

BMJ Best Practice

Doença diverticular

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Apr 01, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	19
Novidades	29
Acompanhamento	30
Recomendações	30
Complicações	30
Prognóstico	32
Diretrizes	33
Diretrizes de diagnóstico	33
Diretrizes de tratamento	33
Nível de evidência	35
Referências	36
Aviso legal	42

Resumo

- ◇ Geralmente assintomática; pode haver constipação ou sintomas abdominais inespecíficos.
- ◇ A diverticulite aguda sintomática se apresenta com febre, leucocitose e dor no quadrante inferior esquerdo.
- ◇ O enema com contraste e a colonoscopia são testes diagnósticos comuns para doença diverticular. A tomografia computadorizada é a modalidade de imagem de escolha para diverticulite aguda.
- ◇ O tratamento inclui repouso intestinal, antibióticos e intervenção cirúrgica.
- ◇ As complicações incluem sangramento, colite segmentar, perfuração, abscesso, fístulas e obstrução.
- ◇ Trate o sangramento agudo com fluidoterapia intravenosa ou transfusão sanguínea, além de hemostasia direcionada radiologicamente (embolização).

Definição

A diverticulose cólica se refere à herniação da mucosa e da submucosa através da camada muscular da parede cólica, e pode ser resultado de hiperatividade do músculo liso cólico. A doença diverticular pode ser definida como qualquer estado clínico causado por sintomas relacionados aos divertículos cólicos e inclui um amplo espectro que abrange desde a doença assintomática até a grave e complicada. A diverticulite indica a inflamação de um ou mais divertículos e pode ser causada por uma infecção. Outras complicações da doença diverticular incluem colite segmentar, hemorragia digestiva baixa, infecção, abscesso, perfuração, peritonite e formação de fístula.

Epidemiologia

É difícil determinar a incidência exata da doença diverticular, pois a maioria dos pacientes é assintomática, e muitos estudos são retrospectivos por natureza.[3] No entanto, sabe-se que a incidência aumenta com a idade, sendo <10% em pessoas com menos de 40 anos de idade, aproximadamente 50% aos 50 anos de idade, e 50% a 66% em pessoas com mais de 80 anos de idade nos países desenvolvidos. Foi demonstrado que há uma menor incidência de doença diverticular entre os vegetarianos.[4] Foi demonstrado que a doença diverticular no lado direito, que é mais comum na Ásia, está associada ao consumo de carne em populações asiáticas.[5] Um estudo relatou uma prevalência geral na Europa de 12% a 49%.[6] Não existe uma diferença de gênero na prevalência global da doença diverticular; no entanto, em adultos mais velhos, há preponderância entre as mulheres.[7]

A prevalência de febre e leucocitose em pacientes mais velhos com diverticulite aguda varia de 30% a 50%. Raramente, uma forma mais agressiva da doença diverticular se manifesta em homens obesos mais jovens (<40 anos de idade).[8]

Embora estudos prévios tenham descrito a doença diverticular como rara na zona rural da África e da Ásia, com maior prevalência nos EUA, Europa e Austrália, dados indicam um aumento geral na prevalência da doença diverticular, mesmo em países africanos com tendência à urbanização.[9] [10] [11]

Etiologia

Acredita-se que a doença diverticular tenha uma etiologia multifatorial. Tanto os fatores genéticos quanto os ambientais são descritos como causativos, sobretudo o baixo consumo de fibra alimentar, que na população ocidental é considerado o fator contribuinte predominante.[9] Outros fatores predisponentes descritos incluem baixo nível de atividade física, obesidade, grande consumo de carne vermelha, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e cafeína, esteroides e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).[2] Outras etiologias sugeridas incluem alterações na estrutura da parede cólica (aumento da síntese do colágeno tipo III, deposição de elastina), motilidade cólica anormal e disfunção do neurotransmissor cólico (diminuição da colina acetiltransferase, aumento na expressão da serotonina).[5] [12] [13] Foi sugerido que anormalidades do tecido conjuntivo, como síndrome de Ehlers-Danlos,[14] ou herniose, seriam responsáveis pela constelação de distúrbios denominada tríade de Saint (hérnia de hiato, diverticulose cólica e cálculos biliares). A infecção dos divertículos pode ser a causa da inflamação que resulta em diverticulite. Não existem evidências para dar suporte à preocupação teórica de que as sementes e nozes ingeridas poderiam ficar presas em um divertículo e resultar em um episódio de diverticulite.

Fisiopatologia

Uma dieta pobre em fibras aumenta o tempo do trânsito intestinal e diminui o volume das fezes, resultando em aumento da pressão intraluminal e da segmentação cólica, que predispõem à formação diverticular. No entanto, o mecanismo exato ainda não é completamente compreendido, e este conceito não explica facilmente a doença do lado direito observada na Ásia. O cólon sigmoide é comumente afetado devido ao seu pequeno diâmetro.

Os divertículos cólicos são "pseudodivertículos" (constituídos apenas de mucosas e muscular da mucosa) e geralmente ocorrem entre as tênias do cólon em locais de presumida fraqueza, onde os vasos retos penetram na parede cólica. O espessamento dos músculos circulares e a diminuição das tênias sem uma verdadeira hipertrofia muscular são causados pelo aumento de deposição de elastina entre as células musculares e as tênias do colo. Acredita-se que o óxido nítrico, ao influenciar a complacência da camada muscular circular, seja o responsável pela segmentação da parede cólica na diverticulose.[15] Partículas espessadas de alimentos ou material fecal podem contribuir para o desenvolvimento da infecção que, em combinação com o aumento da pressão intraluminal, podem causar inflamação, isquemia e necrose da parede de um divertículo, levando à perfuração. A microperfuração de 1 ou mais divertículos pode resultar em um flegmão localizado, um pequeno abscesso confinado (estádio I), um abscesso distante (estádio II), peritonite generalizada (estádio III) ou perfuração livre e peritonite fecal (estádio IV).[16]

Classificação

Classificação clínica

Atualmente, não existe uma classificação clínica universalmente aceita para a doença diverticular. No entanto, as distinções clínicas a seguir são comumente utilizadas:[1] [2]

- Diverticulose assintomática: geralmente é um achado acidental na colonoscopia, no enema de bário ou na tomografia computadorizada.
- Doença diverticular sintomática não complicada: também conhecida como doença diverticular dolorosa, geralmente caracterizada por episódios de cólica abdominal na região inferior esquerda, com ou sem outros sintomas inespecíficos de distensão, constipação ou diarreia. Os sintomas podem se tornar recorrentes.
- Doença diverticular complicada: a complicação mais comum é a diverticulite aguda. Outras complicações incluem hemorragia, abscesso, colite segmentar, flegmão diverticular, perfuração, peritonite, fístula, estenose e obstrução.

A intensidade da diverticulite aguda é classificada usando-se a classificação de Hinchey:

- Estágio I: abscesso mesentérico ou pericólico confinado ou pequeno.
- Estágio II: abscesso paracólico grande, geralmente se estendendo para a pelve.
- Estágio III: diverticulite perfurada em que um abscesso peridiverticular perfurou, resultando em peritonite purulenta.
- Estágio IV: diverticulite perfurada, em que há perfuração livre e que está associada à peritonite fecal.

Prevenção primária

O aumento de ingestão de fibras alimentares através do consumo generoso de frutas e vegetais, a diminuição do consumo de carne vermelha e de sal e a realização de atividades físicas regulares para manter o peso corporal ideal e evitar a obesidade podem ajudar a prevenir a doença diverticular.

Prevenção secundária

Não há diretrizes estabelecidas disponíveis para a prevenção secundária da doença diverticular. No entanto, tomar medidas para a melhora da saúde como um todo, como realizar atividades físicas regulares,^[77] aumentar o consumo de frutas e vegetais, diminuir o consumo de gorduras saturadas, carnes vermelhas e açúcar, melhorará a saúde cardiovascular, e poderá diminuir a prevalência da doença diverticular.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 57 anos com história de hipertensão e hipercolesterolemia chega ao pronto-socorro com história de 24 horas de dor abdominal com agravamento gradual no quadrante inferior esquerdo, associada a náuseas e vômitos. Antes desse episódio, a paciente não tinha nenhum problema gastrointestinal (GI) significativo, exceto uma leve constipação e dispepsia ocasional após refeições pesadas. Ela se sentiu febril, mas não mediu a temperatura. Sua história familiar é negativa para distúrbios gastrointestinais.

Caso clínico #2

Um homem de 32 anos obeso, mas saudável, chega ao pronto-socorro com início de dor aguda na região inferior do abdome que já dura 2 horas. Não há febre nem história de nenhuma doença significativa prévia, exceto ronco alto, possível apneia do sono e sobrepeso.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A doença diverticular geralmente deve ser considerada em pacientes com mais de 40 anos apresentando sensibilidade e dor abdominal no quadrante inferior esquerdo, com ou sem pirexia. Uma apresentação atípica inclui dor abdominal no lado inferior direito associada à doença diverticular cólica no lado direito, e em pacientes mais jovens e obesos, se apresenta com dor na parte inferior do abdome. Os achados físicos dependem do tipo clínico e da gravidade da doença diverticular. Na doença diverticular complicada, principalmente com diverticulite e abscesso, os pacientes terão sinais de peritonismo (dor à descompressão brusca, rigidez) e podem apresentar massa abdominal palpável e sensível.

Todos os pacientes devem realizar um hemograma completo para identificar neutrofilia, medição da hemoglobina para descartar anemia e medição dos marcadores de inflamação, incluindo proteína C-reativa. A hemocultura deve ser considerada em pacientes com sinais ou sintomas de sepse sistêmica, ou que estejam gravemente doentes ou que apresentem complicações (por exemplo, perfuração, fístula, flegmão). A tomografia computadorizada (TC) do abdome é a modalidade de imagem de escolha, e ajuda a confirmar a presença de diverticulose. A TC pode revelar sinais de inflamação, incluindo acúmulo de gordura pericólica na diverticulite aguda, e ajuda a descartar complicações, como abscesso pericólico e paracólico e flegmão diverticular. Pode ser necessário realizar uma colonoscopia precoce ou uma sigmoidoscopia flexível em pacientes que apresentem sangramento retal.

Pacientes assintomáticos

A diverticulose assintomática é frequentemente diagnosticada de forma acidental, durante um rastreamento com colonoscopia ou enema de bário para outras indicações. Os exames físicos e os exames de sangue geralmente são normais em pacientes assintomáticos.

Pacientes sintomáticos não agudos

Pacientes com doença diverticular sintomática podem apresentar dor abdominal recorrente no quadrante inferior esquerdo, febre, distensão abdominal, constipação ou diarreia.[19] Na doença diverticular sintomática não complicada, os exames de sangue geralmente são normais.

Abdome agudo/dor

A diverticulite no lado direito pode mimetizar uma apendicite aguda. Em pacientes com diverticulite aguda, pode haver sensibilidade, efeito rebote e defesa no quadrante inferior esquerdo do abdome. Pacientes com perfuração livre e peritonite generalizada podem apresentar desconforto abdominal difuso. Pode haver uma massa palpável em caso de formação de abscesso. A sensibilidade pélvica no exame de toque retal também é um sinal útil. Na diverticulite aguda, um hemograma completo com diferencial geralmente revela leucocitose polimorfonuclear. Quando há leucocitose em pacientes mais velhos com história de diverticulose, o diagnóstico mais provável é o de diverticulite aguda.

Imagem de abdome agudo/dor

Nos casos de suspeita de diverticulite aguda, a TC é o teste diagnóstico padrão para confirmar uma suspeita clínica e descartar complicações diverticulares.[2] Se não for possível realizar uma TC, poderá ser usada uma ultrassonografia abdominal ou um enema com contraste simples como alternativa. Outra opção é uma radiografia abdominal, que pode mostrar pneumoperitônio, íleo paralytico e densidade de tecidos moles. As radiografias torácicas e abdominais são úteis para descartar outras condições que simulem abdome agudo, e mostrarão ar livre no abdome se houver perfuração do intestino.

Uma sigmoidoscopia flexível limitada sem insuflação de ar ajudará a identificar um carcinoma de retossigmoide perfurado que esteja simulando uma diverticulite aguda. Colonoscopia ou sigmoidoscopia flexível podem ser consideradas quando o diagnóstico de doença diverticular não estiver claro ou quando houver suspeita de câncer ou isquemia intestinal. É necessário bastante cuidado durante esses procedimentos endoscópicos para evitar perfuração.

Sangramento agudo

O sangramento diverticular geralmente é um sangramento arterial abrupto, indolor e profuso no trato gastrointestinal (GI) inferior. O sangramento diverticular é a causa mais comum de hemorragia digestiva baixa em pacientes mais velhos, e geralmente é originado de divertículos do lado direito, sobretudo em pacientes asiáticos.

Colonoscopia ou sigmoidoscopia podem ser usadas para um diagnóstico acurado durante um sangramento agudo.[25] Se o sangramento for profuso demais para possibilitar uma identificação por meio de colonoscopia, uma angiografia ou uma varredura de eritrócitos marcados com radioisótopos devem ser consideradas.[26]

Laparoscopia diagnóstica

Se o diagnóstico primário ainda não estiver claro, uma laparoscopia diagnóstica deve ser considerada, a qual também pode fornecer opções terapêuticas.

Laparotomia exploratória

Ocasionalmente, em casos de incerteza diagnóstica, uma laparotomia exploratória pode ser necessária.

Fatores de risco

Fortes

dieta pobre em fibras

- As evidências baseiam-se, sobretudo, em estudos observacionais.[17] [3]

idade >50 anos

- Esse é o maior fator de risco. A incidência da doença diverticular aumenta em idosos, e é extremamente rara em crianças. Isso talvez se deva à diminuição da força mecânica das paredes cólicas. As alterações na estrutura do colágeno podem causar uma diminuição da força da parede cólica associada à idade.[20]

Fracos

dieta ocidental

- As dietas ocidentais, pobres em fibras e ricas em sal, carne e açúcar, estão associadas ao aumento da incidência de diverticulose. O consumo de dieta ocidental resulta em baixo peso fecal e aumento do tempo do trânsito intestinal,[18] que, por sua vez, resultam no aumento da pressão segmentar no cólon, levando à formação de divertículos.[19]

obesidade (índice de massa corporal [IMC] >30)

- Perfurações e diverticulites recorrentes são mais comuns em pessoas com IMC acima de 30,[21] e apresentam aumento do risco de sangramento diverticular.[22]

uso de medicamento anti-inflamatório não esteroidais (AINE)

- Há uma forte associação entre o uso de AINE e a perfuração de divertículos cólicos.[23] Os AINEs também estão associados ao sangramento diverticular.[24]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem dieta com baixo teor de fibras alimentares e idade acima de 50 anos.

dor abdominal no quadrante inferior esquerdo (comum)

- Pode ser leve na doença diverticular não complicada.
- Presente em aproximadamente 70% dos pacientes com diverticulite aguda.[19]

leucocitose (comum)

- Quando estiver presente em pacientes mais velhos com história de diverticulose, o diagnóstico mais provável é o de diverticulite aguda.

febre (comum)

- Os episódios de diverticulite são frequentemente acompanhados de baixa temperatura.

sangramento retal (incomum)

- Geralmente, sangramento arterial abrupto, indolor e profuso no trato gastrointestinal (GI) inferior; complicação da doença diverticular aguda.

Outros fatores de diagnóstico

defesa no quadrante inferior esquerdo (comum)

- Na diverticulite aguda.

sensibilidade no quadrante inferior esquerdo (comum)

- Na diverticulite aguda.

distensão abdominal (comum)

- A distensão abdominal é uma queixa frequente dos pacientes com doença diverticular.

constipação (comum)

- Os pacientes com doença diverticular frequentemente passam por períodos de constipação, que podem ser alternados com episódios de diarreia.

sensibilidade pélvica no exame de toque retal (comum)

- Pode ser detectada, sobretudo se houver diverticulite aguda.

desconforto abdominal difuso (incomum)

- Nos casos de perfuração livre e peritonite generalizada.

diarreia (incomum)

- Os pacientes com doença diverticular frequentemente vivenciam episódios de diarreia, que podem ser alternados com períodos de constipação.

massa abdominal palpável (incomum)

- Pode indicar abscesso.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
hemograma completo com diferencial <ul style="list-style-type: none"> • A leucocitose polimorfonuclear está presente na diverticulite aguda. Quando há leucocitose em pacientes mais velhos com história de diverticulose, o diagnóstico mais provável é o de diverticulite aguda. Os resultados do hemograma completo deverão ser considerados no primeiro encontro com o paciente quando houver suspeita de diverticulite. 	leucocitose polimorfonuclear

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografia abdominal <ul style="list-style-type: none"> Considerado quando houver suspeita de diverticulite aguda. 	pneumoperitônio, íleo paralítico, densidades de tecidos moles; ar livre na perfuração intestinal
tomografia computadorizada (TC) do abdome <ul style="list-style-type: none"> A modalidade de imagem de primeira escolha para confirmar suspeita de diverticulite aguda ou outras causas de abdome agudo,[27] caso não tenham sido confirmadas no exame físico e na radiografia abdominal. Útil para selecionar pacientes para tratamento clínico em vez de cirúrgico e determinar se a hospitalização é necessária.[27] Também ajuda a descartar complicações da diverticulite aguda.[2] [27] 	espessamento da parede intestinal, massa, abscesso, gordura mesentérica entremeada; pode mostrar gases na bexiga em caso de fístula
ultrassonografia abdominal (compressão graduada) <ul style="list-style-type: none"> A ser considerada na impossibilidade de se realizar uma TC. 	sinais de abscesso, perfuração, obstrução
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> Usada para avaliar se há pneumoperitônio em pessoas com suspeita de perfuração. 	normal, ou pneumoperitônio se houver perfuração
enema com contraste <ul style="list-style-type: none"> Usado na diverticulite aguda, quando os sintomas agudos iniciais tiverem revertido, para confirmar o diagnóstico. É preferível o enema com contraste hidrossolúvel ao bário convencional. 	divertículos, abscesso, perfuração, obstrução, fístula
colonoscopia <ul style="list-style-type: none"> Usada quando o diagnóstico de doença diverticular não estiver claro e quando houver suspeita de câncer ou isquemia intestinal. Pode ser usada para um diagnóstico acurado durante um sangramento agudo. 	divertículos únicos, múltiplos ou difusos, com ou sem inflamação aguda da mucosa; no sangramento agudo, pode identificar a fonte do sangramento segmentar ou a extensão proximal do sangramento; na presença de patologias coexistentes da mucosa, como isquemia, doença inflamatória intestinal e neoplasia, podem ser observadas
sigmoidoscopia <ul style="list-style-type: none"> Usada quando o diagnóstico de doença diverticular não estiver claro e quando houver suspeita de câncer ou isquemia intestinal. Pode ser usada para um diagnóstico acurado durante um sangramento agudo. 	patologia da mucosa, como isquemia, doença inflamatória intestinal e neoplasia
angiografia <ul style="list-style-type: none"> Usada em caso de sangramento agudo. Considerada caso o sangramento seja profuso demais para possibilitar uma identificação por meio da colonoscopia. 	etiologia do sangramento identificada

Exame	Resultado
varredura de eritrócitos marcados com radioisótopos <ul style="list-style-type: none"> Usada em caso de sangramento agudo. Considerada caso o sangramento seja profuso demais para possibilitar uma identificação por meio da colonoscopia. 	etiologia do sangramento identificada
laparoscopia diagnóstica/laparotomia exploratória <ul style="list-style-type: none"> Consideradas caso o diagnóstico primário não esteja claro. 	divertículos, abscesso, perfuração, obstrução, fístula
hemocultura <ul style="list-style-type: none"> Deve ser considerada em pacientes com sinais ou sintomas de sepse sistêmica, que estejam gravemente doentes ou que apresentem complicações (por exemplo, perfuração, fístula, flegmão). 	geralmente bastonetes Gram-negativos e bactérias anaeróbias; a ser realizada antes da administração de antibióticos

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Câncer colorretal	<ul style="list-style-type: none"> História de hábitos intestinais alterados, anemia, pólipos cólicos e história familiar positiva sugerem câncer colorretal. 	<ul style="list-style-type: none"> As características da tomografia computadorizada (TC) de carcinoma incluem massa, estenose e obstrução. A anemia é frequente no câncer de cólon, ao passo que a leucocitose polimorfonuclear é uma característica da diverticulite aguda.
Apendicite	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com apendicite aguda geralmente são mais jovens que aqueles com diverticulite aguda. A dor se localiza no quadrante inferior direito, na apendicite, e no quadrante inferior esquerdo, na diverticulite, com exceção da diverticulite direita, que é menos comum. 	<ul style="list-style-type: none"> A TC pode revelar alterações características da apendicite aguda. Pode se tratar de um apêndice com diâmetro aumentado, com mais de 6 mm, com inflamação periapendicular associada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente ocorre na juventude, mas a incidência aumenta novamente por volta dos 70 anos de idade.[28] • História familiar e etnia branca são comuns.[28] [29] 	<ul style="list-style-type: none"> • A sigmoidoscopia flexível limitada nos estádios iniciais revela inflamação difusa e ulceração nos casos de colite ulcerativa aguda.[30] Colonoscopia e biópsia realizadas em seguida. Os anticorpos anticitoplasmas de neutrófilos estão presentes nos testes de anticorpos em >65% dos casos de colite ulcerativa.
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente ocorre na juventude, mas a incidência aumenta novamente por volta dos 70 anos de idade.[28] • História familiar e etnia branca são comuns.[28] [29] 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-Saccharomyces cerevisiae no exame de anticorpos no sangue podem indicar doença de Crohn; presente em >65% dos pacientes. Colonoscopia e biópsia realizadas em seguida.
Infecção do trato urinário (ITU)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da frequência, urgência, queimação, disúria, dor na parte inferior do abdome. 	<ul style="list-style-type: none"> • A urinálise na infecção do trato urinário (ITU) mostrará um aumento na contagem de leucócitos, bactéria e presença de nitritos.
Pielonefrite	<ul style="list-style-type: none"> • Febre, calafrios, leucocitose, dor nos flancos e sensibilidade retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • A urinálise na pielonefrite mostrará um aumento na contagem de leucócitos, bactérias e presença de nitritos.
Colite isquêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente ocorre em idosos com evidências de aterosclerose generalizada, e apresenta dor abdominal e sangramento retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografias abdominais podem mostrar edema da parede intestinal e "impressões digitais" de pequenas úlceras no cólon direito com colite isquêmica. • A TC na colite isquêmica apresenta alterações semelhantes de modo mais preciso, e a angiografia confirma o diagnóstico. • Uma sigmoidoscopia flexível limitada sem insuflação de ar pode ser útil na identificação de mucosa isquêmica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Doença inflamatória pélvica (DIP)	<ul style="list-style-type: none"> Evidências de infecção sexualmente transmissível (IST) por corrimento vaginal/uretral; dor à mobilização do colo. 	<ul style="list-style-type: none"> Isolamento dos organismos em swabs uretrais/vaginais por microscopia direta, cultura ou outros exames disponíveis.
Síndrome do intestino irritável	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente ocorre em pacientes mais jovens com a presença de critérios de Roma III e ausência de evidências de doença sistêmica.[31] 	<ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais e estudos de imagens normais.

Abordagem passo a passo do tratamento

Diverticulose assintomática

A diverticulose cólica se refere à herniação da mucosa e da submucosa através da camada muscular da parede cólica, e pode ser resultado de hiperatividade do músculo liso cólico. A diverticulose assintomática descoberta acidentalmente não requer tratamento. Há poucas evidências sugerindo que esses pacientes se beneficiem do aumento de fibras alimentares, incluindo frutas e vegetais, na dieta.[32]

Doença diverticular sintomática

A doença diverticular pode ser definida como qualquer estado clínico causado por sintomas relacionados aos divertículos cólicos e inclui um amplo espectro que abrange desde a doença assintomática até a grave e complicada. Para pacientes com sintomas leves, o tratamento inclui modificação alimentar, sobretudo o aumento de suplementação de fibras durante semanas e aumento da hidratação.[33] Se houver evidências de infecção e/ou suspeita de supercrescimento bacteriano, pode-se iniciar o uso de um antibiótico de amplo espectro cobrindo bactérias aeróbias e anaeróbias Gram-positivas e Gram-negativas, embora haja o risco de induzir a colite pseudomembranosa.[34]

Complicações da doença diverticular incluem colite segmentar, hemorragia digestiva baixa, infecção, abscesso, perfuração, peritonite e formação de fístula.

Diverticulite sintomática (não complicada)

A diverticulite indica a inflamação de um ou mais divertículos, e pode ser causada por uma infecção. As principais metas do tratamento da diverticulite sintomática incluem a eliminação da infecção e a prevenção de complicações. Uma dieta pobre em resíduos e antibióticos orais a partir do diagnóstico clínico pode manejar a diverticulite não complicada que não apresente nenhum sintoma de abdome agudo (por exemplo, com sinais de dor abdominal intensa aguda, desconforto abdominal com ou sem defesa sugerindo peritonismo, distensão abdominal). Uma dieta pobre em resíduos é uma dieta pobre em fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios). Antibióticos devem ser administrados por 7 a 10 dias.[34] [35]

Para os pacientes com dor abdominal, febre ou leucocitose, deve-se primeiro considerar antibióticos orais. Além disso, eles podem ser tratados com segurança em casa, contanto que a tomografia computadorizada (TC) descarte a possibilidade de quaisquer complicações.[36] [37] Se a febre e a leucocitose persistirem após 72 horas, ou se surgirem sintomas de diverticulite aguda ou abdome agudo, o paciente deverá ser internado e receber antibióticos intravenosos até a melhora clínica.[34] Repouso intestinal usando uma dieta pobre em resíduos deve ser considerado. Estudos de imagens, como a TC, são realizados para descartar outras complicações.

Alguns investigadores questionaram se são necessários antibióticos na diverticulite não complicada, sugerindo que a diverticulite pode ser uma condição inflamatória e não infecciosa. Dois estudos randomizando pacientes com diverticulite não complicada ao uso de antibióticos versus ausência de uso de antibióticos não constataram diferença significativa na taxa de recorrência ou complicações.[38] [39] Com base nessa evidência, a American Gastroenterological Association fez uma recomendação discreta no sentido de que os antibióticos devem ser usados com cautela, não de maneira rotineira, em pacientes com diverticulite aguda não complicada.[40]

Diverticulite sintomática (complicada)

Complicações que requerem investigações adicionais e tratamento incluem sangramento, abscesso, obstrução, perfuração e fístulas. A presença de complicações exige uma consulta cirúrgica.

O manejo inicial do sangramento, quando houver evidências de depleção de volume ou choque, consiste em manter a estabilidade hemodinâmica através de infusões de cristaloides, coloides e sangue. A colonoscopia pode ser usada para um diagnóstico acurado e a hemostasia endoscópica pode ser realizada para a maioria dos pacientes. Isso reduz significativamente a necessidade de cirurgia;^[25] entretanto, seu valor na prevenção de sangramento subsequente não está claro.^{[41] [42] [43]} Se o sangramento for profuso demais para possibilitar uma identificação por meio da colonoscopia, deve-se realizar uma angiografia ou uma varredura de eritrócitos marcados com radioisótopos e uma embolização angiográfica deve ser tentada. A cirurgia deve ser considerada, caso continue ocorrendo um sangramento significativo apesar da tentativa de hemostasia angiográfica e endoscópica.

Um abscesso localizado <3 cm de diâmetro não justifica drenagem e deve ser tratado com antibióticos.^[44] No entanto, se o abscesso tiver >3 cm de diâmetro, será melhor drená-lo com um procedimento guiado por TC ou por ultrassonografia; caso isso não seja possível, será necessária uma cirurgia.^[2] A TC do abdome com contraste é a modalidade de imagem de escolha para a drenagem percutânea do abscesso.

Se o diagnóstico primário ainda não pôde ser determinado, deve-se considerar uma laparoscopia diagnóstica antes da laparotomia exploratória.

A lavagem (washout) laparoscópica precoce é adotada cada vez mais como uma estratégia cirúrgica para a diverticulite aguda (classificação de Hinchey I, II e III) e nos casos nos quais o tratamento clínico e a drenagem percutânea não tenham controlado a sepse.^{[41] [45] [46] [47] [48] [49]} Nos casos de peritonite grave ou difusa, pode ser necessária uma colectomia de emergência, um procedimento de Hartmann ou uma colectomia com anastomose primária.^[50] A colectomia laparoscópica com anastomose primária e/ou o procedimento de Hartmann laparoscópico para pacientes selecionados (Hinchey I, II e III) em mãos experientes são totalmente seguros, e podem melhorar os desfechos pós-operatórios.

Os pacientes devem continuar com os antibióticos intravenosos, completando um ciclo de 7 a 10 dias, dependendo da recuperação clínica.

Cirurgia eletiva para doença diverticular recorrente

Os critérios para recomendar a colectomia eletiva para doença recorrente não estão bem definidos e não devem ser baseados somente no número de ataques anteriores. Qualquer decisão deve ser tomada de forma individual de acordo com idade, frequência e intensidade dos sintomas recorrentes, complicações prévias e presença de comorbidades.^{[51] [52]} No caso de cirurgia eletiva, a ressecção cólica laparoscópica é possível e segura; ela pode acelerar a recuperação pós-operatória e demonstrou apresentar menos complicações pós-operatórias, incluindo infecções no local cirúrgico.^{[53] [54] [55]}

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)		
diverticulose assintomática		
	1a	não é necessário tratamento
doença diverticular sintomática		
	1a	modificação alimentar + suplementação de fibras
	adjunto	antibioticoterapia oral
diverticulite sintomática (não complicada)		
	1a	analgesia
	adjunto	antibioticoterapia oral
	adjunto	dieta pobre em resíduos
	2a	antibioticoterapia intravenosa
	mais	analgesia
	adjunto	dieta pobre em resíduos
diverticulite sintomática (complicada)		
<ul style="list-style-type: none"> ■ com sangramento retal agudo 	1a	hemostasia endoscópica/embolização angiográfica
	mais	terapia de suporte + antibióticos
	mais	analgesia
	mais	dieta pobre em resíduos
	2a	cirurgia
	mais	terapia de suporte + antibióticos
	mais	analgesia
	mais	dieta pobre em resíduos
	1a	cirurgia/drenagem radiológica
	mais	antibioticoterapia intravenosa
<ul style="list-style-type: none"> ■ não responde aos antibióticos intravenosos (IV) ou com abscesso >3 cm de diâmetro, perfuração, fístulas ou obstrução 	mais	analgesia
	mais	dieta pobre em resíduos
	mais	dieta pobre em resíduos

Em curso		(resumo)
diverticulite recorrente		
	1a	cirurgia eletiva

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

diverticulose assintomática

1a não é necessário tratamento

» A diverticulose cólica se refere à herniação da mucosa e da submucosa através da camada muscular da parede cólica, e pode ser resultado de hiperatividade do músculo liso cólico. A diverticulose assintomática descoberta acidentalmente não requer tratamento. Há poucas evidências sugerindo que esses pacientes se beneficiem do aumento de fibras alimentares, incluindo frutas e vegetais, na dieta.[32]

doença diverticular sintomática

1a modificação alimentar + suplementação de fibras

» A doença diverticular pode ser definida como qualquer estado clínico causado por sintomas relacionados aos divertículos cólicos. Para pacientes com sintomas leves, o tratamento inclui modificação alimentar, sobretudo o aumento gradativo de conteúdo com fibras durante semanas e aumento da hidratação.[33]

adjunto antibioticoterapia oral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias
A dose se refere ao componente amoxicilina.

OU

» **ciprofloxacino**: 500 mg por via oral a cada 12 horas por 7-10 dias
-e-
» **metronidazol**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7-10 dias

» Se houver evidências de infecção e/ou suspeita de supercrescimento bacteriano, frequentemente pode-se iniciar o uso de um antibiótico de amplo espectro cobrindo bactérias aeróbias e anaeróbias Gram-positivas e Gram-

Agudo

negativas, embora haja o risco de induzir a colite pseudomembranosa.[34]

diverticulite sintomática (não complicada)

1a

analgesia

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

Opções terciárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via subcutânea/intramuscular a cada 4 horas quando necessário

» É preferível iniciar a analgesia simples com paracetamol oral. Dependendo da intensidade da dor, a analgesia pode ser incrementada gradativamente com o uso de tramadol e, se necessário, incrementada gradativamente com opioides, incluindo morfina de modo titulado. No entanto, em geral, os medicamentos analgésicos que causam constipação devem ser evitados.

adjunto

antibioticoterapia oral

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias
A dose se refere ao componente amoxicilina.

OU

» **ciprofloxacino**: 500 mg por via oral a cada 12 horas por 7-10 dias
-e-
» **metronidazol**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7-10 dias

» A diverticulite indica a inflamação de um ou mais divertículos e pode ser causada por uma infecção. Na diverticulite não complicada, são usados antibióticos orais a partir do diagnóstico clínico.[34] Se não houver melhora

Agudo

após 72 horas e/ou se a febre e a leucocitose persistirem, o paciente deverá ser internado e receber antibióticos intravenosos até a melhora clínica.¹[C]Evidence

» Alguns investigadores questionaram se são necessários antibióticos na diverticulite não complicada, sugerindo que a diverticulite pode ser uma condição inflamatória e não infecciosa. Dois estudos randomizando pacientes com diverticulite não complicada ao uso de antibióticos versus ausência de uso de antibióticos não constataram diferença significativa na taxa de recorrência ou complicações.[38] [39] Com base nessa evidência, a American Gastroenterological Association fez uma recomendação discreta no sentido de que os antibióticos devem ser usados com cautela, não de maneira rotineira, em pacientes com diverticulite aguda não complicada.[40]

adjunto **dieta pobre em resíduos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Uma dieta pobre em resíduos reduz a frequência e o volume de fezes, prolongando o tempo do trânsito intestinal. Geralmente, ela restringe os alimentos que aumentam a atividade intestinal e tem baixo teor de fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e a absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios).

2a **antibioticoterapia intravenosa**

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 1-2 g por via intravenosa a cada 24 horas

-e-

» **metronidazol**: 500 mg por via intravenosa a cada 8 horas

OU

» **piperacilina/tazobactam**: 3.375 g por via intravenosa a cada 6 horas

A dose consiste em 3 g de piperacilina associados a 0.375 g de tazobactam.

» Os antibióticos intravenosos são usados se não houver melhora após 72 horas da administração dos antibióticos orais ou se houver sintomas de diverticulite aguda ou

Agudo

mais

abdome agudo e/ou se a febre e a leucocitose persistirem.[34] 1[C]EvidenceA hospitalização deve ser considerada até a melhora clínica.

analgesia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

Opções terciárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via subcutânea/intramuscular a cada 4 horas quando necessário

» É preferível iniciar a analgesia simples com paracetamol oral. Dependendo da intensidade da dor, a analgesia pode ser incrementada gradativamente com o uso de tramadol e, se necessário, incrementada gradativamente com opioides, incluindo morfina de modo titulado. No entanto, em geral, os medicamentos analgésicos que causam constipação devem ser evitados.

adjunto

dieta pobre em resíduos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Uma dieta pobre em resíduos reduz a frequência e o volume de fezes, prolongando o tempo do trânsito intestinal. Geralmente, ela restringe os alimentos que aumentam a atividade intestinal e tem baixo teor de fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e a absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios).

diverticulite sintomática (complicada)

■ com sangramento retal agudo

1a

hemostasia endoscópica/embolização angiográfica

Agudo

» O manejo inicial do sangramento, quando houver evidências de depleção de volume ou choque, consiste em manter a estabilidade hemodinâmica através de infusões de cristaloides, coloides e sangue.

» Depois disso, a colonoscopia pode ser considerada, não apenas para obter um diagnóstico mais preciso, mas também para a hemostasia endoscópica. Se o sangramento for muito profuso para permitir uma identificação por meio da colonoscopia, deve-se considerar uma angiografia ou uma varredura de eritrócitos por radioisótopos, e deve-se tentar uma embolização angiográfica.

» Caso continue ocorrendo um sangramento significativo mesmo após a tentativa de hemostasia angiográfica e endoscópica, deve-se considerar a realização de uma cirurgia.

mais

terapia de suporte + antibióticos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias
A dose se refere ao componente amoxicilina.

OU

» **ciprofloxacino**: 500 mg por via oral a cada 12 horas por 7-10 dias

-e-

» **metronidazol**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7-10 dias

» O manejo inicial do sangramento, quando houver evidências de depleção de volume ou choque, consiste em manter a estabilidade hemodinâmica através de infusões de cristaloides, coloides e sangue.

» Geralmente, recomenda-se um ciclo de 7 a 10 dias de antibióticos caso haja histórico de inflamação/infecção aguda responsável pelo sangramento.

mais

analgesia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via intravenosa/intramuscular a cada 4-6 horas quando necessário

Opções terciárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via subcutânea/intramuscular a cada 4 horas quando necessário

» É preferível iniciar a analgesia simples com paracetamol oral. Dependendo da intensidade da dor, a analgesia pode ser incrementada gradativamente com o uso de tramadol e, se necessário, incrementada gradativamente com opioides, incluindo morfina de modo titulado. No entanto, em geral, os medicamentos analgésicos que causam constipação devem ser evitados.

mais **dieta pobre em resíduos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se uma dieta pobre em resíduos para esses pacientes durante a fase aguda até a recuperação.

» Uma dieta pobre em resíduos reduz a frequência e o volume de fezes, prolongando o tempo do trânsito intestinal. Geralmente, ela restringe os alimentos que aumentam a atividade intestinal e tem baixo teor de fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e a absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios).

2a **cirurgia**

» A cirurgia pode ser necessária para pacientes com hemorragia de grande porte que não é controlada por endoscopia e tratamento angiográfico.

mais **terapia de suporte + antibióticos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O manejo inicial do sangramento, quando houver evidências de depleção de volume ou choque, consiste em manter a estabilidade

Agudo

hemodinâmica através de infusões de cristaloides, coloides e sangue.

» Geralmente, recomenda-se um ciclo de 7 a 10 dias de antibióticos caso haja histórico de inflamação/infecção aguda responsável pelo sangramento.

mais

analgesia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 1000 mg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via intravenosa/intramuscular a cada 4 a 6 horas quando necessário

Opções terciárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via subcutânea/intramuscular a cada 4 horas quando necessário

» Em pacientes agudamente indispostos, em geral é preferível analgesia parenteral, geralmente na forma de paracetamol, tramadol ou morfina.

mais

dieta pobre em resíduos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se uma dieta pobre em resíduos para esses pacientes durante a fase aguda até a recuperação.

» Uma dieta pobre em resíduos reduz a frequência e o volume de fezes, prolongando o tempo do trânsito intestinal. Geralmente, ela restringe os alimentos que aumentam a atividade intestinal e tem baixo teor de fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e a absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios).

1a

cirurgia/drenagem radiológica

» A intervenção cirúrgica deve ser considerada para a doença diverticular que não responda ao tratamento clínico. A cirurgia pode

■ **não responde aos antibióticos intravenosos (IV) ou com abscesso >3 cm de diâmetro,**

Agudo

perfuração, fístulas ou obstrução

ser necessária para complicações, como diverticulite recorrente, abscesso, perfuração, fístulas e obstrução.

» Um abscesso localizado pode ser drenado com um procedimento guiado por tomografia computadorizada (TC) ou por ultrassonografia; caso isso não seja possível, a cirurgia é necessária.[2] A TC do abdome com contraste é a modalidade de imagem de escolha para a drenagem percutânea do abscesso.

» Se o diagnóstico primário ainda não pôde ser determinado, deve-se considerar uma laparoscopia diagnóstica antes da laparotomia exploratória. A irrigação laparoscópica da cavidade peritoneal está cada vez mais sendo usada como opção de manejo na perfuração selada com peritonite purulenta.[46] [47] [48] [49]

» Nos casos em que o diagnóstico primário ainda não pôde ser determinado, uma laparotomia exploratória pode ser necessária.

» Os pacientes devem continuar com os antibióticos intravenosos, completando um ciclo de 7 a 10 dias, dependendo da recuperação clínica.

mais

antibioticoterapia intravenosa

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 1-2 g por via intravenosa a cada 24 horas

-e-

» **metronidazol**: 500 mg por via intravenosa a cada 8 horas

OU

» **piperacilina/tazobactam**: 3.375 g por via intravenosa a cada 6 horas

A dose consiste em 3 g de piperacilina associados a 0.375 g de tazobactam.

» Os pacientes devem continuar com os antibióticos intravenosos, completando um ciclo de 7 a 10 dias, dependendo da recuperação clínica.

mais

analgesia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **paracetamol**: 1000 mg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via intravenosa/intramuscular a cada 4 a 6 horas quando necessário

Opções terciárias

» **sulfato de morfina**: 5-10 mg por via subcutânea/intramuscular a cada 4 horas quando necessário

mais

» Esse grupo de pacientes frequentemente requer analgesia parenteral, em geral na forma de paracetamol, tramadol ou morfina.

dieta pobre em resíduos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se uma dieta pobre em resíduos para esses pacientes durante a fase aguda até a recuperação.

» Uma dieta pobre em resíduos reduz a frequência e o volume de fezes, prolongando o tempo do trânsito intestinal. Geralmente, ela restringe os alimentos que aumentam a atividade intestinal e tem baixo teor de fibras e materiais não digeridos que deixam um mínimo de resíduos após a digestão e a absorção no intestino (por exemplo, pão refinado, cereais, arroz branco, sucos de vegetais e de frutas sem polpa, laticínios).

Em curso

diverticulite recorrente

1a

cirurgia eletiva

» Os critérios para recomendar a colectomia eletiva para doença recorrente não estão bem definidos e não devem ser baseados somente no número de ataques anteriores. Qualquer decisão deve ser tomada de forma individual de acordo com idade, frequência e intensidade dos sintomas recorrentes, complicações prévias e presença de comorbidades.[51] [52] No caso de cirurgia eletiva, a ressecção cólica laparoscópica é possível e segura; ela

Em curso

pode acelerar a recuperação pós-operatória e demonstrou apresentar menos complicações pós-operatórias, incluindo infecções no local cirúrgico.[53] [55]

Novidades

Mesalazina

A mesalazina, um medicamento anti-inflamatório, inibe alguns dos principais aspectos da cascata inflamatória e tem uma atividade antioxidante intrínseca. A justificativa de seu uso na doença diverticular é semelhante à do uso na doença inflamatória intestinal, embora não se conheça o exato mecanismo de ação. Embora ensaios clínicos tenham demonstrado uma diminuição na incidência da diverticulite aguda recorrente,[56] [57] [58] [59] um ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC) multicêntrico em grande escala não permitiu evidenciar qualquer benefício na prevenção de diverticulite recorrente ou na necessidade de cirurgia adicional.[60] No entanto, ela pode ser adequada para pacientes com episódios recorrentes de diverticulite aguda, sobretudo para aqueles que não podem se submeter a uma cirurgia ou para os quais ela não é desejável.

Rifaximina

A rifaximina é um antibiótico usado para o tratamento de infecções no trato gastrointestinal. Ensaios clínicos demonstraram uma diminuição na incidência da diverticulite aguda recorrente.[61] A rifaximina pode ser administrada em associação com a mesalamina. Existem cada vez mais evidências de que o tratamento com a rifaximina associado à suplementação de fibras possa aliviar os sintomas e prevenir outras complicações em pacientes com doença não complicada.[62]

Probióticos

Os probióticos são agentes microbianos vivos que alteram a microflora entérica e exercem efeitos benéficos à saúde. Os probióticos, como os *Lactobacillus* e a *Escherichia coli* não patogênica, têm sido usados para promover a diminuição dos sintomas e prolongar a remissão da doença diverticular não complicada, embora a base de evidências seja fraca.[63] [64]

Recomendações

Monitoramento

Recomenda-se sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia após resolução do primeiro episódio de diverticulite aguda para descartar câncer colorretal ou outros diagnósticos diferenciais; alternativamente, pode-se usar enema de bário.[76] Embora não haja associação estabelecida entre a doença diverticular e a neoplasia colorretal, o rastreamento com colonoscopia para o câncer colorretal deve ser considerado em pacientes com mais de 50 anos de idade cujo risco é considerado normal e realizada antes do que naqueles com alto risco de câncer colorretal.

Instruções ao paciente

Os pacientes são instruídos a aumentar a ingestão de fibras alimentares através do consumo generoso de frutas e vegetais, bem como realizar atividades físicas regulares e manter o peso corporal ideal.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
fístula	longo prazo	baixa
<p>Formada quando o abscesso diverticular se rompe dentro de órgão adjacente, como a bexiga urinária, nos homens, e a vagina, nas mulheres.[72]</p> <p>As fístulas colovesicais geralmente apresentam pneumatúria, fecalúria e infecções do trato urinário recorrentes.[73]</p> <p>Passagem de fezes ou gases pela vagina é diagnóstica de fístula colovaginal.</p> <p>Fístulas menos comuns incluem coloentéricas, colouterinas e colouretrais.</p> <p>As modalidades diagnósticas incluem cistoscopia, cistografia, estudos com azul de metileno e radiografias por contraste.</p> <p>O reparo cirúrgico é o tratamento de primeira escolha.[72] [73]</p> <p>Se houver perfuração, antibióticos devem ser usados para evitar a peritonite generalizada e a septicemia.</p>		
neoplasia colorretal	longo prazo	baixa
<p>Embora não tenha sido estabelecida associação entre a diverticulose e a neoplasia colorretal, um estudo revelou que as mulheres com diverticulose distal extensa tinham maior probabilidade de ter neoplasia distal avançada.[75]</p> <p>É recomendável ter um alto índice de suspeita e um baixo limiar no rastreamento com colonoscopia para uma detecção precoce e um possível tratamento curativo da neoplasia colorretal nessas pacientes.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
abscesso	variável	média
<p>A maioria dos abscessos pericólicos pequenos responde ao repouso intestinal e aos antibióticos de amplo espectro. A drenagem percutânea dos abscessos guiada por tomografia computadorizada (TC) pode acelerar a cura e eliminar a necessidade de cirurgia.[69]</p> <p>A cirurgia é necessária quando o tratamento clínico e a drenagem percutânea não resultarem em melhora clínica. A cirurgia também pode ser considerada em caso de abscessos multiloculados ou inacessíveis. Um abscesso em um local remoto do abdome ainda pode ser uma complicação da diverticulite, mesmo na ausência de sintomas significativos na região inferior esquerda do abdome. A drenagem laparoscópica precoce e a lavagem (washout) peritoneal são opções terapêuticas que estão ganhando cada vez mais aceitação, tendo sido abordadas em ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs).[46] No entanto, 2 ensaios clínicos randomizados multicêntricos relataram que a lavagem laparoscópica não melhora os desfechos em comparação à ressecção e ocasiona maiores taxas de reoperação.[70] [71]</p> <p>Laparoscopia diagnóstica/laparotomia exploratória devem ser consideradas precocemente caso o diagnóstico primário não esteja claro.</p>		
perfuração	variável	média
<p>Geralmente, a microperfuração é autolimitada e o tratamento conservador, que inclui antibióticos, fluidoterapia intravenosa (IV) e repouso intestinal, resulta em cura completa. No entanto, a perfuração com ar livre é uma emergência cirúrgica que, se não for tratada, poderá resultar em peritonite generalizada associada a alta morbidade e mortalidade. Embora a tomografia computadorizada seja útil como teste confirmatório, a presença de ar livre nas radiografias seriadas de abdome juntamente com um alto índice de suspeita clínica justificam a laparotomia exploratória. Quando um especialista estiver disponível, a laparoscopia e a lavagem peritoneal laparoscópica podem ser uma opção alternativa.[46] [47] [48] [49]</p>		
estenoses, obstrução	variável	média
<p>A inflamação e a fibrose podem resultar em estenoses que, por sua vez, podem causar obstrução parcial ou completa. A obstrução intestinal também pode ser resultado de pressão de alças intestinais inflamadas ou de pequena(s) alça(s) intestinal(is) emaranhada(s) no processo inflamatório. Também se pode observar íleo paralítico e pseudo-obstrução.</p> <p>Em caso de estenose, ela deve ser diferenciada de uma neoplasia obstrutiva; neste cenário, será exigida uma biópsia colonoscópica.</p> <p>A dilatação com balão e a colocação de uma endoprótese podem ser consideradas para o tratamento.[74] A insuficiência de dilatação ou a impossibilidade de descartar a malignidade exigem ressecção cirúrgica.</p> <p>Repouso intestinal, sucção nasogástrica e antibióticos intravenosos podem resolver a obstrução parcial. É necessário realizar radiografias seriadas abdominais simples para avaliar a progressão da obstrução e reconhecer sinais precoces de isquemia intestinal. Se o quadro clínico não evoluir com o manejo conservador ou se houver isquemia intestinal evidente, a intervenção cirúrgica é indicada.</p> <p>A pseudo-obstrução deve ser manejada de forma conservadora, corrigindo-se as causas predisponentes, como sepse, distúrbios eletrolíticos, administração de fluidoterapia IV e sucção nasogástrica.</p>		

Prognóstico

A maioria dos pacientes com diverticulite não complicada se recupera após o tratamento clínico e não requer intervenção cirúrgica.

Doença recorrente

O reaparecimento da doença ocorre em um terço dos pacientes após resposta ao tratamento clínico, a maioria em um período de 5 anos.^[17] ^[65] O risco de recorrência parece ser maior em pacientes de pouca idade e naqueles com formação de abscesso aquando do diagnóstico.^[66] A doença recorrente está associada a alta taxa de mortalidade, e a resposta à terapia é menos favorável.

Pós-cirurgia

Aproximadamente um quarto de todos os pacientes continua sintomático após o tratamento cirúrgico.^[67] ^[68]

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2014

Diretrizes de tratamento

Europa

Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian Society of Colon and Rectal Surgery (SICCR) guidelines

Publicado por: Italian Society of Colon and Rectal Surgery

Última publicação em:
2015

Position statement on elective resection for diverticulitis

Publicado por: Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland

Última publicação em:
2011

British consensus guidelines on intravenous fluid therapy for adult surgical patients (GIFTASUP)

Publicado por: Association of Surgeons of Great Britain and Ireland; Society of Academic Research Surgery; BAPEN Medical; Intensive Care Society; Association for Clinical Biochemistry; Renal Association

Última publicação em:
2011

Internacional

WSES guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting

Publicado por: World Society of Emergency Surgery

Última publicação em:
2016

América do Norte

Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicação em:
2016

American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis

Publicado por: American Gastroenterological Association Institute

Última publicação em:
2015

América do Norte

Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2014

Nível de evidência

1. Taxas de cura: existem evidências de baixa qualidade de que a cefoxitina intravenosa é tão eficaz quanto a gentamicina associada à clindamicina intravenosa, no sentido de aumento dos índices de cura em pessoas com diverticulite aguda.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012 May;59(5):C4453. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. Br Med J. 1971 May 22;2(5759):450-4. [Resumo](#)
- Painter NS. The cause of diverticular disease of colon, its symptoms and complications, review and hypothesis. J R Col Surg Edinb. 1985 Apr;30(2):118-22. [Resumo](#)
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain - suspected diverticulitis. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology. 2004 May;126(6):1504-17. [Resumo](#)
- Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. World J Gastroenterol. 2001 Apr;7(2):175-84. [Resumo](#)
- Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med. 1998 May 21;338(21):1521-6. [Resumo](#)

Referências

1. Tursi A. Diverticular disease: a therapeutic overview. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2010 Feb 6;1(1):27-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Andersen JC, Bundgaard L, Elbrønd H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012 May;59(5):C4453. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon, a 20th century problem. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):3-21. [Resumo](#)
4. Nair P, Mayberry JF. Vegetarianism, dietary fiber and gastrointestinal disease. Dig Dis. 1994 May-Jun;12(3):177-85. [Resumo](#)
5. Lin OS, Soon MS, Wu SS, et al. Dietary habits and right-sided colonic diverticulosis. Dis Colon Rectum. 2000 Oct;43(10):1412-8. [Resumo](#)
6. Delvaux M. Diverticular disease of colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. Aliment Pharmacol Ther. 2003 Nov;18(suppl 3):71-4. [Resumo](#)
7. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. Clin Gastroenterol. 1975 Jan;4(1):53-69. [Resumo](#)

8. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under the age of forty. *Am J Surg.* 1994 Jun;167(6):562-5. [Resumo](#)
9. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. *Br Med J.* 1971 May 22;2(5759):450-4. [Resumo](#)
10. Painter NS. The cause of diverticular disease of colon, its symptoms and complications, review and hypothesis. *J R Col Surg Edinb.* 1985 Apr;30(2):118-22. [Resumo](#)
11. Ogunbiyi OA. Diverticular disease of the colon in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 1989 Dec;18(4):241-4. [Resumo](#)
12. Bode MK, Karttunen TJ, Makela J, et al. Type I and III collagens in human colon cancer and diverticulosis. *Scand J Gastroenterol.* 2000 Jul;35(7):747-52. [Resumo](#)
13. Bassotti G, Battaglia E, Spinozzi E, et al. Twenty-four hour recordings of colonic motility in patients with diverticular disease: evidence for abnormal motility and propulsive activity. *Dis Colon Rectum.* 2001 Dec;44(12):1814-20. [Resumo](#)
14. Leganger J, Søborg MK, Mortensen LQ, et al. Association between diverticular disease and Ehlers-Danlos syndrome: a 13-year nationwide population-based cohort study. *Int J Colorectal Dis.* 2016 Dec;31(12):1863-7. [Resumo](#)
15. Tjiang E, Raja M, Hoyle C, et al. The role of nitric oxide in colonic compliance in diverticular disease. *Gut.* 1998;42 (suppl 1):A95.
16. Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. *Adv Surg.* 1978;12:85-109. [Resumo](#)
17. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, et al. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg.* 2000 Jul;37(7):457-514. [Resumo](#)
18. Muller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. *Br Med J.* 1988 Feb 27;296(6622):615-7. [Resumo](#)
19. Simpson J, Scholefield JH, Spiller RC. Pathogenesis of colonic diverticula. *Br J Surg* 2002 May;89(5):546-54. [Resumo](#)
20. Wess L, Eastwood MA, Wess TJ, et al. Cross linking of collagen is increased in colonic diverticulosis. *Gut.* 1995 Jul;37(1):91-4. [Resumo](#)
21. Dobbins C, Defontgalland D, Duthie G, et al. The relationship of obesity to the complications of diverticular disease. *Colorectal Dis.* 2006 Jan;8(1):37-40. [Resumo](#)
22. Strate LL, Liu YL, Aldoori WH, et al. Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding. *Gastroenterology.* 2009 Jan;136(1):115-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Goh H, Bourne R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perforated diverticular disease: a case-control study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002 Mar;84(2):93-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)

24. Foutch PG. Diverticular bleeding: are nonsteroidal anti-inflammatory drugs risk factors for hemorrhage and can colonoscopy predict outcome for patients? Am J Gastroenterol. 1995 Oct;90(10):1779-84. [Resumo](#)
25. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. N Eng J Med. 2000 Jan 13;342(2):78-82. [Resumo](#)
26. Strate LL, Gralnek IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol. 2016 Apr;111(4):459-74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: left lower quadrant pain - suspected diverticulitis. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
28. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology. 2004 May;126(6):1504-17. [Resumo](#)
29. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. World J Gastroenterol. 2001 Apr;7(2):175-84. [Resumo](#)
30. Shepherd NA. Diverticular disease and chronic idiopathic inflammatory bowel disease: associations and masquerades. Gut 1996 Jun;38(6):801-2. [Resumo](#)
31. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: new standard for functional gastrointestinal disorders. J Gastrointest Liver Dis. 2006 Sep;15(3):237-41. [Resumo](#)
32. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. J Am Diet Assoc. 2002 Jul;102(7):993-1000. [Resumo](#)
33. Unlu C, Daniels L, Vrouenraets BC, et al. A systematic review of high-fibre dietary therapy in diverticular disease. Int J Colorectal Dis. 2012 Apr;27(4):419-27. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Byrnes MC, Mazuski JE. Antimicrobial therapy for acute colonic diverticulitis. Surg Infect (Larchmt). 2009Apr;10(2):143-54. [Resumo](#)
35. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med. 1998 May 21;338(21):1521-6. [Resumo](#)
36. Biondo S, Golda T, Kreisler E, et al. Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: a prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER trial). Ann Surg. 2014 Jan;259(1):38-44. [Resumo](#)
37. Sánchez-Velázquez P, Grande L, Pera M. Outpatient treatment of uncomplicated diverticulitis: a systematic review. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 Jun;28(6):622-7. [Resumo](#)
38. Chabok A, Pålman L, Hjern F, et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg. 2012 Apr;99(4):532-9. [Resumo](#)

39. Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg*. 2017 Jan;104(1):52-61. [Resumo](#)
40. Stollman N, Smalley W, Hirano I; AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of acute diverticulitis. *Gastroenterology*. 2015 Dec;149(7):1944-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Bloomfeld RS, Rockey DC, Shetzline MA. Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage. *Am J Gastroenterol*. 2001 Aug;96(8):2367-72. [Resumo](#)
42. Angenete E, Bock D, Rosenberg J, et al. Laparoscopic lavage is superior to colon resection for perforated purulent diverticulitis-a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2017 Feb;32(2):163-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Cirocchi R, Di Saverio S, Weber DG, et al. Laparoscopic lavage versus surgical resection for acute diverticulitis with generalised peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2017 Feb;21(2):93-110. [Resumo](#)
44. Gregersen R, Mortensen LQ, Burcharth J, et al. Treatment of patients with acute colonic diverticulitis complicated by abscess formation: a systematic review. *Int J Surg*. 2016 Nov;35:201-8. [Resumo](#)
45. Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, et al. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010 Sep;12(9):862-7. [Resumo](#)
46. Angenete E, Thornell A, Burcharth J, et al. Laparoscopic lavage is feasible and safe for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis: the first results from the randomized controlled trial DILALA. *Annf Surg*. 2016 Jan;263(1):117-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Gehrman J, Angenete E, Björholt I, et al. Health economic analysis of laparoscopic lavage versus Hartmann's procedure for diverticulitis in the randomized DILALA trial. *Br J Surg*. 2016 Oct;103(11):1539-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Schultz JK, Wallon C, Bleicic L, et al. One-year results of the SCANDIV randomized clinical trial of laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis. *Br J Surg*. 2017 Sep;104(10):1382-92. [Resumo](#)
49. Shaikh FM, Stewart PM, Walsh SR, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or surgical resection for acute perforated sigmoid diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2017 Feb;38:130-7. [Resumo](#)
50. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2007 Apr;22(4):351-7. [Resumo](#)
51. Janes S, Meagher A, Faragher IG, et al. The place of elective surgery following acute diverticulitis in young patients: when is surgery indicated? An analysis of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2009 May;52(5):1008-16. [Resumo](#)

52. Richards RJ, Hammitt JK. Timing of prophylactic surgery in prevention of diverticulitis recurrence: a cost-effectiveness analysis. *Dig Dis Sci.* 2002 Sep;47(9):1903-8. [Resumo](#)
53. Siddiqui MR, Sajid MS, Qureshi S, et al. Elective laparoscopic sigmoid resection for diverticular disease has fewer complications than conventional surgery: a meta-analysis. *Am J Surg.* 2010 Jul;200(1):144-61. [Resumo](#)
54. Cirocchi RF, Farinella E, Trastulli S, et al. Elective sigmoid colectomy for diverticular disease. Laparoscopic vs open surgery: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2012 Jun;14(6):671-83. [Resumo](#)
55. Andeweg CS, Berg R, Staal JB, et al. Patient-reported outcomes after conservative or surgical management of recurrent and chronic complaints of diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Feb;14(2):183-90. [Resumo](#)
56. DiMario F, Aragona G, Leandro G, et al. Efficacy of mesalamine in the treatment of symptomatic diverticular disease. *Dig Dis Sci.* 2005 Mar;50(3):581-6. [Resumo](#)
57. DiMario F, Comparato G, Fanigliulo L, et al. Use of mesalazine in diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2006 Aug;40(Suppl 3):S155-9. [Resumo](#)
58. Gatta L, Vakil N, Vaira D, et al. Efficacy of 5-ASA in the treatment of colonic diverticular disease. *J Clin Gastroenterol.* 2010 Feb;44(2):113-9. [Resumo](#)
59. Tursi A, Joseph RE, Streck P, et al. Expanding applications: the potential usage of 5-aminosalicylic acid in diverticular disease. *Dig Dis Sci.* 2011 Nov;56(11):3112-21. [Resumo](#)
60. Raskin JB, Kamm MA, Jamal MM, et al. Mesalamine did not prevent recurrent diverticulitis in phase 3 controlled trials. *Gastroenterology.* 2014 Oct;147(4):793-802. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Tursi A, Brandimarte G, Daffina R. Long-term treatment with mesalamine and rifaxin versus rifaximin alone for patients with recurrent attacks of acute diverticulitis of colon. *Dig Liver Dis.* 2002 Jul;34(7):510-5. [Resumo](#)
62. Bianchi M, Festa V, Moretti A, et al. Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011 Apr;33(8):902-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Trivedi CD, Das KM; NDSG. Emerging therapies for diverticular disease of the colon. *J Clin Gastroenterol.* 2008 Nov-Dec;42(10):1145-51. [Resumo](#)
64. Lahner E, Bellisario C, Hassan C, et al. Probiotics in the treatment of diverticular disease. A systematic review. *J Gastrointest Liver Dis.* 2016 Mar;25(1):79-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Reisman Y, Ziv Y, Kravrovic D, et al. Diverticulitis: the effect of age and location on the course of diseases. *International J Colorect Dis.* 1999 Nov;14(4-5):250-4. [Resumo](#)
66. Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard HC, et al. Risk factors for recurrence after acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Int J Colorectal Dis.* 2017 May;32(5):611-22. [Resumo](#)

67. Munson KD, Hensien MA, Jacob LN, et al. Diverticulitis: a comprehensive follow-up, Dis Colon Rectum. 1996 Mar;39(3):318-22. [Resumo](#)
68. Elliott TB, Yego S, Irvin TT. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. Br J Surg. 1997 Apr;84(4):535-9. [Resumo](#)
69. Saini S, Mueller PR, Whittenberg J, et al. Percutaneous drainage of diverticular abscess: an adjunct to surgical therapy. Arch Surg. 1986 Apr;121(4):475-8. [Resumo](#)
70. Vennix S, Musters GD, Mulder IM, et al. Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a multicentre, parallel-group, randomised, open-label trial. Lancet. 2015 Sep 26;386(10000):1269-77. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C, et al. Laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: the SCANDIV randomized clinical trial. JAMA. 2015 Oct 6;314(13):1364-75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, et al. Internal fistulas in diverticular disease. Dis Colon Rectum. 1988 Aug;31(8):591-6. [Resumo](#)
73. McBeath RB, Schiff M Jr, Allen V, et al. A 12-year experience with enterovesical fistulas. Urology. 1994 Nov;44(5):661-5. [Resumo](#)
74. Tamim WZ, Ghellai A, Counihan TC, et al. Experience with endoluminal colonic wall stents for the management large bowel obstruction for benign and malignant disease. Arch Surg. 2000 Apr;135(4):434-8. [Resumo](#)
75. Kief BJ, Eckert GJ, Imperiale TF. Is diverticulosis associated with colorectal neoplasia? A cross-sectional colonoscopic study. Am J Gastroenterol. 2004 Oct;99(10):2007-11. [Resumo](#)
76. Fozard JB, Armitage NC, Schofield JB, et al. ACPGBI position statement on elective resection for diverticulitis. Colorectal Dis. 2011;13(suppl 3):S1-S11. [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Aldoori WH, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. Prospective study of physical activity and risk of symptomatic diverticular disease in men. Gut. 1995 Feb;36(2):276-82. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Mohamed A. Thaha, PhD, FRCS (Gen Surg), PG Cert Hlt Econ

Senior Lecturer & Lead Consultant in Colorectal Surgery
National Bowel Research Centre, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry,
The Royal London Hospital, Queen Mary, University of London, London, UK
DIVULGAÇÕES: MAT declares that he has no competing interests.

Kathryn Lynes, MBBS, MRCS, MSc

Clinical Research Fellow and Specialty Registrar in Surgery
National Bowel Research Centre, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry,
Queen Mary, University of London, London, UK
DIVULGAÇÕES: KL has received funding for a research fellowship from the David Johnston Fellowship
through the Royal College of Surgeons of England.

// Reconhecimentos:

Dr Mohamed A. Thaha and Ms Kathryn Lynes would like to gratefully acknowledge Prof Norman S. Williams and Dr Abbasi Akhtar, the previous contributors to this monograph. NSW is an author of a reference cited in this monograph. AA declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Ned Snyder, MD, FACP

Professor of Medicine
Chief of Clinical Gastroenterology and Hepatology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX
DIVULGAÇÕES: NS declares that he has no competing interests.

Nicolas Regenet, MD

Clinic of digestive and endocrine surgery
University Hospital, Nantes, France
DIVULGAÇÕES: NR declares that he has no competing interests.