

Doença diverticular de jejuno complicada: relato de caso

Complicated jejunal diverticular disease: case report

Gustavo Pinheiro Machado Motta de Souza¹, Leandro Cardoso Barchi²

PALAVRAS-CHAVE: Doença diverticular. Jejuno. Complicação.

KEYWORDS: Diverticular disease. Jejunum. Complication

INTRODUÇÃO

A doença diverticular do intestino delgado, ou diverticulose do delgado, é condição rara caracterizada pela presença de herniações saculares na parede do intestino delgado.^{1,2} Sua incidência é significativamente inferior à da doença diverticular do cólon.³ Os divertículos são frequentemente localizados na borda mesentérica, onde os vasos penetram na parede intestinal. São classificados como falsos ou verdadeiros. Os divertículos falsos são formados pela herniação da mucosa e submucosa, enquanto os verdadeiros incluem todas as camadas da parede intestinal. São também classificados em intra ou extraluminais, sendo o primeiro congênito (incluindo o divertículo de Meckel) e o segundo adquirido, podendo estar presentes no duodeno, jejuno e/ou íleo.⁴ A diverticulite é uma complicação inflamatória da diverticulose.⁵

Este trabalho visa apresentar um caso de diverticulite jejunal raro com complicação.

RELATO DO CASO

Mulher de 70 anos, compareceu ao Pronto Atendimento do Hospital Maternidade Frei Galvão, em Guaratinguetá, SP, Brasil, com epigastria iniciada há 4 dias, progressiva, com característica de cólica, tonando-se constante e refratária à analgesia oral, associada a náuseas e anorexia. Há 1 dia apresentou episódio isolado de hematoquezia, sem outras alterações no padrão intestinal. Negava febre, vômitos, perda ponderal, alterações urinárias ou demais comemorativos. Há 4 anos, apresentou quadro semelhante, sendo submetida a investigação complementar com tomografia computadorizada de abdome total, que evidenciou alterações compatíveis com diverticulite aguda de

delgado. Na ocasião apresentou melhora do quadro com antibioticoterapia administrada por via oral.

A paciente tem histórico de obesidade grau II (IMC 35.5), infarto agudo do miocárdio há 5 anos, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2. Na admissão apresentava-se em regular estado geral, taquicárdica (FC 110 bpm), corada, desidratada +/4 e com eupneia em ar ambiente. Pulsos radiais e pediosos amplos, com tempo de enchimento capilar de 3 segundos. O exame físico abdominal revelou abdome em avental, com ruídos hidroaéreos presentes e dor difusa à palpação, mais intensa em epigástrio e mesogástrio, sem massas palpáveis ou sinais de irritação peritoneal.

Os exames laboratoriais mostraram elevação de proteína C-reativa, ausência de leucocitose, anemia ou distúrbios hidroeletrólitos. Tomografia computadorizada de abdome total (Figura 1) evidenciou pelo menos três imagens saculares na borda antimesentérica do jejuno, a maior com cerca de 3.2 cm de diâmetro, sugestiva de divertículos. Observou-se ainda espessamento parietal e densificação da gordura circunjacente em uma das imagens supracitadas, próximo ao ventre muscular do músculo psoas esquerdo, inferindo processo inflamatório/infeccioso. Ausência de pneumoperitônio.

Optado por internação hospitalar e discutido com paciente possibilidade de intervenção cirúrgica; no entanto, ela optou por tentativa de tratamento clínico. Iniciou-se antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e metronidazol, com reavaliação seriada. Após 72 h apresentou piora clinicolaboratorial, evoluindo com irritação peritoneal, sendo optado por laparotomia exploradora.

Inventário da cavidade revelou presença de 4 divertículos do delgado localizados a 30, 40, 50

¹Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil;

²Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil

Conflito de interesse: Nenhum | Financiamento: Nenhum | Recebido em: 23/11/2024 | Aceito em: 13/03/2025 | Data de publicação: 05/06/2025 | Correspondência: gustavo@dr.gustavopinheiro.com.br | Editor Associado: Rafaela Fernandes Gonçalves

Como citar:
de Souza GPM, Barchi LC. Doença diverticular de jejuno complicada: relato de caso. BioSCIENCE. 2025;83:e00013

e 70 cm do ângulo de Treitz. O primeiro estava inflamado, com espessamento e hiperemia da parede e infiltração do mesentério circunjacente. O jejuno e íleo mediam 420 cm (do Treitz à válvula ileocecal). Optou-se por enterectomia segmentar (cerca de 50 cm de jejuno – Figura 2) com ressecção dos divertículos supracitados e enteroanastomose laterolateral mecânica, anisoperistáltica (técnica de Barcelona). Sonda nasogástrica foi posicionada e a peça cirúrgica encaminhada para estudo anatomopatológico.

Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com significativa melhora da dor abdominal. A sonda nasogástrica foi retirada no segundo dia de pós-operatório e dieta líquida iniciada, com progressão gradual. Recebeu alta hospitalar após 5 dias, com boa aceitação da dieta oral e evacuação presente nos últimos 2 dias.

O relatório macroscópico da peça cirúrgica descreveu segmento de intestino delgado com 55 cm de comprimento e margens fechadas por grampos cirúrgicos. À abertura e aos cortes, foi evidenciado múltiplas formações diverticulares, a maior medindo 1,6 x 1,2 cm e distando 3 cm da margem mais próxima. O exame microscópico confirmou diverticulite aguda e diverticulose associada, além de ausência de neoplasia nos 23 linfonodos dissecados.

DISCUSSÃO

A fisiopatologia da doença diverticular do delgado não é completamente compreendida, mas acredita-se que o seu desenvolvimento esteja relacionado ao aumento da pressão intraluminal segmentar, distúrbios da peristalse e discinesia intestinal.⁶ Fatores de risco adquiridos incluem

dieta pobre em fibras e rica em gordura, idade avançada, esclerose sistêmica e neuromiopia visceral.⁷

A maioria dos pacientes é assintomático, sendo sua incidência desconhecida. Divertículos duodenais são 5 vezes mais comuns que os jejunoileais. Em exames de autópsia, a incidência de divertículo duodenal é de 6-22% e jejunal de 0,3-1,3%. A doença diverticular jejunoileal é mais comum em homens e na sétima década de vida.^{8,9}

Os sintomas geralmente se relacionam às complicações da diverticulose, sendo a dor epigástrica inespecífica o mais frequentemente relatado. Complicações, como diverticulite, sangramento, obstrução intestinal e perfuração, ocorrem em 10-12% dos pacientes com diverticulose duodenal e cerca de 46% com diverticulose jejunoileal. A diverticulite aguda pode ser acompanhada por febre, alterações leucocitárias e de marcadores inflamatórios. Tomografia computadorizada com contraste endovenoso é o principal exame de imagem para confirmação diagnóstico e avaliação das complicações.

O tratamento preventivo é baseado na redução dos espasmos intestinais e da pressão intraluminal, geralmente através de dieta rica em fibras. Cirurgia é reservada para casos de divertículos grandes, acima de 2 cm de diâmetro, ou complicações graves. Homens com menos de 50 anos têm maior probabilidade de necessitar de operação em comparação com mulheres, embora acima dos 70 anos, mulheres tenham 3 vezes mais chances de precisar de operação de urgência.

Contribuição dos autores

Gustavo Pinheiro Machado Motta de Souza: Investigação, Redação (esboço original)
Leandro Cardoso Barchi - Conceituação, Redação (revisão e edição)

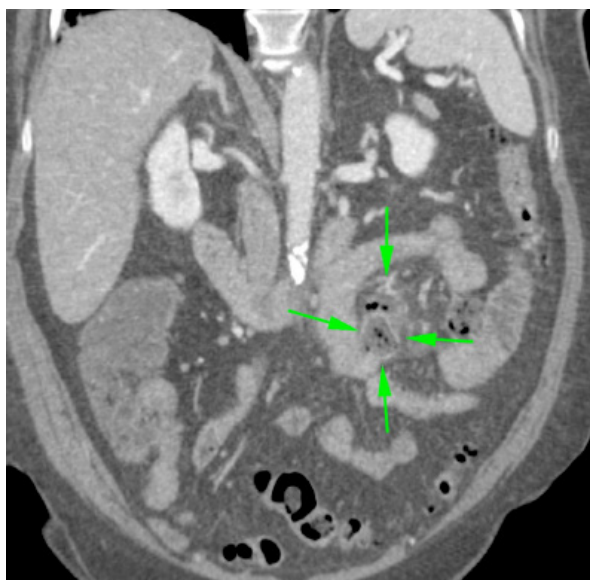


FIGURA 1 — Tomografia computadorizada: setas evidenciando diverticulite jejunal com restos alimentares em interior de divertículo e densificação da gordura peridiverticular.

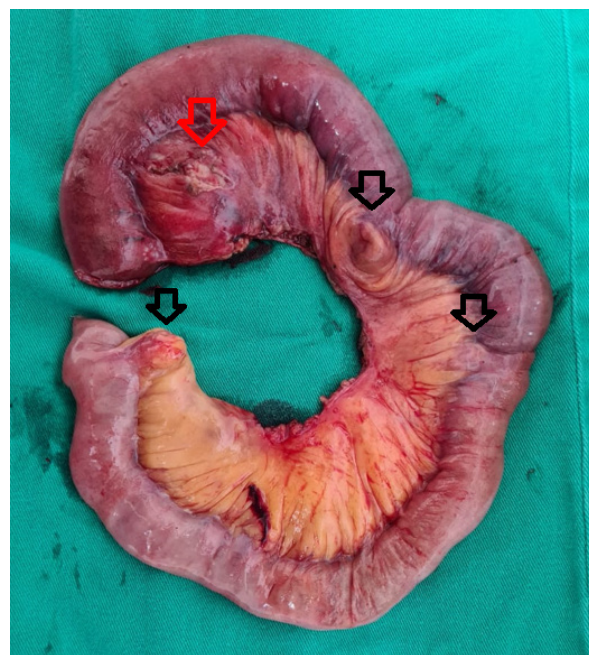


FIGURA 2 — Produto de enterectomia segmentar: seta vermelha evidenciando diverticulite de jejuno, com intenso processo inflamatório em mesentério; setas pretas evidenciando divertículos de intestino delgado.

REFERÊNCIAS

1. Yaqub S, Evensen BV, Kjelleevold K. Massive rectal bleeding from acquired jejunal diverticula. *World J Emerg Surg.* 2011;6:17. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-6-17>
2. Graña L, Pedraja I, Mendez R. Jejuno-ileal diverticulitis with localized perforation: CT and US findings. *Eur J Radiol.* 2009;71:318–23. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2008.04.023>
3. Ferreira-Aparicio FE, Gutiérrez-Vega R, Gálvez-Molina Y, Ontiveros-Nevarés P, Athie-Gutiérrez C, Montalvo-Javé EE. Diverticular disease of small bowel. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6(3):668–76. <https://doi.org/10.1159/000343598>
4. Longo WE, Vernava AM 3rd. Clinical implications of jejuno-ileal diverticular disease. *Dis Colon Rectum.* 1992;35(4):381–8. <https://doi.org/10.1007/bf02048119>
5. Prough H, Jaffe S, Jones B. Jejunal diverticulitis. *J Surg Case Rep.* 2019;1:1–3. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjz005>
6. Yagub S, Eversen BV, Kjelleevold K. Massive rectal bleeding from acquired jejunal diverticula. *World J Emerg Surg.* 2011;6:17.
7. Olson DE, Kim YW, Donnelly LF. CT findings in children with Meckel diverticulum. *Pediatr Radiol.* 2009;39(7):659–63. <https://doi.org/10.1007/s00247-009-1265-0>
8. Liu D, Chen L. Management of the total bowel diverticular disease. *Hepatogastroenterology.* 2009;56(96):1679–82.
9. Choe DC, Babain M, Taubin HL. Jejunoileal diverticula. *Gastroenterologist.* 1997;5(1):78–84.