

## DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

Ashley Price<sup>1</sup>

Quero iniciar agradecendo ao Professor Reis Neto e à organização do congresso, pela magnífica hospitalidade com que me receberam. Eu acredito que a doença diverticular é provocada por dietas e a julgar pela hospitalidade que estou recebendo, a incidência da doença no Brasil deve ser zero.

Existe uma regra no Hospital Sr. Marks, em Londres, de ser um hospital que parece com uma das cabanas ou casebres que podem ser vistos nos arredores das cidades brasileiras. Somente para lhes mostrar que nem todos os hospitais ingleses têm esse aspecto, este é o hospital onde trabalho, no Parque Northwick, nos arredores de Londres.

Depois de ter iniciado com amenidades vou ter que começar a ser rude com todos os senhores, jovens cirurgiões. Este é o ponto de vista de um patologista sobre um cirurgião, isto é o que o patologista pensa que um cirurgião deve ser. Isto é um caminhar de mudanças, aquele que leva os móveis de uma casa para outra quando as pessoas se mudam. Os patologistas, na Inglaterra, acham que os cirurgiões são "homens encarregados da mudança". As pessoas ficariam muito aborrecidas se esses homens, ao chegar nas casas, comessem a olhar dentro dos armários e das gavetas; também os patologistas ficam muito aborrecidos quando os cirurgiões abrem os cólons que removeram e destroem a patologia.

Então, eu vou começar com um apelo a vocês, cirurgiões: tentem mandar as peças extraídas diretamente ao laboratório de patologia e tentem não examinar essas peças para não destruir a patologia ali existente. Vocês vão ver que isso terá um

grande efeito na subsequente descoberta de certas doenças.

Se vocês não remeterem a peça fresca para o laboratório, então, pelo menos, coloquem-na dentro de um recipiente com formol ou outro preservativo. Não tentem apertar 40 ou 50 cm de cólon em um recipiente bem pequeno e depois esperar que o patologista descubra qual o divertículo que estava sangrando.

Em Northwick Park, e em vários outros departamentos de patologia, na Inglaterra, nós usamos uma técnica simples para obter um belo exemplar de doença diverticular: inflamamos a peça com formalina e tudo que se faz necessário é uma base, um recipiente cheio de formol e um tubo de borracha. Vamos torcer para que o cirurgião mande a peça ainda fresca para o laboratório. Nós, então, inflamamos o intestino: põe-se um grampo em um lado, coloca o tubo de borracha dentro do intestino, enche com formol, coloca outro grampo do outro lado, e coloca a peça de volta dentro do recipiente com formol durante um dia. Isto aumentará e distenderá todos os divertículos presentes.

Palestra proferida durante o Curso de Atualização em Patologia Colorretal, no 33<sup>o</sup> Congr. Bras. Colo-Proct., 4-7-9/83 – Campinas – SP

1 Histopatologista do Northwick Park Hospital e do Conselho Médico de Pesquisa – Londres – Inglaterra

Os senhores verão que isto constitui um preparativo muito elegante neste caso de um divertículo de Meckel. Após um dia de fixação, o cólon ressecado pode ser dividido em dois e acho que todos os senhores concordarão que é um belo espetáculo, os intestinos na área com doença diverticular, estreitando-se nesse ponto.

Outro truque interessante é quando o cirurgião removeu um segmento de doença diverticular, talvez seja necessário cortar o intestino em fatias com 0,5 cm de espessura para encontrar o que se quer. Para mantê-los todos juntos, é uma boa idéia ter-se um fio e uma agulha, de modo a se poder marcar cada fatia e depois identificar cada fatia, no que diz respeito ao divertículo que estava sangrando ou ao local da perfuração.

Creio que isto é tudo que quero dizer a respeito da técnica, mas é importante mandar as peças retiradas da melhor maneira possível para o laboratório e evitar a tentação de examinar a peça.

Bem, a diverticulite é uma doença que aumenta com a idade e os senhores podem ver que nos países do Ocidente, 50% das pessoas que chegam aos 70 anos têm doença diverticular. Agora, graças ao trabalho de Painter e Burket, acredita-se ser uma doença provocada por dietas de alimentos com poucas fibras. Grande parte dessa evidência é baseada em um trabalho que Denis Burket realizou na África.

Burket estava trabalhando na África, no Quênia, durante mais de 11 anos. No Departamento de Cirurgia, até 1971, somente tiveram um caso de diverticulite. Esta foi a base para a teoria de que a diverticulite é resultante das dietas do mundo ocidental de alimentos com poucas fibras. Também um pouco antes de vir para o Brasil, eu li um artigo de autoria de Painter onde ele diz que os pacientes da clínica particular apresentam uma maior incidência de diverticulite do que as pessoas que vivem no campo. Lamento informar que esta é toda a referência que eu tenho sobre a incidência dessa doença no Brasil.

Bem, para entender a diverticulite, temos que rever toda a anatomia do cólon. Esta é uma secção do cólon e seu músculo circular que, como os senhores podem ver, rodeiam todo o intestino. O músculo longitudinal, que estou seguro que todos os senhores conhecem muito bem, está arrumado em três faixas longitudinais, chamadas de ténias, uma relacionada ao mesentério e duas, antimesentéricas. A diverticulite sempre ocorre no mesmo ponto do intestino e eu diria que 90% dos casos de diverticulite acontecem no cólon sigmóide. Os pontos onde ocorrem a diverticulite são aqueles pontos fracos do intestino, onde os vasos penetram no músculo circular: aqui, onde

os vasos retos curtos penetram e aqui, onde as vasos retos longos penetram. Aqui acontecem os casos de diverticulite.

Esta é a secção histológica de um divertículo e os senhores podem ver que é uma bolsa externa da mucosa, que o músculo circular não está envolvido, é deixado para trás, de modo que o divertículo fica separado do peritônio somente pelo muscularis e pela submucosa. Isto é típico de um divertículo adquirido. Divertículos congênitos — sobre o quê não vou dizer nada, na verdade têm o músculo circular que os cobre. Então, a diferença entre divertículo adquirido e congênito é a ausência do músculo circular.

Uma outra anormalidade na doença diverticular está na musculatura circular. Entre a área negra da ténia mesentérica e esta das duas ténias, antimesentéricas, estão os locais clássicos dos divertículos. Na doença do divertículo, além do divertículo, existe também uma anormalidade no músculo circular, que tem um espessamento irregular, se compararmos com a parte sem divertículos. Então, além dos divertículos, também há uma anormalidade muscular. Bem, este músculo mais espesso não forma uma tira concêntrica ao redor do intestino, mas essas tiras são semicirculares.

É importante conhecer o contraste entre um músculo normal e outro mais espesso. Os senhores devem lembrar que a musculatura do cólon sigmóide é sempre espessa, de modo que é necessário ter cuidado na hora da interpretação.

Na doença diverticular do sigmóide há também um espessamento e encurtamento das ténias, o que faz um sanfonamento da alça, o que na Inglaterra, chamamos de aspecto de concertina, porque se parece com um acordeão.

Numa secção longitudinal do cólon aparece com mais clareza este espessamento irregular do músculo e o aspecto de acordeão. É possível ter-se este defeito ou anormalidade muscular e não ter os divertículos.

A anomalia muscular, a patogênese, não é realmente conhecida e as teorias existentes são que é devida a um aumento do tonus, que o músculo pode ser hipoplásico ou que pode ser hipertrófico. Essas duas últimas foram excluídas com base na pouca experiência científica realizada até agora e eu acredito que a maior parte das pessoas concordam de que existe um aumento do tonus muscular que pode ser responsabilizado pela anormalidade.

Então, ao se falar sobre as formas de doenças diverticulares, podemos classificá-las nos seguintes tipos: podemos ter divertículos com anormalidade muscular; podemos ter divertículos sem anormalidade muscular. Isto quer dizer que a anormalida-

de muscular nem sempre está presente. Podemos ter anormalidade muscular sem divertículos. Podemos ter doença diverticular no lado direito. Embora eu tenha dito que 90% dos casos envolvem o sigmóide, existe uma porcentagem de enfermos que têm a doença do lado direito, sobre a qual eu vou dizer alguma coisa dentro de alguns momentos. Além disso, existe uma entidade, a do divertículo solitário do ceco que, segundo creio, tem muita relação com a doença diverticular, da maneira como estamos abordando hoje. Então, a doença diverticular é uma síndrome que envolve uma dessas quatro entidades.

A doença diverticular do lado direito não apresenta anormalidade muscular. Além disso, embora a doença diverticular do lado direito seja rara e pouco comum no Ocidente, na Inglaterra e nos Estados Unidos, é a forma mais comum de doença diverticular no Extremo Oriente, em lugares como o Japão e o Havai. Então, isto também é pouco comum embora a doença diverticular e sua patogênese impliquem, obviamente, em muito mais do que em uma dieta de poucas fibras.

Estes números são provenientes de 173 casos do Hospital de St. Marks, cuidados pelo Dr. Morson. O que eu quero chamar a sua atenção é para o fato de que em cerca de 3% dos casos havia uma simples anormalidade muscular, sem a presença de qualquer divertículo.

Eu não vou falar muito sobre a patogênese, mas existem dois fatores principais a serem considerados: componente de pressão através do intestino e enfraquecimento da parede do cólon. Eu já mencionei o problema da fraqueza — é o ponto onde os vasos penetram no músculo circular, mas definitivamente a fraqueza não é a única responsável porque, como disse, na doença diverticular do lado direito não existe anormalidade muscular, os componentes de pressão são normais e, ainda assim, os divertículos estão presentes. Então, definitivamente o problema da fraqueza quer dizer mais do que apenas o ponto onde os vasos penetram no músculo. Agora, as pessoas estão começando a falar sobre anormalidades de colágeno nos intestinos que pode ser parte da patogênese da doença diverticular.

Componente de pressão — Eu só quero dizer umas poucas palavras sobre isso. Foi Neil Painter quem, no início da década de 60, que apresentou a teoria da segmentação do intestino na patogênese da doença diverticular. O cólon forma uma série de áreas que têm a forma de pequenos balões e que ajudam a empurrar as fezes em direção ao reto. Se você está fazendo uma dieta de poucas fibras, então o bolo fecal é reduzido e esses segmentos serão menores. Bem, a pressão

dentro desse segmento será inversamente relacionada ao diâmetro ou ao raio do cólon sigmóide — lúmen. Assim, os senhores podem ver que se alguém tem um bolo fecal pequeno, também tem aumento de pressão. Se alguém está fazendo uma dieta de poucas fibras, terá um bolo fecal pequeno e tem aumento de pressão que, ao que se acredita, empurra o divertículo, a mucosa, através do ponto fraco da parede intestinal.

Bem, tudo isto foi muito bonito e muito simples, mas na realidade não constitui toda a história porque pessoas que medem a pressão descobriram que pacientes assintomáticos, portadores de doença diverticular, não tinham aumento de pressão; isto quer dizer que há mais do que isso, embora esta seja apenas uma simples hipótese sobre a qual se deve trabalhar.

Agora, vou me concentrar nas complicações da doença diverticular, porque é isso que interessa aos cirurgiões e é isso que eles vão tratar. A grande maioria dos pacientes portadores de doença diverticular permanecem assintomáticos e você não ouve da parte deles qualquer palavra sobre isso e também não os vê no seu consultório. Somente cerca de 20% dos pacientes portadores de doença diverticular virá ao seu consultório e lhe pagará uma consulta médica.

Eu vou destacar algumas complicações, embora deva dizer que a correlação entre patologia e sintomatologia não é muito boa. Basil Morson, em 1963, pesquisou 155 ressecções em busca de diverticulite clínica e em 32 delas não conseguiu encontrar vestígios de inflamação. Bem, esses pacientes apresentavam sintomas, tanto assim que foram ao médico, mas chegaram até o cirurgião que foi quem lhes retirou o intestino, mas 20% deles não aparentavam ter inflamação.

Em uma série de autópsias Hughes descobriu que 12% dos casos encontrados acidentalmente em autópsias mostravam sinais de inflamação e apesar disso, quando se lia a história desses pacientes, as notas médicas, não se encontrava o episódio clínico correspondente que demonstrasse a inflamação; então, temos que lembrar que a correlação entre sintomatologia e patologia não é de 100%.

É muito fácil ver como acontece a obstrução. O intestino, conforme já lhes mostrei anteriormente, fica mais volumoso, o músculo fica mais espesso, e dobras redundantes da mucosa obstruem o lúmen. Então, é muito fácil entender a obstrução e dependerá obviamente da consistência do bolo fecal, assim como também das crises inflamatórias anteriores, que produzirão fibrose na parede e conseqüentemente reduzirão a capacidade de distensão do intestino.

Inflamação — Isto é bastante fácil de entender, porque o lúmen do cólon está ligado ao divertículo que tem uma concreção fecal, por um pescoço muito estreito, o que se transforma em uma fonte de infecção. O fecalito em contato com a mucosa causa uma pequena erosão, favorecendo uma pequena hemorragia. Então, com as fezes presas, a concreção fecal é importante na patogênese da diverticulite, assim como na da apêndice.

É uma coisa interessante, que se os senhores cortarem o intestino em fatias, poderão ver que tanto a inflamação quanto o divertículo perfurado podem ficar localizados num ponto ou avançar em sentido longitudinal ao longo do intestino, de maneira que podem-se ver linhas inflamatórias para cima e para baixo do intestino, produzindo uma espécie de massa elíptica e essa linha pode estar a centímetros de distância do divertículo que realmente a provoca.

Outro ponto interessante na doença diverticular é que geralmente somente um divertículo é responsável pela inflamação ou pelo sangramento. Dificilmente você encontrará diversos divertículos inflamados ou sangrando.

Perfuração no peritônio também é fácil de compreender, embora clinicamente seja muito interessante, porque, conforme constatou o Dr. Ryan, na Austrália, em casos de doença diverticular, vários desses pacientes com perfuração apresentavam uma história muito recente, de um dia ou pouco mais. Daí ele ter chegado à conclusão de que a perfuração do peritônio é resultado de um súbito aumento da pressão, inteiramente ao contrário dos longos surtos de inflamação crônica.

Freqüentemente, quando se está olhando a histologia da doença diverticular, os senhores verificarão a existência de inflamação no próprio músculo, que é um granuloma; então, o paciente é portador não só da doença diverticular, mas também da doença de Crohn. A doença de Crohn e a doença diverticular constituem uma combinação bastante comum. Entretanto, a doença diverticular e a colite ulcerativa já é uma combinação mais rara. Então, o patologista deve estar ciente de que, ao procurar a doença de Crohn, poderá encontrar granulomas, particularmente no músculo, ao contrário da mucosa. Em termos de doença de Crohn, esses granulomas não são inteiramente estranhos e são significativos.

A inflamação na diverticulite é geralmente extramural, de modo que fica inteiramente localizada na gordura. Se os senhores chegarem à mucosa, isto é, dentro do lúmen do intestino, este em geral estará normal. Então a biópsia na doença diverticular, em cerca de 90% dos casos será normal, se os senhores a realizarem somente nessa

parte da parede e, obviamente, os senhores não poderão chegar ao interior do divertículo para colher material para a biópsia.

Entretanto, atualmente, as pessoas começam a descrever uma nova entidade denominada 'colite segmentar', associada à doença diverticular, e o que se vê nesses pacientes, clinicamente, é que apresentam surtos recorrentes de sangramento leve. Na endoscopia o que se vê é um reto normal, mas quando se chega ao segmento da doença diverticular, a mucosa apresenta edema e coloração avermelhada. Ao chegar mais adiante, quando possível, do segmento diverticular, o intestino mais uma vez se apresenta normal. Então, definitivamente existe uma doença segmentar.

Quando se olha para a histologia desses casos, esses pacientes realmente têm inflamação nessa zona da mucosa e definitivamente têm colite. Não se trata de doença de Crohn porque não existe a presença de granulomas que atravessem a parede e não tem o aspecto de colite ulcerativa; então, como disse, o que as pessoas estão descrevendo é uma colite segmentar associada à doença diverticular. E, nas pequenas séries já descritas, os pacientes reagiram à salazapirina, de modo que o comportamento é de uma doença intestinal inflamatória.

Agora, para terminar, vou falar sobre sangramento. Como eu já disse anteriormente sempre existe um vaso estreitamente associado com a parte superior e com o pescoço do divertículo.

O trabalho apresentado por Myers, nos Estados Unidos, mostrou um fator interessante. Ele observou pacientes que tivessem sangrado em doença diverticular e observou particularmente o vaso com relação à parte superior e o que descobriu foi que os pacientes que tiveram sangramento apresentavam um espessamento excêntrico da túnica íntima do vaso de modo que, naquela área branca mais espessa, o músculo e o tecido elástico haviam sido destruídos, enquanto que, do outro lado da zona danificada, embora estivesse presente, não apresentava espessamento. E era esta espécie de placa que estava próxima ao lúmen que se havia rompido e que estava sangrando. E ele postulou que esse fator danoso — ele só chegou até esse ponto, que já é bastante longe, mais do que qualquer outro já fez — é que causa esse problema dessa maneira excêntrica.

Um trabalho de Casarela, apresentado no New England Journal of Medicine, em 1972, mostrou um fator interessante sobre o sangramento e a doença diverticular. Casarela tinha 27 pacientes com problemas de hemorragia retal. Dezoito apresentaram arteriografia positiva, 13 tinham doença diverticular e 12 deles tinham a doença diverti-

cular do lado direito. Atualmente, de um modo geral, já se aceita que 80% dos casos de doença diverticular com sangramento são resultado de doença do lado direito. Outro fator interessante apresentado nesse trabalho é que é extremamente difícil para o cirurgião e para o patologista identificarem qual é precisamente o divertículo que está sangrando. O patologista terá muito mais chances de trabalhar se receber uma peça em boas condições, como eu já lhes falei no início desta conversa.

Existe ainda um par de outros fatores interessantes sobre sangramento na doença diverticular e este é o trabalho de Ryan, da Austrália. Ryan descobriu que, como um todo, pacientes que sangravam eram relativamente assintomáticos, então, existe uma associação negativa entre sangramento e dor local. Ryan também fez uma comparação entre pacientes que sangravam e que não sangravam e também que tivessem problema de diarreia ou constipação e, mais uma vez, encontrou uma associação negativa, embora não tão firme. Então, 56% dos pacientes que sangravam não apresentavam outros sintomas, em comparação com os 38% dos pacientes que não haviam sangrado. Então, a doença diverticular com sangramento é do lado direito e geralmente os pacientes não apresentam história anterior de cólica, sensibilidade, constipação ou diarreia.

É muito difícil falar sobre doença diverticular com sangramento sem se mencionar uma outra entidade que tem chamado muita atenção. Bowley, nos Estados Unidos, observou 183 pacientes com sangramento retal, 99 dos quais eram vítimas de sangramento abundante, 43 tinham doença diverticular e 20 eram portadores de uma entidade conhecida como angiodisplasia. E essas duas entidades — doença diverticular e angiodisplasia —, ao que tudo indica, são 75% das causas de sangramento em pacientes mais idosos.

Na peça de uma colectomia as angiodisplasias aparecem como manchas avermelhadas na mucosa do cólon. Essas angiodisplasias também são muito

comuns no lado direito do intestino, como eu disse, dos divertículos com sangramento.

Se os senhores removerem o cólon por causa de sangramento e não conseguiram identificar o local, é conveniente mandarem a peça retirada ainda fresca para o laboratório e pedir que injetem bário nos vasos. Depois podem ver o exsudato de uma pequena área de angiodisplasias na superfície. É uma maneira para encontrar áreas pequenas de sangramento muito difíceis de se encontrar com outros métodos diagnósticos.

Histologicamente, a angiodisplasia consiste de uma simples angiectasia T capilar na mucosa. Então, para terminar, sob esta lesão de capilares ectáticos na submucosa, em angiodisplasia, o que se vê são veias dilatadas e acredita-se que a patogênese da angiodisplasia é realmente devida a modificações degenerativas das veias da submucosa e que as modificações da mucosa são secundárias. Então, existe uma diferença interessante entre o sangramento da doença diverticular e o da angiodisplasia. O sangramento da doença diverticular é de origem arterial e o da angiodisplasia é basicamente de origem venosa. Provavelmente esse é o motivo pelo qual os pacientes portadores de doença diverticular que sangram, tendem a ter um grande sangramento que freqüentemente pára com o tratamento de manutenção, enquanto que os pacientes que têm angiodisplasia estão sujeitos a recorrência desses sangramentos e se olharmos a sua história clínica, terão tido, através dos anos, centenas de pequenos sangramentos. Como eu disse, tanto a angiodisplasia como a doença diverticular são mais comuns no cólon direito, são muito difíceis de identificar e acredito que é muito difícil para um cirurgião saber se está lidando com um sangramento de origem diverticular ou de angiodisplasia. E eu penso também que sou extremamente feliz por ser um patologista e não um cirurgião.

A todos os senhores, muito obrigado.