais exames normais. TC de abdome (Figura 01) mostrou pequena coleção com conteúdo gasoso no flanco esquerdo, apresentando diâmetro médio de aproximadamente 3cm, margeada por alças de jejuno, com aspecto que sugere bloqueio de processo inflamatório por alças intestinais, de provável etiologia perfurativa, densificação do mesentério, hiper-realce mucoso das alças regionais e proeminentes linfonodos mesentéricos locais.

Com a hipótese de diverticulite aguda, associada ao bom estado geral do paciente, foi optado por tratamento clínico com ceftriaxona e metronidazol, sintomáticos e suporte nutricional adequado. Após 1 semana de tratamento sem melhora e com piora laboratorial, optou-se por tratamento cirúrgico. No inventário cirúrgico videolaparoscópico, encontrado abscesso bloqueado a 50cm do ângulo de Treitz (Figura 02), diverticulose em todo o intestino delgado e cólons (Figura 03). Feito o desbloqueio do abscesso, observou-se divertículo jejunal com pequeno furo (0,5cm de diâmetro). Procedeu-se à enterectomia segmentar seguido de reconstrução jejunojejunal pela técnica de Barcelona com gramepeador (Figura 04). Anatomia patológica confirmou diverticulose jejunal com perfuração luminal, reação inflamatória aguda supurativa, sem sinais de malignidade. O paciente teve pneumonia no pós-operatório tratada clinicamente, e retenção urinária aguda, que foi tratada com sondagem vesical e posterior ressecção transuretral da próstata. Obteve alta hospitalar em seguida em boas condições, com orientações dietéticas e acompanhamento ambulatorial.

Discussão: Neste caso relatado, confirma-se a dificuldade diagnóstica: a hipótese diagnóstica inicial foi diverticulite aguda com provável topografia em cólon descendente e sigmóide. A TC mostrava sinais de processo inflamatório sem esclarecer exatamente o ponto de perfuração, e também não deixava claro se era de intestino delgado. A confirmação foi intraoperatória.

No que diz respeito às condutas terapêuticas, observa-se na literatura de relatos de casos que a apresentação clínica e complicações da diverticulite de intestino delgado são semelhantes à dos cólons, portanto possuem tendência a tratamento similar¹¹.

Revisões de literatura recentes sobre relatos de casos, mostraram 68 casos (41 homens e 27 mulheres, idade mediana de 70,44), dos quais 18 (54,5%) foram tratados cirurgicamente com laparotomia e ressecção, apenas um foi submetido à laparotomia e lavagem da cavidade, 4 (12,1%) foram submetidos à laparoscopia para ressecção sendo dois deles convertidos para cirurgia laparotômica, um caso submetido à laparoscopia com lavagem da cavidade, 11 (33,3%) submetidos a tratamento conservador dos quais 3 (12,1%) falharam e foram submetidos à ressecção por laparotomia. Todos os casos tratados conservadoramente foram classificados pela graduação de Hinchey como Ia ou Ib, todos os casos que tiveram falha no tratamento conservador eram Ia4. Nosso paciente foi classificado como Hinchey III (peritonite purulenta), tratado de forma conservadora inicialmente e posteriormente submetido à ressecção laparoscópica com sucesso.

Concluindo, este relato de caso demonstra um caso de diverticulite aguda perfurada jejunal, com seus desafios diagnósticos e tratamentos possíveis.

Bibliografia:

- 1- Horesh, N., Klang, E., Gravetz, A., Nevo, Y., Amiel, I., Amitai, M. M., Zmora, O. (2016). *Jejunal Diverticulitis. Journal of Laparoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 26(8), 596–599. doi:10.1089/lap.2016.0066
- 2- Básti Z, Brunčák P. Perforovaná divertikulitída jejuná [Perforated jejunal diverticulitis]. *Rozhl Chir.* 2016;95(10):368-370.
- 3- Graupe F, Rassek D, Schwenk W, Stock W. Divertikulitis des Jejunums als seltene Ursache für eine akute gastrointestinale Blutung--Diagnostik und Therapie [Diverticulitis of the jejunum as a rare cause of acute gastrointestinal hemorrhage--diagnosis and therapy]. *Leber Magen Darm.* 1995;25(6):279-281.
- 4- FLERES, F., VISCOSI, F., BERTILONE, E., MAZZEO, C., CUCINOTTA, E. Therapeutic strategies for jejunal diverticulitis: our experience and a review of the recent literature. *Journal of Visualized Surgery*, North America, 4, jul. 2018.
- 5- Natarajan K, Phansalkar M, Varghese RG, Thangiah G. Jejunal diverticulosis with perforation - a challenging differential diagnosis of acute abdomen: case report. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(2):ED03-ED4. doi:10.7860/JCDR/2015/11210.5541
- 6- Lempien M, Salmela K, Kempainen E. Jejunal diverticulosis: a potentially dangerous entity. *Scand J Gastroenterol.* 2004;39(9):905-909. doi:10.1080/00365520410006288
- 7- Lebert P, Millet I, Ernst O, et al. Acute Jejunoileal Diverticulitis: Multicenter Descriptive Study of 33 Patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2018;210(6):1245-1251. doi:10.2214/AJR.17.18777
- 8- Böhm S. K. (2015). Risk Factors for Diverticulosis, Diverticulitis, Diverticular Perforation, and Bleeding: A Plea for More Subtle History Taking. *Viszeralmedizin*, 31(2), 84–94. <https://doi.org/10.1159/000381867>
- 9- Strate L. L: Lifestyle Factors and the Course of Diverticular Disease. *Dig Dis* 2012;30:35-45. doi: 10.1159/000335707
- 10- Wang FW, Chuang HY, Tu MS, et al. Prevalence and risk factors of asymptomatic colorectal diverticulosis in Taiwan. *BMC Gastroenterol.* 2015;15:40. Published 2015 Apr 1. doi:10.1186/s12876-015-0267-5
- 11- Haley Prough, Sarah Jaffe, Brian Jones, Jejunal diverticulitis, *Journal of Surgical Case Reports*, Volume 2019, Issue 1, January 2019, rjz005, <https://doi.org/10.1093/jscr/rjz005>

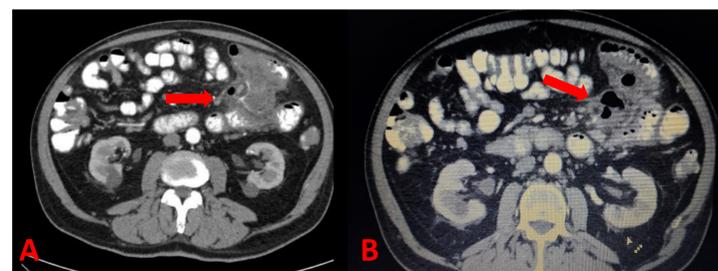


Figura 01 – Tomografia Computadorizada de abdome. Na figura A, vemos o bloqueio e o processo inflamatório da alça intestinal (seta). Na figura B, os mesmo achados, mas com ar fora do lúmen intestinal (seta).



Figura 02 – Intraoperatório. Desfeito o bloqueio da alça de intestino delgado, revelando áreas de necrose, fibrose e pus (seta).

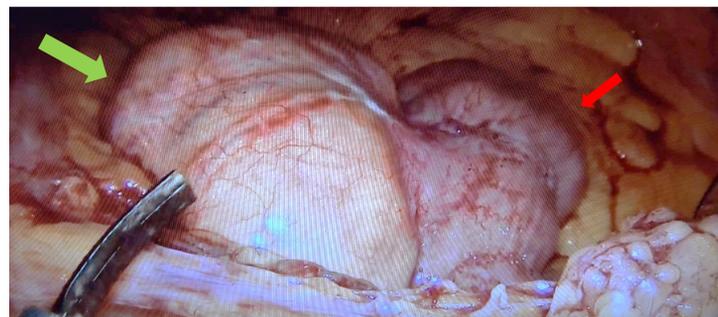


Figura 03 – Intraoperatório. Divertículo gigante de jejuno próximo ao ângulo de Treitz (seta verde), e outros divertículos menores (seta vermelha).

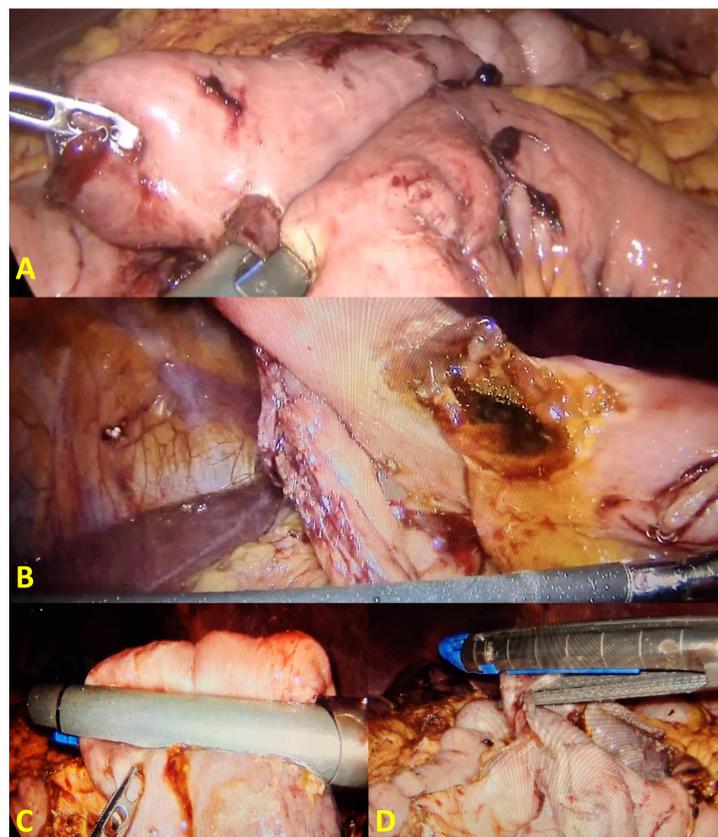


Figura 04 – Intraoperatório. Ressecção de segmento jejunal com divertículo perfurado e anastomose jejunojejunal pela técnica de Barcelona.