

DIVERTICULITE CECAL AGUDA

VIRGILIO NOLL (*)

O divertículo solitário do ceco só é descoberto acidentalmente por ocasião do estudo radiológico dos cólons ou ceco-apêndice, ou ao exame necrópsico. Nesta situação refere-se ao achado radiológico casual e assintomático, sem expressão clínica. No entanto, ao sofrer inflamação e infecção, causadas geralmente pela presença do fecalito, apresenta os mesmos sinais subjetivos e objetivos de uma apendicopatia aguda. E assim a diverticulite cecal aguda, confundida e diagnosticada no pré-operatório como processo agudo do apêndice vermiforme, tem sua identidade restabelecida no ato operatório. Foi o que aconteceu com um caso nosso, operado de urgência por suposta apendicite aguda.

O paciente J. L., de 43 anos de idade, branco, casado, comerciante, natural desta Capital, foi-nos enviado pelo seu médico assistente para laparotomia de urgência por apendicite aguda. Na véspera do dia de nosso exame, o doente sentiu violenta dor na fossa ilíaca direita, acompanhada de vômitos e febre elevada (39°5C), foi examinado pelo clínico da família, o qual desconfiando de afecção apendicular aguda, requisitou imediata contagem leucocitária, além das prescrições consentâneas ao caso, bolsa de gelo, antibióticos, etc.. No dia seguinte munido do leucograma (16.000 glóbulos brancos), franca neutrocitose e desvio para a esquerda, examinamos o ventre o qual apresentava no quadrante inferior direito hiperestesia, ... contratura, pontos apendiculares de Mac Burney, Lanz, intensamente dolorosos, percepção

de plastrão, enfim, todos os sintomas clássicos de apendicite aguda, diagnóstico aliás aventado pelo colega assistente. Operado em seguida através à clássica incisão Mac Burney, notamos logo à abertura do peritônio parietal; um órgão cilíndrico, de cor escura, medindo cerca de 3 cms de comprimento por 2 cms. de diâmetro, aderido pela extremidade distal à face interna da parede abdominal, mais ou menos 2 cms. para dentro da abertura incisional e dando-nos, à primeira vista, a impressão, de um apêndice gangrenado. Esta opinião porém desfêz-se rapidamente, ao explorarmos com maiores detalhes a víscera comprometida. E assim verificamos logo, que esta emergia da parede anterior do ceco por fora da borda externa da ténia anterior, distante mais ou menos 6 cms. da zona inicial das tênias cecais, ponto de implantação apendicular. A base de implantação diverticular, assim como a parede cecal anterior, apresentavam-se intensamente congestionadas e edemaciadas, oferecendo o conjunto, aparência de tumor inflamatório, condição patológica concomitante bastante rara nos casos de afecções agudas apendiculares. Isso, e ausência de Meso, fêz-nos desconfiar da possibilidade de um divertículo, confirmado integralmente ao descobrirmos o apêndice vermiforme, macroscopicamente inalterado, em sua localização habitual, isto é, no fundo do ceco, na zona de origem das três faixas musculares longitudinais, a saber: a ténia anterior, a póstero-interna e a póstero-externa, que sabemos continuam pelo colon afora até o reto. Resse-

(*) Colaborador de Ensino — Cad. Cl. Prop. Cirúrgica. Cirurgião do I.A.P.C.

camos o divertículo e da mesma forma o apêndice, enviando ambas as peças operatórias para estudo anátomo-patológico, tendo o cuidado de mandar as respectivas vísceras para dois diferentes laboratórios de exames, com o intuito de evitar possível engano por troca, confusão ou subestima. Transcrevemos abaixo, na íntegra, os resultados:

Resultado anátomo-patológico referente ao divertículo cecal

Exame macroscópico: Dois fragmentos de tecidos, de forma irregular, medindo o maior cerca de 3,0 x 2,0 x 1,5 cms.. Consistência firme e cor rósea pardacenta. Superfície de corte de cor parda clara com áreas vermelhas.

Exame microscópico: Vê-se um tecido gorduroso sede de proliferação conjuntiva com infiltração linfóide em áreas. Há porções ricas em neutrófilos e piócitos. A periferia desse tecido é recoberta por fibrina. No centro de tal tecido vê-se o apêndice cecal mostrando destruição da mucosa em uma certa extensão abaixo da qual o resto da parede apendicular é substituído por tecido conjuntivo em proliferação com infiltração linfóide moderada.

Diagnóstico: Apendicite e peri-ependicite supurativas crônicas.

Nota: É provável que tenha havido ruptura da parede do apêndice envolvido por epíplon. (As.) Prof. Dr. Paulo Tibiricá.

Resultado do exame anátomo-patológico, referente ao apêndice ileo-cecal

Exame macroscópico: Apêndice ileocecal envolto por espessa camada de tecido gorduroso. Mede cerca de 9,0 x 1,3 cms., é de cor rósea, e, de consistência firme e elástica.

Microscopia: Trata-se de apêndice ileo-cecal, cuja parede está espessada por proliferação conjuntiva sub-mucosa. A mucosa se apresenta achatada, sem as dobras características. Há congestão vascular e discreta exsudação de neutrófi-

los. Há, também, afrouxamento do cório por edema.

Diagnóstico: Apendicite recidivante. (As.) Dr. Gorki M. de Lima.

Comentários: O ensejo de apresentação deste caso, nos proporciona a realização de uma série de considerações sobre a patologia do íleo-ceco-colo-apêndice. Com efeito, um grande número de afecções da fossa ilíaca direita, cujo diagnóstico clínico parece fácil, aparentemente tratando-se de apendicopatia aguda, vai contudo desdizer-se apressuradamente no trans-operatório, por enfermidade de pouca ou nenhuma probabilidade diagnóstica antes da intervenção cirúrgica. Assim nós podemos citar, entre as mais frequentes, incorrente no que foi dito acima, e que nos proporcionaram alguma experiência: 1.º — **Divertículo de Meckel**, apenso anatômicamente ao íleo, de mais ou menos 30-50 cms. da válvula ileocecal, sua localização no hipogástrio seria a norma, entretanto, não raras vezes ocupa a fossa ilíaca direita, superpondo-se ao apêndice, como num caso nosso em que, ao abrir a cavidade peritoneal depa-ramos com o divertículo de Meckel em primeiro lugar e o apêndice em situação bem posterior, retrocecal. Serve aqui o lembrete, todo cirurgião deve pensar da possibilidade de inflamação aguda destes dois órgãos, separadamente ou concomitantemente e justificando ainda mais a pesquisa por um Meckel, quando numa laparotomia de urgência os dados macroscópicos encontrados são pouco convincentes de afecção apendicular aguda. 2.º — **Câncer cecal:** Nos pacientes idosos, de mais de sessenta anos (nos 2 casos que tivemos oportunidade de operar a idade dum era de 68 e outro 72), apresentaram quadro típico de apendicopatia aguda: dor acentuada na fossa ilíaca D., neutrofilia acentuada, febre moderada, plastrão; na cirurgia encontramos em ambos tumor do cecum e após hemicolectomia, examinando as peças operatória, verificamos numa, pequena perfuração, e em outra vegetações ulceradas e inflamadas. O resultado anátomo-patológico foi de adenocarcinomas. Pelo exposto o câncer de cecum, pela contingência de sua evolução, complicando-se por ulcerações infectadas, necrose de parede, per-

furações septadas ou cavidade abdominal livre, pode simular perfeitamente um processo apendicular agudo. 3.º — **Doença de Crohn:** Embora a forma aguda da Ileíte Regional seja excepcional, mesmo assim existem casos desta enfermidade operados nos estados agudos, em que é contraindicado qualquer tipo de intervenção cirúrgica, fato explicável por alguns sintomas subjetivos e objetivos semelhantes às apendicopatias agudas, tais como dor no quadrante inferior D., febre, às vezes formação de plastrão. Na Ileíte Terminal a diarreia está presente em 95% dos casos, cujas características são muito sugestivas: não é muito intensa, de 2 a 5 evacuações diárias, as excreções são, muitas vezes, provocadas pela ingestão de alimentos, sempre precedidas por espasmo ou dor pré-defecatória na fossa iléaca D., aliviada após o final da evacuação. As fezes são líquidas ou semi-líquidas, contendo muco fluido, raramente sangue e nunca pús. Anemia moderada com hemoglobina baixa de 65 a 70% e perda de peso, assim como a diarreia acima descrita estão ausentes nas formas agudas das apendicites. Ao valorizarmos estes sintomas e vislumbrarmos a eventualidade de uma doença de Crohn na conjuntura de laparotomia de emergência por apendicopatia aguda e sem indícios patológicos seguros desta afecção é, na verdade, preferível não realizar a apendicectomia, atitude sem dúvida elogiável do cirurgião que assim procede, pois, evita ao seu doente uma futura, inevitável complicação, a fístula intestinal externa. Estas fístulas no quadrante inferior D., são o apanágio certo de Ileíte Regional, quando persistirem por muitos anos ou mesmo por toda a vida, resistindo a toda sorte de tratamento clínico ou cirúrgico. Verificamos isso numa paciente há pouco tempo, apendicectomizada há quatorze anos, logo após a intervenção fistulizou a mesma, permanecendo a fístula estercoral até hoje ativa, apesar de duas tentativas de fechamento, durante este longo período, não se obteve o resultado almejado, sempre houve recidiva. Devido aos insucessos no tratamento cirúrgico direto deste tipo de fístula, Crohn aconselha a derivação interna do trânsito intestinal, por uma ileotransversostomia e desta maneira exclui a região doente fistulizada do

curso fecal, tornando-a afuncional. 4.º — **Cecite aguda:** Conhecida ainda sob as denominações de Cecite Segmentar e Cecite Fleimonosa Subaguda, é outra afecção cirúrgica da fossa ilíaca D., confundida no pré-operatório com apendicite aguda. Averiguamos isto em paciente, moça de 26 anos, encaminhada à cirurgia por violenta dor na fossa ilíaca D., com vômitos, febre elevada, contratura de parede no quadrante inferior D., com palpação de plastrão, enfim sintomatologia apendicular aguda. A laparotomia encontramos um cecum hiperemiado, edemaciado, coberto por alguns flocos de fibrina, apresentando na parede anterior uma placa transversal de gangrena, de bordas bem delimitadas, medindo cerca de 4x3 cms.. Realizamos uma cecectomia parcial. O apêndice vermicular tinha aspecto normal, contudo o retiramos a título preventivo e para esclarecimento diagnóstico. As duas peças foram enviadas ao anátomo-patologista que em referência ao apêndice, apesar do exame histológico de seis cortes nada de anormal revelou, entretanto a peça necrosada da parece cecal apresentava: mucosa quase totalmente destruída e recoberta por espessa camada de fibrina com plócitos, em forma de pseudo-membrana. Intensa infiltração inflamatória da mucosa e demais camadas, constituída predominantemente por neutrófilos, eosinófilos e linfócitos. Edema focal, intensa neoformação vascular e áreas de necrose esparsas, vários vasos sanguíneos contêm trombos. A serosa revela edema, proliferação fibroblástica e infiltração pluricelular.

Sumário: O autor apresenta um caso de Diverticulite Aguda Gangrenada, situada na parede cecal anterior, por fora da ténia longitudinal anterior, em um paciente de 43 anos de idade, cujo diagnóstico fôra de apendicite aguda. Chama atenção para o fato de que a Diverticulite Cecal aguda, não só se confunde no pré-operatório, com apendicopatia aguda, como também as seguintes entidades patológicas, nas situações acima expostas, a saber: Doenças de Crohn, Diverticulite de Meckel, Câncer Cecal e Cecite aguda, e quando reconhecidas a tempo no transcurso operatório, devem merecer do cirurgião o tratamento adequado, conservador ou radical.

SUMMARY

The author presents a case of Acute Gangrenous Diverticulitis, located on the caecal wall, outside of the longitudinal anterior ribbon, in a patient 43 years old, whose diagnosis was Acute Appendicitis. He calls attention to the fact of Acute Caecal Diverticulitis to be confused on the pre-operative, not only with Acute Appendicitis, but also with other conditions, as Crohn's Disease, Meckel's Diverticulitis, Caecal Cancer and Acute Caecitis. All these situations diagnosed during operation must have adequate treatment by the surgeon who will be, radical or not.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annes — Dias, H. — Lições de Clínica Médica, 5.^a série, 2.^a Edição — Guanabara, Rio — pgs. 241-265
- Aird, Ian — Companion in Surgical Studies, Second Edition, 1957, E. & S. Livingstone — pg. 875
- Andresen, Alvert F. R. — Office-Gastroenterology, 1958 — pgs. 342-345
- Feldman, Maurice — Clinical Roegenology of the Digestive Tract — 4th Ed. 1957 — pgs. 449-458
- Luz, Annibal — Diverticulose e Diverticulite Cólicas, apud Colopatia, .. 1959, Ed. Atheneu pgs. 349-370
- Massion, J. — Les Diverticulites Sigmoidiennes, apud Intestin Grêle-Colon-Rectum — Ed. Masson & Cia. 1956, 319-330 pgs.
- Palmer, Eddy D., Clinical Gastroenterology — Ed. 1957, pgs. 313-214
- Patten, B. — Embriologia Humana — Ed. Esp. da 2.^a Ed. Ingl., 1953, Pgs. 469-470
- Rodkey, G. V. and Welch, C. E., Diverticulites and Diverticulosis of the Colon, apud Diseases of the Colon and Anorectum, Ed. Turell, R. — 1959 — pgs. 633-658
- Schenken, J. R. and Burns E., apud Pathology, Anderson, W. A. D. — 1957 — pgs. 758-760
- Shepherd, J. A. — Surgery of the Acute Abdomen, Ed. E. S. Livingstone Ltd. — 1960 — pgs. 526-529.