

DIVERTÍCULO DO CÓLON TRANSVERSO. DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

MARIA JOSÉ F. VIEIRA, ASBCP
ANGELITA HABR-GAMA, TSBCP
TÉRCIO GENZINI

VIEIRA MJF, HABR-GAMA A, GENZINI T – Divertículo do cólon foram operados em nosso Serviço. Em ambos foi possível diagnóstico pré-operatório através de enema opaco. Foram submetidos a colectomia total com ileorreto-anastomose primária. Esta conduta foi assumida, pois apresentavam divertículos de distribuição universal e espasmo no cólon sigmóide. Apesar de rara, esta é uma condição que deve ser sempre lembrada no diagnóstico diferencial, especialmente com apendicite aguda, úlcera perfurada ou neoplasia de cólon.

RESUMO: Dois pacientes com divertículo de ângulo hepático do cólon foram operados em nosso Serviço. Em ambos foi possível diagnóstico pré-operatório através de enema opaco. Foram submetidos a colectomia total com ileorreto-anastomose primária. Esta conduta foi assumida, pois apresentavam divertículos de distribuição universal e espasmo no cólon sigmóide. Apesar de rara, esta é uma condição que deve ser sempre lembrada no diagnóstico diferencial, especialmente com apendicite aguda, úlcera perfurada ou neoplasia de cólon.

UNITERMOS: divertículo; perfuração; cólon transverso

A perfuração de divertículo do ângulo hepático do cólon ocorre raramente, tendo sido relatada pela primeira vez por *Thompson e Fox*¹⁷, em 1944. Devido à sua raridade e à importância no diagnóstico diferencial com outras afecções, achamos oportuna a apresentação de dois casos e a revisão da literatura.

Descrição dos casos

Caso 1 – J.R., 54 anos, masculino, branco, casado, advogado, procedente de São Paulo, Capital.

Há oito meses, quadro de dor em fossa ilíaca direita, de forte intensidade, acompanhada de náuseas e estado subfebril. Procurou o Pronto-Socorro, tendo sido feita hipótese diagnóstica de apendicite aguda. Ficou em observação dois dias, e, como apresentasse melhora após o uso de antiespasmódicos, recebeu alta. Referia apresentar esporadicamente desconforto localizado em hipocôndrio direito, sem relação com as evacuações ou qualquer outro fator

desencadeante e melhorando com o uso de antiespasmódicos. Procurou nosso Serviço com a mesma queixa anterior. Apresentava, ao exame físico do abdômen, massa palpável de limites precisos em flanco direito. Não referia alterações do ritmo intestinal. Não tinha febre. Procedeu-se à investigação propedêutica, com solicitação de enema opaco, que demonstrou presença de um divertículo em ângulo hepático do cólon, medindo cerca de 2 cm de diâmetro e com extravasamento de contraste (*Fig. 1*).

Havia numerosos divertículos no sigmóide e cólon direito, sem sinais inflamatórios (*Fig. 2*). O doente foi submetido a laparotomia, confirmando-se perfuração. O achado do divertículo, com grande bloqueio de epíploon na região do ângulo hepático. Procedeu-se a colectomia subtotal com ileorreto-anastomose primária. O exame anatomopatológico diagnosticou diverticulose colônica e divertículo de cólon largo, com fecalito no seu interior, de dois centímetros de diâmetro (*Figs. 3, 4 e 5*). À microscopia, o divertículo era constituído por mucosa e serosa sem camada muscular. O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no oitavo dia de pós-operatório.

Caso 2 – P.P., 41 anos, masculino, branco, pedreiro, procedente de São Paulo, Capital.

Procurou atendimento médico de urgência, com queixa de dor em região periumbilical de média intensidade, acompanhada de náuseas havia duas horas. O exame radiológico do abdômen não mostrou alterações, sendo medicado com antiespasmódicos, tendo melhorado. Após dois dias desenvolveu outra crise dolorosa, em maior intensidade. Outro raio X simples de abdômen também não apresentava pneumoperitônio. Foi feito enema opaco, o qual demonstrou presença de perfuração bloqueada de divertículo de cólon transverso situado próximo ao ângulo hepático, bem como divertículos em todo o cólon. Foi submetido a operação de emergência, sendo observados divertículos em grande quantidade no sigmóide, porém sem sinais de diverticulite, e epíploon bloqueando perfuração do cólon ao nível do ângulo hepático. Procedeu-se à

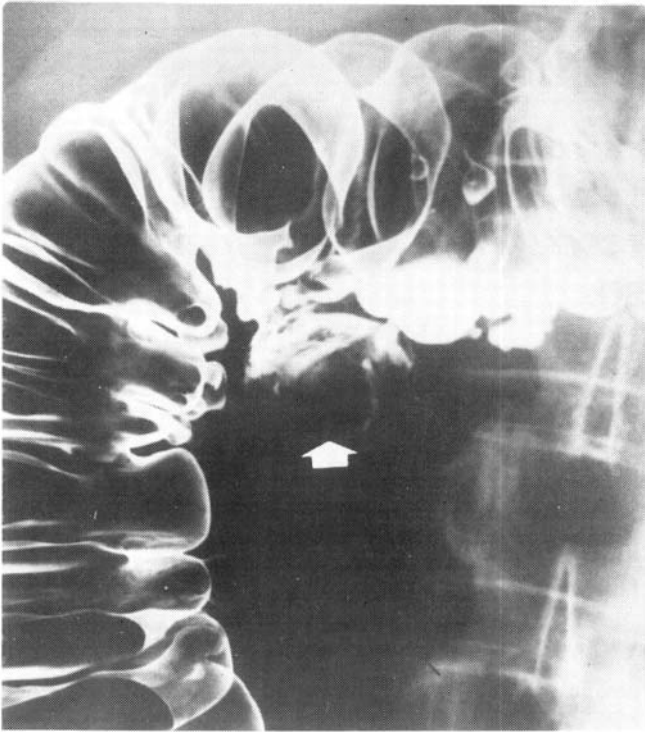


Fig. 1 - Enema opaco demonstrando divertículo em ângulo hepático, com extravasamento de contraste nesta região.

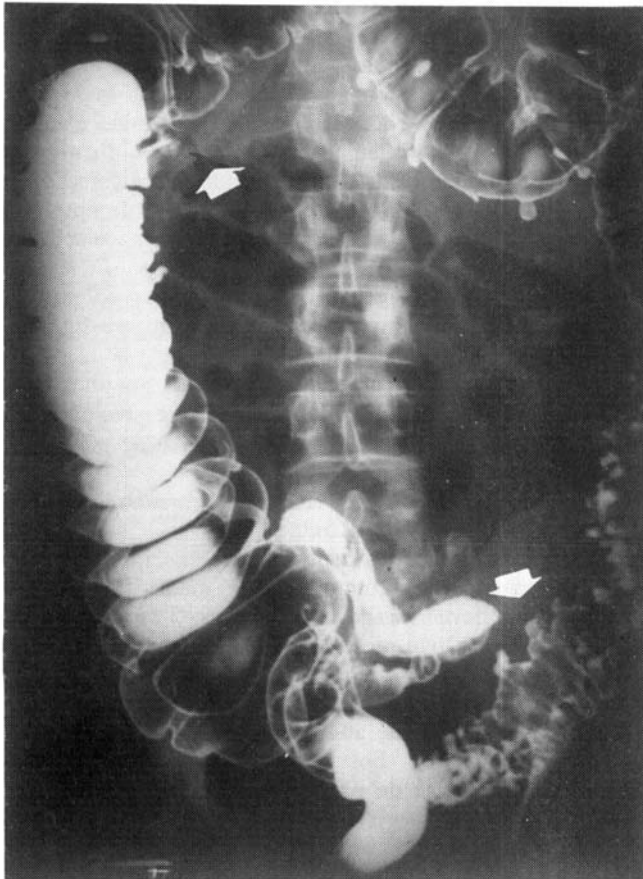


Fig. 2 - Enema opaco (panorâmica) mostrando a presença de divertículos em todo o cólon, além da imagem demonstrada na figura anterior e com espasmo ao nível de sigmóide.

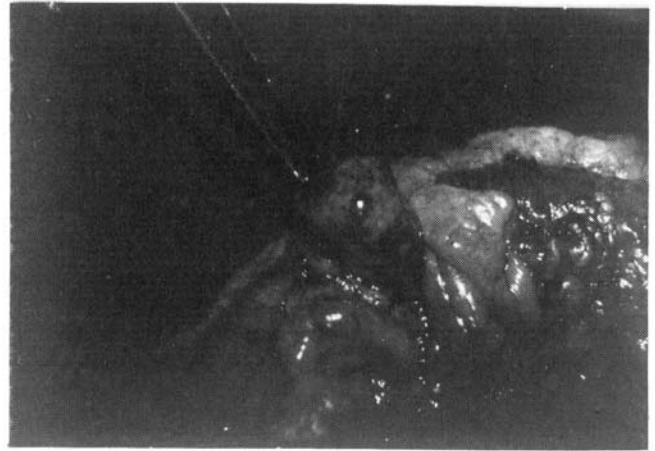


Fig. 3 - Divertículo em ângulo hepático, com fecalito protuberante (peça fechada).

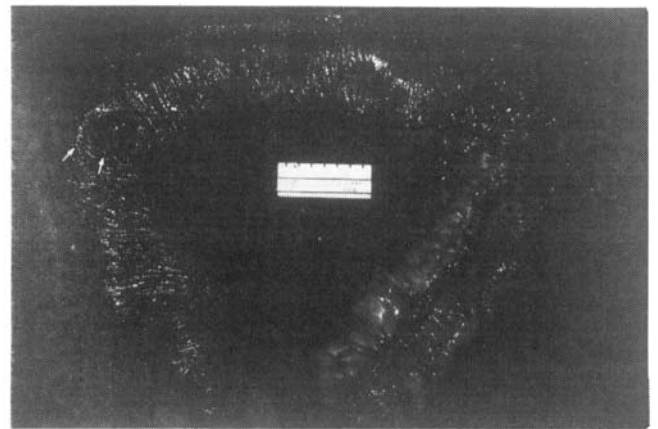


Fig. 4 - Panorâmica da peça aberta demonstrando divertículo gigante em ângulo hepático, com fecalito no seu interior e múltiplos divertículos em todo o cólon, e espessamento da parede muscular.

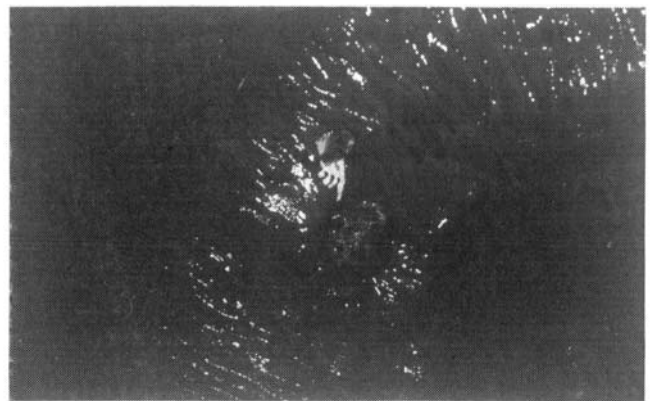


Fig. 5 - "Close" do divertículo de ângulo hepático.

colectomia com ileorreto-anastomose intraperitoneal primária. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no sétimo dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico confirmou formação diverticular de ângulo hepático, com intenso processo inflamatório. À microscopia o divertículo era destituído de camada muscular.

COMENTÁRIOS

A localização de perfuração de divertículo em ângulo hepático é pouco freqüente, tendo sido descrita pela primeira vez por *Thompson e Fox*¹⁷ em um paciente de 35 anos, que foi operado com diagnóstico de úlcera perfurada de duodeno. O achado intra-operatório foi de divertículo perfurado de ângulo hepático, tendo sido realizada a cirurgia de Mikulicz. Posteriormente, outros casos foram descritos e acredita-se que a incidência varie de 0,5% a 2,4%^{1, 2, 9, 14, 22} quando únicos, podendo aumentar para 10 a 20% quando associados a divertículos de outra localização^{6, 12, 19}. Na *Tabela 1* figuram os casos descritos na literatura que conseguimos levantar até o momento. Acreditamos que esta incidência talvez seja maior do que se supõe, pois muitos autores fazem referência a divertículos de cólon esquerdo e apenas citam os de outras localizações, sem determinar um número preciso.

Outra razão que dificulta a determinação da real incidência destes divertículos é a nomenclatura topográfica do cólon, pois muitas vezes as flexurás hepáticas e esplênica são consideradas separadamente do transverso.

A maior incidência de divertículos do cólon ao nível do ângulo hepático ocorre entre a quarta e a quinta décadas, ao contrário dos divertículos do cólon esquerdo, que ocorrem preferencialmente após os 60 anos. Apesar

de na nossa casuística termos observado dois casos no sexo masculino, registros de literatura apontam maior incidência entre as mulheres.

Acredita-se que estes divertículos, quando solitários, são variantes dos divertículos solitários do cólon ascendente e ceco, ou seja, têm origem congênita e são também conhecidos como divertículos verdadeiros, que contêm todas as camadas da parede intestinal. Quando múltiplos, em geral são adquiridos e sua origem deve-se a alterações dos níveis pressóricos intraluminais. Teorias mais antigas sugeriam que estes formar-se-iam a partir de ulceração da superfície da mucosa, que progressivamente levaria à formação de um pseudodivertículo⁴. *Miangolarra*¹¹ descreveu um caso de divertículo do cólon transverso com leiomioma benigno na parede, não sendo possível definir se era divertículo congênito com camada muscular, ou se este formou-se por tração do leiomioma do cólon transverso. Nos dois casos por nós descritos, tratava-se de divertículos adquiridos, também chamados pseudodivertículos, que não contêm a camada muscular.

Os divertículos sintomáticos, habitualmente, localizam-se no cólon sigmóide, provavelmente pelo conteúdo sólido, menor diâmetro e maior contratilidade deste segmento. No entanto, os de outra localização podem determinar sintomas, seja por processo inflamatório ou por hemorragia. No entanto, as manifestações clínicas são, em geral, indistinguíveis das outras afecções cirúrgicas. Quando

Autor	N.º	Sexo	Idade	Diag. dif.	Local	N.º divertículos	Conduta
<i>Thompson e col.</i> ¹⁷	1	m	35	Úlcera perfurada	AH	Solitário	Mikulicz
<i>Lockhart-Mummery</i> ⁸	1	f	48	Apendicite aguda	AH	Múltiplos	Mikulicz
<i>Rowlands</i> ¹⁵	1	f	54	Apendicite aguda	AH	Solitário	Ressecção 1 ^a
<i>Mears e cols.</i> ¹⁰	1	f	63	Neoplasia	AH	Múltiplos	Ressecção 1 ^a
<i>Botsford e col.</i> ¹	1	*	*	Abdômen agudo	T	Solitário	Sutura 1 ^a
<i>Miangolarra</i> ¹¹	11	**	**	Abdômen agudo	9AH	9 solitários	Ressecção 1 ^a
<i>Wychulis e cols.</i> ²²	4	*	*	Neoplasia	2T	2 múltiplos	Diverticulectomia
<i>Parks</i> ¹²	9	*	*	*	T	1 solitário	*
<i>Colcock</i> ³	1	*	*	Abdômen agudo	T	3 múltiplos	*
<i>Kent</i> ⁷	1	f	59	Apendicite aguda	T	4 solitários	*
<i>Wong e cols.</i> ²⁰	1	f	43	Apendicite aguda	T	5 múltiplos	Ressecção 1 ^a
<i>Vaziri</i> ⁸	1	f	39	Diverticulite	AE	Solitário	Ressecção 2 tempos
<i>Chugtai e col.</i> ²	6	f	32	Ap. aguda	AH	Solitário	Ressecção 1 ^a
		f	63	Neodivert.	AE		Ressecção 1 ^a
		f	52	Ap. aguda	AH		
		f	30	Ap. aguda	AH		
		f	39	Ap. aguda	AH		
		f	53	Ap. aguda	AH		
<i>Ghahremani e col.</i> ⁵	1	f	51	Fístula	AE	Duplo	Ressecção 2 tempos
<i>Wood</i> ²¹	1	*	*	Abdômen agudo	T	*	*
<i>McClure e col.</i> ⁹	3	f	52	Colec. aguda	AH	Solitário	Ressecção 1 ^a
		m	62	Ap. aguda	AH	Múltiplos	Ressecção 1 ^a
		f	47	Ap. aguda	AH	Solitário	Ressecção 1 ^a
<i>Shperber e cols.</i> ¹⁶	1	f	44	Ap. aguda	T	Solitário	Sutura 1 ^a
							Ressecção 1 ^a

* Não especificado

** Especificados alguns casos

ocorre penetração de fecalito no interior de um divertículo pode ocorrer perfuração, como foi observado nos dois doentes apresentados. O quadro clínico é variável de acordo com o momento em que é feito o diagnóstico, que em apenas 5% dos casos é estabelecido no pré-operatório. Ocasionalmente é possível a palpação de massa abdominal⁹ e isto foi observado em um dos nossos casos. Outras formas de manifestação seriam as fístulas, que podem ser gastrocólicas⁵, colocutâneas¹¹ ou podem manifestar-se como enfisema subcutâneo em membros inferiores¹³.

Outro fato importante no estudo destes divertículos de localização não usual reside especialmente no diagnóstico diferencial com apendicite aguda, colecistite aguda, úlcera perfurada, pancreatite aguda, doenças granulomatosas, câncer e corpo estranho, entre outras. Deve ser salientado que, nos casos em que simula neoplasia, a cirurgia deve ser radical, visando, portanto, os princípios oncológicos^{9, 18, 20}. Realizamos diagnóstico de certeza através de enema opaco, e os pacientes foram submetidos a cirurgia eletiva.

O tratamento cirúrgico de escolha depende do momento em que a cirurgia é realizada, devendo-se levar em conta as condições clínicas do doente e as condições locais observados no intra-operatório. Nos casos em que o divertículo isolado e o processo inflamatório são de pequena monta, é possível a realização de sutura do divertículo^{1, 16}, porém a conduta ideal é a ressecção do segmento comprometido. Quando existe presença de numerosos divertículos também no cólon esquerdo, é preferível realizar ressecção mais ampla com anastomose do ceco ou do íleo na porção intraperitoneal do reto. Nos dois casos por nós operados, conseguimos ressecção primária sem necessidade de colostomia de proteção, pois foi possível fazer o preparo mecânico do cólon e as condições locais permitiram tal procedimento. A evolução pós-operatória nos dois doentes foi boa, encontrando-se ambos em condições satisfatórias após um e dois anos respectivamente.

VIEIRA MJF, HABR-GAMA A, GENZINI T - Diverticulum of the transverse colon: report of two cases and review of the literature.

SUMMARY: Two patients with diverticulitis of the hepatic flexure were operated on in our Clinic. In both it was possible to make the diagnosis before operation by barium enema. They were submitted to total colectomy with primary ileorectal anastomosis. This procedure was indicated because they had diverticular disease in the whole colon with hypertonic sigmoid colon. Although a rare disease, this is a condition which needs to be considered

differential diagnosis of different diseases such as acute appendicitis, perforated ulcer or colonic cancer.

KEY WORDS: diverticulum; perforation; transverse colon

REFERÊNCIAS

1. Botsford TW, Curtis LE. Diverticulitis coli: criteria of management for the physician and the surgeon. *N Engl J Med* 1961; 265: 618-23.
2. Chugtai SQ, Ackerman NB. Perforated diverticulum of the transverse colon. *Am J Surg* 1974; 127: 508-10.
3. Colcock BP. Diverticular disease of the colon. In: Dunphy, J.E. (ed). *Major Problems in Clinical Surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1971; 96.
4. Fairbank TJ, Rob CG. Solitary diverticulitis of the caecum and ascending colon. *Br J Surg* 1947; 35: 105-107.
5. Ghahremani GG, Olsen J. Gastrocolic fistula secondary to diverticulitis of the splenic flexure: Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 98-99.
6. Hughes LE. Post mortem survey of diverticular disease of the colon. *Gut* 1969; 10: 336-351.
7. Kent SJS. Diverticulitis of the transverse colon. *Br Med J* 1973; 2: 219.
8. Lockhart-Mummery HE. Localized diverticulitis in the transverse colon. *Br J Surg* 1949; 36: 319-21.
9. McClure ET, Welch JP. Acute diverticulitis of the transverse colon with perforation. *Arch Surg* 1979; 114: 1068-71.
10. Mears TW, Judd Jr. ES, Marti WJ. Diverticulitis of the right side of the colon with a report of a case of diverticulitis of the hepatic flexure. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1954; 29: 410-415.
11. Miangolarra CJ. Diverticulitis of the right colon: an important surgical problem. *Ann Surg* 1961; 153: 861-70.
12. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. A review of 521 cases. *Br Med J* 1969; 4: 639-645.
13. Pickels RF, Karmody AM, Tsapogas MJ. Subcutaneous emphysema of the lower extremity of gastrointestinal origin: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 82-6.
14. Rodkey GV, Welch CE. Colonic diverticular disease with surgical treatment. A study of 338 cases. *Surg Clin North Am* 1974; 54: 655-74.
15. Rowlands B. Localized diverticulitis of the transverse colon. *Br Med J* 1951; 2: 29.
16. Shperber Y, Halevy A, Oland J, Orda R. Perforated diverticulitis of the transverse colon. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 466-68.
17. Thompson GF, Fox PF. Perforated solitary diverticulum of the transverse colon. *Am J Surg* 1944; 66: 280-83.
18. Vaziri M. Perforated solitary diverticulitis of the transverse colon. *Arch Surg* 1974; 109: 588.
19. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg* 1961; 83: 436-43.
20. Wong JB, Neistadt JS, Winkley JH. Perforated solitary diverticulitis of the transverse colon. *Arch Surg* 1974; 108: 249.
21. Wood CD. Acute perforations of the colon. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 126-29.
22. Wychulis AR, Bears OH, Judd ES. Surgical management of diverticulitis of the colon. *Surg Clin North Am* 1967; 47: 961-69.

Endereço para correspondência:
Maria José Feminias Vieira
Rua Heitor Peixoto, 466 - Acimação
Tel.: (011) 278-8424
01543 - São Paulo - SP