



GASTRO BR & GASTRO SP



Diverticulose e Doença Diverticular: Aspectos Epidemiológicos

Aula 02 · Material Complementar

MATERIAL COMPLEMENTAR

WorldMed



02

Diverticulose e Doença Diverticular: Aspectos Epidemiológicos

Docente: Dr. Henrique Pinese

Prevalência, fatores de risco e conduta segundo a classificação de Hinchey

A diverticulose colônica é a alteração anatômica mais frequentemente encontrada em exames de colonoscopia e de imagem, e sua frequência mudou de forma marcante ao longo do último século. Esta aula reúne os principais dados epidemiológicos sobre diverticulose e doença diverticular — da prevalência global ao cenário brasileiro, passando pelos fatores de risco, pela história natural da doença e pelas decisões diagnósticas e terapêuticas baseadas na classificação de Hinchey.

Um século de mudança epidemiológica

No início do século passado, estudos de necropsia mostravam uma prevalência de diverticulose baixa, entre 2% e 10%. Ao final do século, a situação havia mudado de forma dramática, com aumento da incidência superior a 53%. Nos Estados Unidos, as internações por diverticulose cresceram 26% entre 1998 e 2005.

Um dado particularmente relevante é a mudança do perfil etário: a doença, antes associada quase exclusivamente à terceira idade, hoje acomete cada vez mais indivíduos jovens. Isso vale tanto para a diverticulose quanto para a diverticulite — 12% dos quadros de diverticulite são complicados, com impacto significativo no curso do tratamento, e esse subgrupo também tem mostrado incidência crescente em pacientes mais jovens.

■ PONTO IMPORTANTE

A diverticulite deixou de ser uma doença exclusiva do idoso. O aumento da incidência em adultos jovens é uma das mudanças epidemiológicas mais relevantes das últimas décadas e tem implicações diretas na forma como o diagnóstico diferencial é conduzido nessa faixa etária.

O cenário brasileiro

Dados do DATASUS referentes ao período de 2010 a 2020 mostram aproximadamente 85 mil casos de diverticulite aguda registrados no sistema, com custo aproximado de R\$ 142 milhões para o sistema de saúde. Foram registrados 5.800 óbitos no período, com tempo médio de internação de 6 dias. A região Sudeste é a mais acometida, o que reflete uma população mais urbanizada e com maior consumo de dieta industrializada.

Distribuição geográfica da doença

A distribuição anatômica da doença diverticular também varia conforme a região do mundo: no Ocidente predomina o acometimento do colo esquerdo, enquanto no Oriente predomina o colo direito. Um achado interessante é que populações asiáticas que migram para países ocidentais — mesmo adotando hábitos alimentares ocidentais — continuam apresentando mais diverticulite à direita, o que sugere um componente que vai além da dieta adquirida, possivelmente genético ou relacionado à formação da doença em fases mais precoces da vida.

Fisiopatologia: da teoria mecânica à teoria inflamatória

Classicamente, a diverticulite era compreendida como uma doença de causa mecânica: obstrução do divertículo, levando a perfuração e infecção. A compreensão atual, no entanto, valoriza cada vez mais o componente inflamatório persistente como o principal mecanismo que leva ao quadro de diverticulite, num modelo mais próximo ao de uma doença inflamatória crônica de baixo grau do que ao de um evento puramente obstrutivo.

Fatores de risco associados

Diversos fatores estão associados ao desenvolvimento e à gravidade da doença diverticular:

- **Obesidade** — pacientes com índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 35 desenvolvem a doença mais precocemente (cerca de 10 anos antes) e com maior gravidade. O mecanismo provável envolve a liberação de citocinas inflamatórias pelo tecido adiposo.
- **Tabagismo** — aumenta o risco de diverticulite, com efeito dose-dependente.
- **Genética** — estudos com gêmeos monozigóticos mostram risco aumentado de desenvolver diverticulose colônica, o que indica um componente hereditário relevante.
- **Microbioma intestinal** — ácidos graxos de cadeia curta produzidos pela microbiota formam uma barreira protetora na mucosa intestinal; indivíduos que evoluem com diverticulite apresentam redução desses ácidos graxos.

Da diverticulose assintomática à doença sintomática

A diverticulose costuma ser assintomática e é, na maioria das vezes, um achado incidental de colonoscopia ou exame de imagem. Sua prevalência aumenta com a idade: cerca de 10% abaixo dos 40 anos, chegando a uma faixa de 50% a 80% acima dos 80 anos. Entre os portadores de diverticulose, aproximadamente 20% desenvolvem a forma sintomática da doença, e 10% a 15% evoluem para um quadro de diverticulite aguda.

◆ DEFINIÇÃO — DOENÇA DIVERTICULAR SINTOMÁTICA NÃO COMPLICADA

Quadro de dor abdominal e alteração do hábito intestinal atribuível aos divertículos, na ausência de inflamação aguda (diverticulite). Envolve disbiose da microbiota, algum grau de inflamação da mucosa, disfunção neuroimune e alteração da motilidade/isquemia local.

Nesse grupo, o objetivo terapêutico é melhorar o estilo de vida e a alimentação: dieta rica em fibras, possibilidade de uso de probióticos e suplementação direcionada. A farmacoterapia — com rifaximina e mesalazina — fica reservada para casos mais refratários, com a colectomia segmentar como último recurso.

Mudanças de estilo de vida — maior ingestão de fibras, atividade física regular, redução do consumo de carne vermelha, melhora do IMC e cessação do tabagismo — reduzem o risco de diverticulite. Fibras e probióticos são amplamente recomendados, embora o nível de evidência que sustenta esse benefício seja mais modesto do que costuma se supor. As fibras atuam por dois mecanismos complementares: aumentam o bolo fecal, reduzindo a pressão intracolônica, e, ao serem fermentadas, liberam mais ácidos graxos de cadeia curta, o que reforça a integridade da barreira mucosa intestinal.

Pacientes com quadro sugestivo de doença diverticular sintomática devem realizar exames laboratoriais para descartar diverticulite aguda. Uma vez afastada essa hipótese e confirmado o diagnóstico, o tratamento consiste em dieta rica em fibras, uso de rifaximina ou mesalazina para

alívio sintomático e, em casos muito refratários, discussão compartilhada sobre sigmoidectomia eletiva.

História natural e magnitude do risco

Na população geral de portadores de diverticulose, cerca de 4% evoluirão para diverticulite aguda. Desses, 12% evoluem com diverticulite complicada, e 10% a 15% necessitarão de cirurgia — eletiva ou de urgência — ao longo da vida. A mortalidade entre pacientes internados é de 2,7%, podendo chegar a 7% nos casos complicados.

Diagnóstico e classificação da diverticulite aguda

A tomografia computadorizada é o exame ideal para confirmar o diagnóstico de diverticulite aguda e estabelecer o grau da doença. A ressonância magnética é uma alternativa quando a tomografia não pode ser realizada. Do ponto de vista laboratorial, PCR acima de 150 indica doença complicada, a procalcitonina também se correlaciona com a gravidade do quadro, e a calprotectina fecal pode ser usada como preditor de recorrência.

Com base na tomografia, os pacientes são classificados pela classificação de Hinchey em quatro estádios:

◆ DEFINIÇÃO — CLASSIFICAÇÃO DE HINCHEY

- **Estádio 0 / Ia** — diverticulite não complicada, sem ou com pequeno flegmão pericólico.
- **Estádio Ib / II** — presença de abscesso (pericólico ou a distância).
- **Estádio III / IV** — diverticulite com peritonite difusa (purulenta ou fecal).

Conduta segundo o estágio de Hinchey

- **Hinchey 0 e Ia** (não complicada) — tratamento sintomático; o uso de antibióticos é reservado a situações selecionadas, não sendo medida de rotina.
- **Hinchey Ib e II** (com abscesso) — abscessos de até 4 cm respondem a antibioticoterapia isolada; abscessos maiores, a partir de aproximadamente 5 cm, têm indicação de drenagem percutânea.
- **Hinchey III e IV** (peritonite difusa) — o tratamento é cirúrgico, com ressecção do segmento acometido.

Após um episódio agudo, recomenda-se colonoscopia em 6 a 8 semanas para exclusão de câncer colorretal associado, e a cirurgia, quando indicada, deve preferencialmente ser realizada por via minimamente invasiva.

O papel dos antibióticos na diverticulite não complicada

Os estudos randomizados AVOD e DIABOLO avaliaram especificamente se o uso de antibióticos traz benefício em pacientes com diverticulite não complicada, e não encontraram diferença estatística em tempo de internação, taxa de complicações ou recorrência entre os grupos tratados e não tratados com antibiótico. Uma metanálise espanhola posterior confirmou esses achados, sem diferença em readmissão ou necessidade de cirurgia de emergência entre os grupos — havendo, inclusive, uma tendência discretamente favorável ao grupo que não recebeu antibiótico.

⚠️ ATENÇÃO

Diante desses dados, o tratamento da diverticulite Hinchey Ia deve ser sintomático na maioria dos casos. Antibióticos passam a ser mandatórios quando o paciente apresenta imunossupressão, sinais de infecção sistêmica ou comorbidades significativas — nesses casos, um ciclo de 4 a 7 dias, com administração preferencialmente por via oral, e endovenosa caso haja necessidade de internação.

Nos casos Hinchey Ib e II, a drenagem percutânea de abscessos apresenta taxa de falha de até 30%, e mesmo quando eficaz mantém uma chance relevante de recorrência — por isso, esses pacientes devem ser avaliados para colectomia eletiva após a resolução do quadro agudo.

Decisões cirúrgicas: ressecção, estomia e reconstrução

Nos quadros Hinchey III e IV, com peritonite difusa, a lavagem laparoscópica — historicamente utilizada como alternativa à ressecção — tem sido progressivamente abandonada à luz de estudos bem conduzidos, pelo risco elevado de persistência da peritonite, formação de abscesso e necessidade de nova cirurgia. A conduta de escolha nesses casos é a ressecção do segmento acometido.

Definida a ressecção, permanece a discussão sobre colostomia terminal (cirurgia de Hartmann) versus anastomose primária, associada ou não a uma ileostomia de proteção. Os estudos mostram tendência crescente de opção pela anastomose primária, sem diferença de mortalidade entre as duas estratégias. Um achado relevante em favor da anastomose primária: entre os pacientes submetidos à cirurgia de Hartmann e acompanhados por 12 meses, mais da metade não havia

sido submetida à reconstrução do trânsito intestinal, enquanto entre os pacientes com anastomose primária e ileostomia de proteção, praticamente todos haviam sido reconstruídos.

EXEMPLO

Foram apresentados dois casos ilustrativos: um de diverticulite complicada por perfuração relacionada a corpo estranho, e outro de paciente com obstrução fibrótica secundária à doença diverticular, tratada com anastomose primária.

Recorrência e indicação de cirurgia eletiva

Após um primeiro episódio de diverticulite, o risco de recorrência é de 8% em um ano, 17% em cinco anos e 22% em dez anos. Após um segundo episódio, esse risco sobe substancialmente.

Um ponto importante discutido na literatura é se um episódio recorrente tende a ser clinicamente mais grave que o primeiro — o que justificaria indicação de tratamento cirúrgico mais agressivo, principalmente em pacientes jovens. No entanto, os dados disponíveis mostram o oposto: a maioria dos pacientes que evolui com doença mais complicada já apresentava esse padrão desde a primeira manifestação da doença, e não como consequência de recorrências.

Um estudo randomizado finlandês, com 90 pacientes e seguimento de quatro anos, avaliou justamente essa questão — cirurgia versus tratamento conservador após um primeiro episódio. A conclusão foi que, quando há queda significativa da qualidade de vida do paciente após o quadro agudo, a cirurgia eletiva precoce deve ser oferecida; para os pacientes que optam por permanecer em tratamento conservador, essa conduta também é plenamente aceitável.

Colonoscopia após o episódio agudo

A recomendação clássica é que todo paciente seja submetido a colonoscopia após um episódio de diverticulite aguda, para excluir câncer colorretal oculto. Um estudo espanhol de seguimento, no entanto, mostrou que esse rendimento é baixo quando aplicado de forma universal: de cerca de 5 mil colonoscopias realizadas nesse contexto, o diagnóstico de câncer colorretal foi confirmado em apenas 1,28% dos pacientes. Ao dividir a amostra entre diverticulite não complicada e complicada, nenhum caso de câncer colorretal foi encontrado no grupo não complicado, contra cinco casos no grupo com doença complicada.

Diante desses achados, a conduta recomendada é:

- Diverticulite **não complicada**, sem sintomas de alarme — não é necessária colonoscopia adicional; segue-se o rastreamento habitual.

- Diverticulite **complicada** ou com sintomas de alarme — colonoscopia mandatória, 6 a 8 semanas após o episódio agudo.
- Se o paciente já possuir colonoscopia prévia de alta qualidade, realizada entre 1 e 5 anos antes, a decisão deve ser individualizada.

RESUMO DO CAPÍTULO

- A prevalência de diverticulose aumentou de forma expressiva ao longo do último século, e a doença hoje acomete cada vez mais pacientes jovens.
- No Brasil, o DATASUS registrou cerca de 85 mil casos de diverticulite aguda entre 2010 e 2020, com predomínio na região Sudeste.
- A compreensão fisiopatológica migrou do modelo mecânico-obstrutivo para o modelo inflamatório persistente; obesidade, tabagismo, genética e alterações do microbioma são fatores de risco relevantes.
- A classificação de Hinchey orienta a conduta: tratamento sintomático nos estádios 0/Ia, antibiótico ou drenagem percutânea conforme o tamanho do abscesso nos estádios Ib/II, e cirurgia nos estádios III/IV.
- Estudos randomizados (AVOD, DIABOLO) e metanálises não mostram benefício do uso rotineiro de antibióticos na diverticulite não complicada.
- Após episódio agudo, a colonoscopia deve ser reservada a casos complicados ou com sintomas de alarme — seu rendimento é baixo na doença não complicada.