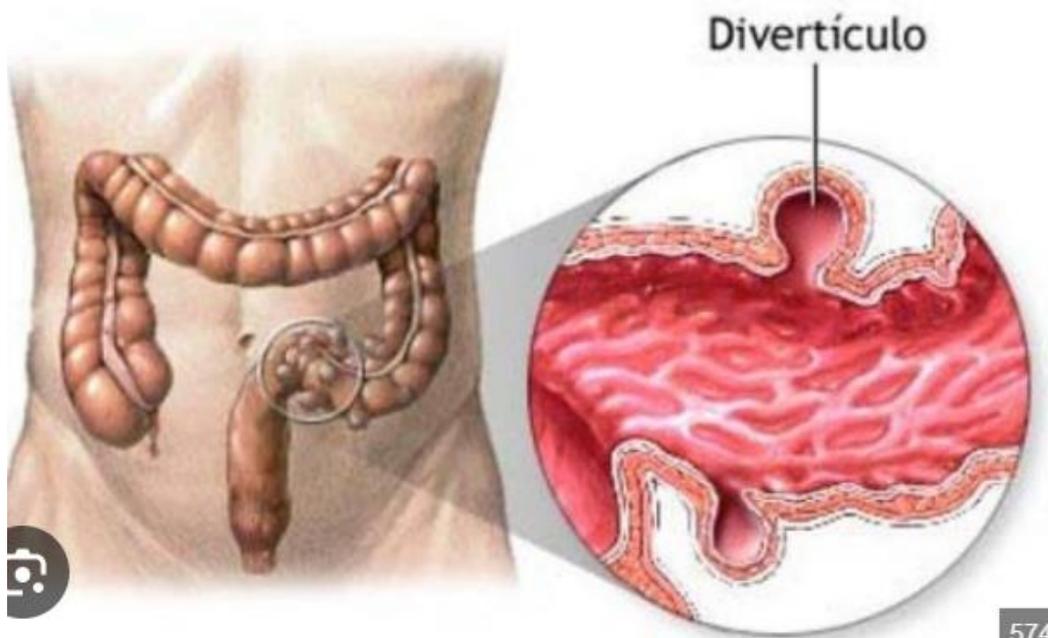


Em julho de 2021 o Papa Francisco foi submetido a uma cirurgia para remover parte do intestino grosso. O motivo da intervenção cirúrgica foi a presença de divertículos. Esteve internado durante 10 dias e a intervenção cirúrgica foi um sucesso. Mas, nem sempre assim é com esta doença. Em 21 de Abril de 1985 o presidente brasileiro Tancredo Neves morreu 39 dias depois de um episódio de diverticulite aguda. Em 2007 o líder cubano Fidel Castro desenvolveu várias complicações após uma intervenção cirúrgica para tratar os divertículos do colon e, na sequência dessa doença, cedeu o poder ao irmão Raul Castro.

Os divertículos são “pequenos sacos” que se desenvolvem em locais de fraqueza da parede do intestino grosso, podem provocar ou não sintomas e, quando sintomáticos, podem corresponder a formas de doença com gravidade diversa.



Diverticulose

Significa a presença de divertículos. Nesta situação clínica os doentes não apresentam habitualmente sintomas. O diagnóstico de divertículos do colon surge frequentemente aquando da realização de uma colonoscopia de rastreio de cancro do intestino.

A presença de divertículos aumenta inevitavelmente com a idade, eles ocorrem em menos de 20% dos doentes abaixo dos 40 anos e atingem cerca de 60% dos indivíduos por volta dos 60 anos.

Os divertículos são mais frequentes nos homens do que nas mulheres (sobretudo nos homens jovens) e nos países ocidentais ou países com estilo de vida ocidental.

Os fatores de risco conhecidos para diverticulose são o avançar da idade, ser homem, o tabagismo e a obesidade. Contrariamente à crença popular, a baixa ingestão de fibras, a ingestão de carnes vermelhas, de gorduras, de álcool e a obstipação não aumentam a existência de divertículos.

Só cerca de 4% das pessoas que têm divertículos do intestino desenvolvem diverticulite.

Doença diverticular não complicada sintomática

É uma situação clínica em que os doentes apresentam sintomas crónicos de dor abdominal, associada ou não a diarreia, obstipação e sangramento intestinal. Frequentemente acontece em pessoas que apresentaram processos inflamatórios repetidos e de pequena intensidade dos divertículos.

Diverticulite

É definida como a inflamação de um ou vários divertículos. A sua incidência está a aumentar particularmente na faixa etária entre os 18 e os 44 anos e, sobretudo nos homens.

Alguns fatores relacionados com o estilo de vida estão associados à diverticulite aguda, como sejam a dieta no que concerne à ingestão de carne vermelha, gorduras e grãos. A vida sedentária, a obesidade e o tabagismo também estão relacionados com o risco de diverticulite aguda. Estudos sugerem que a correção destes fatores dietéticos e de estilo de vida podem reduzir o risco de diverticulite aguda em cerca de 75%.

No que concerne aos hábitos medicamentosos, os corticosteroides, os opioides e a terapêutica de substituição hormonal associam-se ao risco de diverticulite aguda.

A atividade física regular é protetora do risco de diverticulite aguda bem como existência de níveis altos de vitamina D.

Anteriormente acreditava-se que a diverticulite aguda e a perfuração dos divertículos eram causadas pela obstrução dos divertículos por fecalitos (“pedacinhos de fezes” associadas a grãos e grainhas não digeridas) e, nesse sentido, responsabilizava-se a ingestão de alimentos como nozes, pipocas e milho pela diverticulite aguda.

Presentemente os estudos apontam mais, como fatores causadores de diverticulite aguda, para as alterações induzidas ao nível da microbiota intestinal. A microbiota intestinal consiste numa grande variedade de bactérias, vírus, fungos e outros microrganismos unicelulares que habitam no nosso intestino, estimando-se que atinjam cerca de 100 triliões. Sabe-se que alguns dos fatores ambientais referidos anteriormente induzem alterações nessa flora intestinal, ao contrário dos prebióticos, fibras, probióticos e alimentos fermentados que são apontados como como formas de manter a microbiota saudável.



Formas de tratamento para cada doença

A diverticulose intestinal não exige tratamento específico. Na maioria dos casos apenas se justifica aconselhamento nutricional, abstenção de tabaco e hidratação adequada.

O tratamento para a doença diverticular sintomática não complicada inclui as seguintes orientações:

- Não utilizar antibióticos, a não ser que se trata de uma diverticulite aguda
- Evitar drogas anti-inflamatórias e opioides, pois podem aumentar o risco de perfuração intestinal e, quando necessária medicação, usar analgésicos como o paracetamol e antiespasmódicos como o buscopan.
- Orientação sobre a manutenção de hábitos saudáveis, nomeadamente exercício e perda de peso
- Manter uma dieta rica em fibras e hidratação adequada, para ajudar a controlar os sintomas, nomeadamente a obstipação
- Parar de fumar pode auxiliar na diminuição da possibilidade de diverticulite;

Alguns casos de doença diverticular sintomática não complicada, pelo seu impacto na qualidade de vida dos doentes, vão necessitar e beneficiar com cirurgia. Esta consiste na remoção cirúrgica do segmento de intestino grosso doente, habitualmente o colon sigmoide, com união imediata do intestino, sem necessidade de colostomia.

O tratamento da diverticulite aguda é feito com analgésicos e com antibióticos.

Uma parte significativa dos quadros de diverticulite aguda pode ser tratado em casa com medicação por via oral após o seu correto diagnóstico por TAC. Por vezes é necessário o internamento hospitalar para vigilância clínica do doente, para administração de antibióticos endovenosos e para tratamento de abscessos intra-abdominais.

Em situações de peritonite e infeção generalizada é necessária uma intervenção cirúrgica urgente com remoção da parte do intestino grosso doente e perfurada. Nestas situações é muitas vezes necessário a realização de uma colostomia (bolsa no abdómem para a saída de fezes). A colostomia por diverticulite aguda perfurada é provisória. Com o apoio adequado, médico e de enfermagem, esse período é compatível com a manutenção da vida social e profissional.

A reversão da colostomia provisória pode ser efetuada a partir dos 4 meses da operação de urgência e não existe nenhum limite de idade como condição para a sua reversão. A operação de reversão da colostomia pode, inclusive, ser realizada por via laparoscópica com grande vantagem ao nível da recuperação para o doente.

Ana Azevedo

Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral

Cirurgiã Colorretal do Hospital de São João e do Hospital Luz Arrábida

Secretária Geral Adjunta da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Vogal da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia