

PERFIL CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DE PACIENTES COM DIVERTICULITE AGUDA ADMITIDOS VIA PRONTO-SOCORRO

Marcos Vinícius Silva Santos¹; Eduardo Leal do Vale¹;

¹Discente, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí ;

(marcos.santos.ms@ufpi.edu.br)

RESUMO

A diverticulite aguda é uma doença inflamatória frequente no pronto-socorro, caracterizando-se pela inflamação e/ou infecção dos divertículos colônicos, predominantemente no sigmoide. Embora historicamente associada à população idosa, observa-se um aumento crescente da incidência em pacientes jovens, o que torna o diagnóstico diferencial um desafio clínico constante. Esta pesquisa, baseada em uma revisão narrativa da literatura, analisou publicações entre 2020 e 2025 nas bases PubMed, Scielo e Google Acadêmico, buscando caracterizar o perfil clínico dos pacientes atendidos em pronto-socorro. Por fim, conclui-se que a identificação precisa do perfil clínico, aliada ao uso da tomografia computadorizada, é vital para garantir um tratamento eficaz, reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas e garantindo melhores desfechos para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Diverticulite aguda. pronto-socorro. diagnóstico.

ÁREA TEMÁTICA: Dor e cuidados paliativos no departamento de emergência.

INTRODUÇÃO

Os divertículos colônicos correspondem a herniações da mucosa e da submucosa através da camada muscular do cólon, sendo classificados como pseudodivertículos. A presença dessas estruturas de forma assintomática é denominada diverticulose; quando associada a manifestações clínicas, o quadro passa a ser definido como doença diverticular dos cólons (ARATAKE *et al.*, 2022).

A diverticulite aguda, por sua vez, caracteriza-se pela inflamação ou infecção de um divertículo, geralmente decorrente da obstrução do seu lúmen por fecalitos, o que leva ao aumento da pressão intraluminal e à subsequente inflamação local (DE SOUZA MENDONÇA; DA COSTA MOURA, 2024). Nesse contexto, a doença diverticular é considerada complicada quando ocorre perfuração intestinal e, menos frequentemente, quando está associada à formação de fistulas (ARATAKE *et al.*, 2022).

Sabe-se, ademais, que diverticulite é condição comum no pronto-socorro e resulta da interação entre dieta, estilo de vida e microbiota intestinal, apresentando aumento significativo de incidência nas últimas décadas, sobretudo em indivíduos com menos de 50 anos. Por fim, cerca de 10 - 15% dos pacientes com diverticulose tornam-se sintomáticos e, destes, aproximadamente 30% desenvolvem diverticulite ao longo da vida, geralmente na forma não complicada (DE CARVALHO CLAUDINO, 2022).

OBJETIVOS

Este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil clínico de pacientes com diverticulite aguda, bem como descrever os critérios diagnósticos, em um serviço de pronto-socorro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter amplo realizado por meio de uma revisão de literatura narrativa. Para isso, foram utilizados artigos publicados em sites como: National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Research Society and Development, Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Scholar, utilizando os descritores “diverticulite aguda”, “pronto-socorro” e “diagnóstico”, unidos pelo operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, em língua portuguesa. Foram excluídos estudos duplicados, aqueles que não abordavam a temática proposta e os que não se enquadravam no período definido. Após a triagem, 15 publicações atenderam aos critérios metodológicos estabelecidos, das quais 7 foram selecionadas para a análise final devido à sua maior relevância e adequação ao tema.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A diverticulite aguda é caracterizada por um processo inflamatório ou infeccioso que acomete os divertículos colônicos, atingindo entre 10% e 25% dos indivíduos com diverticulose (ARATAKE et al., 2022). Clinicamente, a patologia é classificada em não complicada, manifestando-se por uma inflamação leve e localizada, ou complicada, que abrange um amplo espectro de gravidade, desde abscessos pericólicos até a peritonite feculenta (DE SOUZA MENDONÇA; DA COSTA MOURA, 2024). A apresentação complicada corresponde a cerca de 25% dos casos no momento do diagnóstico e exige, frequentemente, intervenção cirúrgica imediata (DOS SANTOS SILVA, 2025).

Clinicamente, aproximadamente 70% dos pacientes relatam dor em cólica localizada na fossa ilíaca esquerda, de caráter progressivo e persistente por alguns dias (ARATAKE et al., 2022). Essa sintomatologia é frequentemente acompanhada por febre baixa, náuseas, anorexia e alterações do hábito intestinal, que podem variar entre episódios de constipação ou diarreia com urgência evacuatória (HULLEN et al., 2025). Entre o terceiro e o quinto dia após o início da dor, pode ocorrer uma agudização do quadro clínico, manifestando-se com queda do estado geral, calafrios, flatulência e distensão abdominal proeminente (DOS SANTOS SILVA et al., 2025).

Em situações onde o processo inflamatório atinge órgãos adjacentes, como a bexiga, o paciente pode apresentar sintomas urinários, incluindo pneumatúria e fecalúria (FANTOZZI; DE SOUSA, 2021). É fundamental ressaltar que pacientes idosos ou imunossuprimidos podem apresentar manifestações clínicas menos evidentes e atípicas, exigindo um alto índice de suspeição diagnóstica (ROCHA et al., 2023).

Nesse sentido, a avaliação inicial deve seguir o protocolo de abdome agudo, integrando anamnese dirigida, exame físico detalhado e exames complementares que permitam o diagnóstico diferencial e a exclusão de outras patologias (DOS SANTOS SILVA, 2025). Para a confirmação diagnóstica e estratificação da gravidade, a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve é considerada o padrão-ouro, apresentando

sensibilidade de aproximadamente 97% (DE SOUZA MENDONÇA; DA COSTA MOURA, 2024). Os achados tomográficos clássicos incluem a presença de múltiplos divertículos, o espessamento da parede colônica acima de 4 mm e a densificação da gordura pericólica, sem evidência de coleções ou ar livre extraluminal (ARATAKE et al., 2022).

Por fim, a colonoscopia não é recomendada na fase aguda devido ao risco de perfuração intestinal, sendo indicada após 4 a 6 semanas da resolução do quadro (FANTOZZI; DE SOUSA, 2021). A avaliação laboratorial inclui hemograma, geralmente com leucocitose e desvio à esquerda, Proteína C Reativa (PCR) e análise de urina (EAS), para diagnóstico diferencial com patologias urinárias (DE SOUZA MENDONÇA; DA COSTA MOURA, 2024).

DISCUSSÃO RESULTADOS

Os estudos analisados demonstram que a diverticulite aguda permanece como causa frequente de dor abdominal no pronto-socorro, com predomínio das formas não complicadas. A dor em fossa ilíaca esquerda associada a sinais inflamatórios leves constitui a principal apresentação clínica, reforçando a importância da anamnese e do exame físico no atendimento inicial. Observa-se, ainda, mudança no perfil epidemiológico, com aumento da incidência em pacientes jovens, frequentemente relacionada a fatores de risco modificáveis. Esse cenário contribui para dificuldades no diagnóstico diferencial, tornando essencial a ampliação do raciocínio clínico frente a quadros de abdome agudo nessa população.

A tomografia computadorizada destaca-se como método diagnóstico de escolha, permitindo confirmação da doença e estratificação da gravidade, o que impacta diretamente na definição da conduta e na redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias. Assim, os achados reforçam que o reconhecimento precoce do perfil clínico, aliado ao uso adequado da tomografia, é fundamental para o manejo eficaz da diverticulite aguda no pronto-socorro, contribuindo para melhores desfechos clínicos.

CONCLUSÃO

A doença diverticular dos cólons representa uma condição de elevada relevância clínica, com espectro que varia desde a diverticulose assintomática até formas inflamatórias e complicadas, como a diverticulite aguda. A compreensão dos seus mecanismos fisiopatológicos, especialmente da obstrução diverticular e do aumento da pressão intraluminal, é fundamental para o reconhecimento precoce do quadro e para a adequada estratificação da gravidade. Dessa forma, o aprofundamento do conhecimento sobre a doença diverticular é essencial para aprimorar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos pacientes acometidos.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

ARATAKE, Henrique Alvarenga; DE LIMA NETTO, Aristóteles Mesquita; MENDONÇA, Mateus Quaresma. Tratamento cirúrgico da diverticulite aguda complicada: Os desafios no século XXI. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 67-72, 2022.

DE CARVALHO CLAUDINO, Gabriel et al. **Atualizações acerca da diverticulite aguda:** Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. Research, Society and Development, v. 13, n. 3, p. e1613345198-e1613345198, 2024.

DE SOUZA MENDONÇA, Anderson; DA COSTA MOURA, Iagor Brunet. **Diverticulite Aguda Complicada:** diagnóstico diferencial de abdome agudo inflamatório. Caminhos da Clínica, n. 3, 2024.

DOS SANTOS SILVA, Anna Clara et al. **Perfil clínico e epidemiológico de pacientes acometidos com diverticulite.** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 4, p. 515-532, 2025.

FANTOZZI, Bruno Gonçalves; DE SOUSA, Alexandre Venâncio. **Doença Diverticular e Diverticulite Aguda:** atualização de manejo e métodos cirúrgicos indicados Diverticular Disease and Acute Diverticulitis: updated management and indicated surgical methods. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 4, p. 42844-42855, 2021.

HULLEN, Camille Leticia; SCHNEIDER, Taiane; DOS REIS SANT'ANA, Daniel. **DIVERTICULITE AGUDA:: FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS.** Revista de Ciências da Saúde-REVIVA, v. 4, n. 2, 2025.

ROCHA, SARAH DUTRA et al. **MANEJO DA DIVERTICULITE AGUDA NA SALA DE EMERGÊNCIA.**