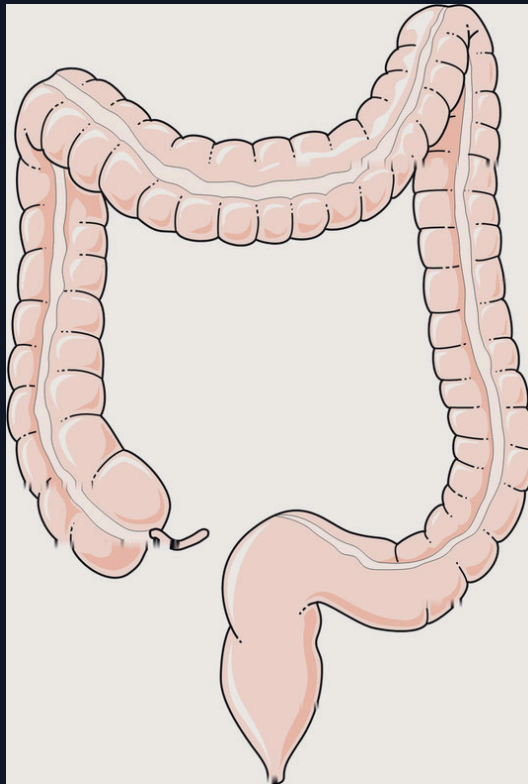

Diverticulite

O que é, como é a crise, o que comer depois e quando a cirurgia entra



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Diverticulite

O que é, como é a crise, o que comer depois e quando a cirurgia entra

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 25
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. Divertículos não são doença	5
1.1 O laudo que assustou sem motivo	5
1.2 Por que a bolsinha se forma	6
1.3 Diverticulose e diverticulite: uma letra, dois mundos	7
2. A crise, e quando ela vira pronto-socorro	9
2.1 O que a pessoa sente	9
2.2 Os três níveis de pressa	10
3. O que o hospital investiga na crise	13
3.1 A sequência da emergência	13
3.2 As quatro formas que mudam o plano	14
4. Antibiótico nem sempre	17
4.1 A pergunta que ninguém tinha feito	17
4.2 O que os números permitem dizer, e o que não permitem	18
4.3 O que isso muda na sua crise	19
5. O que comer depois, e o mito das sementes	21
5.1 O conselho que atravessou gerações	21
5.2 O que pesa de verdade	23
6. Vai voltar? A conta da recorrência	26
6.1 O número, e a margem dele	26
6.2 O que muda da primeira crise para as seguintes	27
6.3 Sangue nas fezes é outro assunto	28
7. Quando a inflamação complica	30
7.1 Do abscesso à peritonite	30
7.2 As duas saídas da cirurgia de urgência	31
8. A colonoscopia depois, e a cirurgia programada	35
8.1 Por que olhar por dentro	35
8.2 Operar antes da próxima crise?	37
9. A sigmoidectomia por dentro, e a vida depois	39
9.1 O que sai, e o que se reconstrói	39
9.2 O risco, dito com honestidade	41
9.3 As semanas depois	43

10. Quem cuida, e o que levar à consulta	45
10.1 Os quatro papéis	45
10.2 O que levar anotado	46
Glossário	48
Referências	50
Sobre o autor	52
Transparência e licenças	53

Divertículos não são doença

EM UMA FRASE

Ter bolsinhas no intestino grosso é achado comum e quase sempre silencioso. A maioria de quem as tem nunca sente nada.

1.1 O laudo que assustou sem motivo

Muita gente descobre os divertículos por acaso, num exame pedido por outro motivo. A tomografia descreve “divertículos no sigmoide”; a colonoscopia de rastreamento encontra as bolsinhas ao passar. A palavra chega em casa parecendo diagnóstico grave. Não é o que ela significa.

Divertículo é uma bolsinha na parede do intestino grosso, pequena como um grão de ervilha, que aparece quando o revestimento interno escapa por um ponto frágil da camada de músculo e fica ali, para fora. Ter várias delas tem nome: diverticulose. Esse nome descreve uma forma. Nada mais.

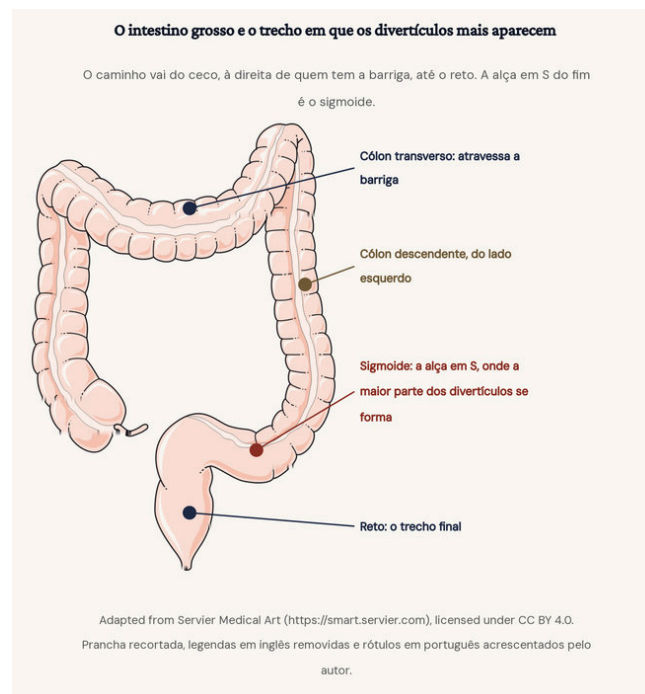


FIGURA 1.1

O intestino grosso e o trecho em que os divertículos mais aparecem. A alça em S do lado esquerdo baixo é o sigmoide.

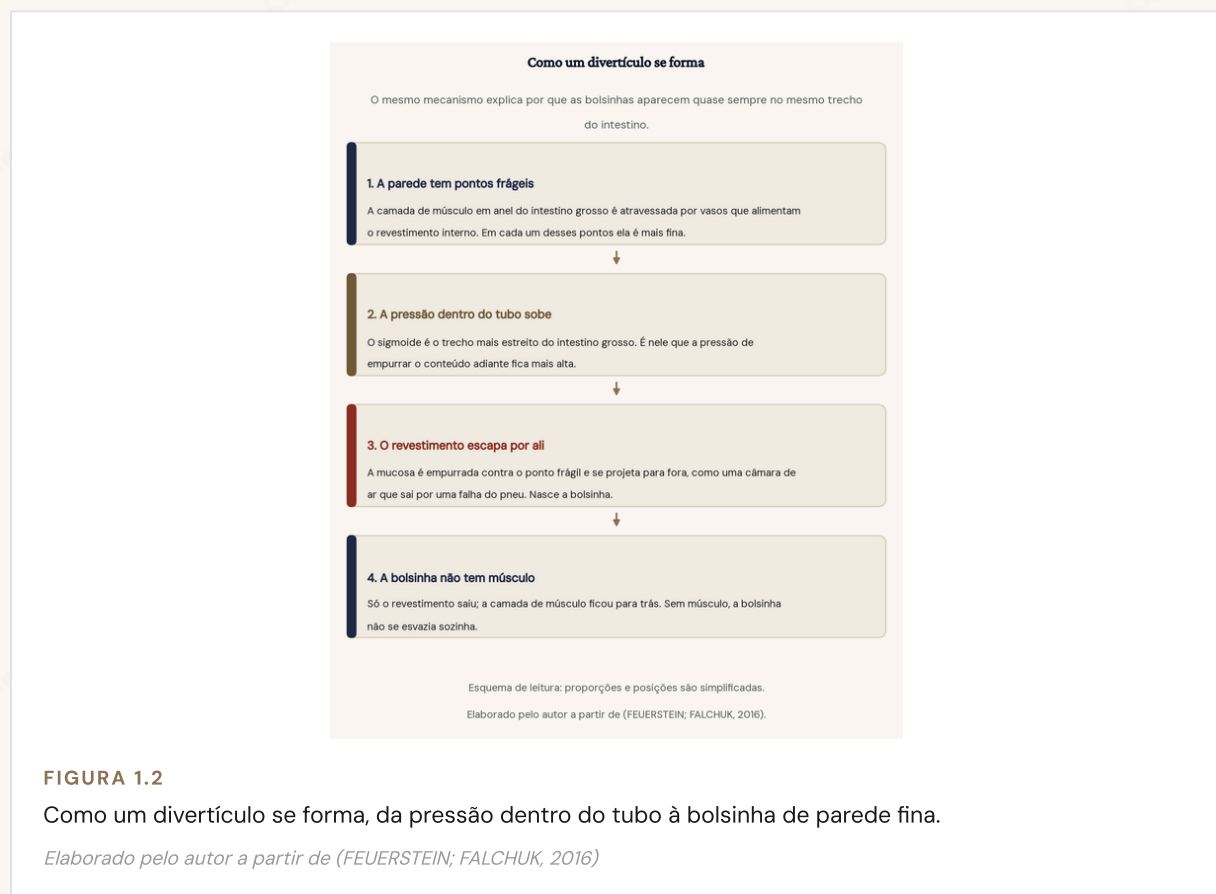
Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 1.1 mostra o percurso do intestino grosso. É no trecho final, do lado esquerdo baixo, que a história deste livro acontece.

1.2 Por que a bolsinha se forma

A parede do intestino tem uma camada de músculo em anel, que aperta e empurra o conteúdo adiante. Esse anel tem pequenas aberturas, por onde passam os vasos que alimentam o revestimento interno. São pontos de menor resistência.

Quando a pressão dentro do tubo sobe, o revestimento é empurrado contra essas aberturas e escapa por elas, como uma câmara de ar que sai por uma falha do pneu. A bolsinha tem parede fina. Só o revestimento saiu; o músculo ficou para trás. O sigmoide é o trecho mais estreito do intestino grosso, e é nele que a pressão sobe mais.



A Figura 1.2 percorre esse caminho em quatro passos. O detalhe que muda a conversa está no terceiro: sem músculo, a bolsinha não se esvazia sozinha.

Esse detalhe responde à pergunta que quase todo mundo leva para a consulta: as bolsinhas somem? Pelo mecanismo, não. O que o tratamento alcança é a inflamação de uma delas, quando ela aparece. A forma fica, e o que está em discussão no resto deste livro é a frequência com que ela dá trabalho.

1.3 Diverticulose e diverticulite: uma letra, dois mundos

As duas palavras se parecem e confundem quem lê o laudo. A terminação muda tudo. Diverticulose é a presença das bolsinhas, em silêncio. Diverticulite é uma delas inflamada, com dor e, às vezes, febre.



A Figura 1.3 põe os dois estados lado a lado. A maior parte das pessoas fica no quadro da esquerda a vida inteira.

TABELA 1.4 — DIVERTÍCULOS: AS TRÊS SITUAÇÕES QUE O LAUDO PODE ESTAR DESCREVENDO

A SITUAÇÃO	O QUE O EXAME MOSTRA	O QUE COSTUMA ACONTECER
Diverticulose	Bolsinhas na parede do intestino grosso, sem sinal de inflamação em volta.	Achado comum e, na maioria das vezes, silencioso. Não pede tratamento nem dieta especial.
Diverticulite não complicada	Uma bolsinha inflamada, com a gordura ao redor densa, sem coleção de pus nem ar fora do intestino.	Dor do lado esquerdo baixo, às vezes com febre. Trata-se sem operação na maior parte dos casos.
Diverticulite complicada	Coleção de pus, ar fora do intestino, comunicação com outro órgão ou estreitamento da alça.	Muda o plano: pode pedir drenagem, internação prolongada ou cirurgia.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016).

A Tabela 1.4 separa as três situações.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois gastroenterologistas americanos organizaram o mecanismo numa revisão de 2016 (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016). A camada de músculo em anel do cólon tem pontos frágeis: aqueles em que um vaso a atravessa para alimentar o revestimento interno. É por ali que a mucosa se projeta para fora e vira bolsinha. Os números de atendimento dão a dimensão. Em 2009, nos Estados Unidos, os hospitais registraram 283.355 altas por causa dos divertículos. Os autores anotam ainda que a diverticulose está entre os achados mais comuns de uma colonoscopia feita por outro motivo, e que a maioria de quem a tem segue sem sintoma nenhum. A revisão de 2019, assinada por uma gastroenterologista e uma cirurgiã colorretal, lista o que aumenta o risco (STRATE; MORRIS, 2019). Quase tudo na lista se mexe: peso em excesso, o que se come e a vida parada. A herança genética também entra, e isso tira do paciente a sensação de culpa.

Fonte: FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016; STRATE; MORRIS, 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu exame descreve divertículos apenas, ou inflamação em volta deles?
- Este achado muda alguma coisa no que eu como ou nos remédios que eu tomo?

Saber o que são as bolsinhas resolve o susto do laudo. Falta a parte que traz a maioria das pessoas ao consultório: a dor que aparece de repente do lado esquerdo baixo da barriga, e a pergunta sobre quando ela vira caso de pronto-socorro.

A crise, e quando ela vira pronto-socorro

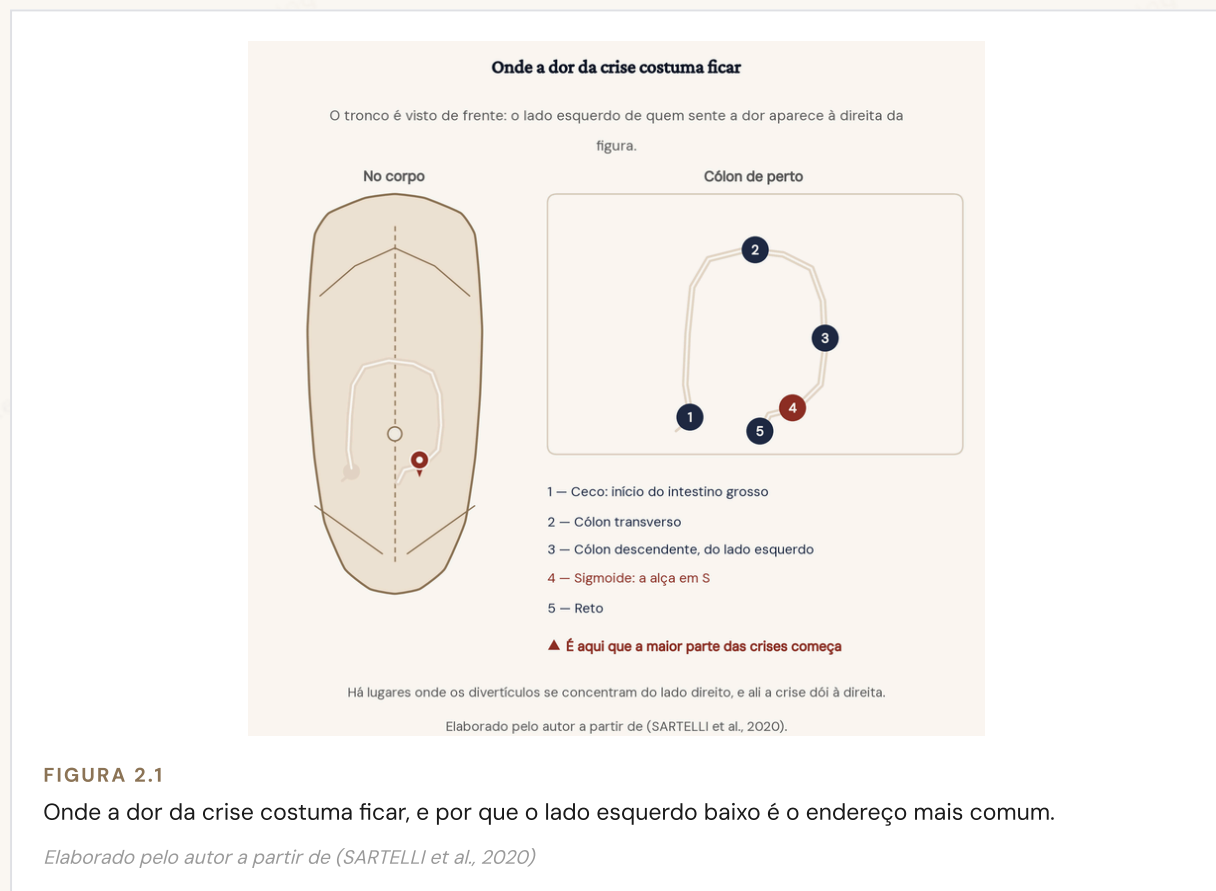
EM UMA FRASE

A crise tem endereço e tem ritmo. Ela dói do lado esquerdo baixo, fica ali e piora ao longo de horas.

2.1 O que a pessoa sente

Os divertículos silenciosos do capítulo anterior mudam de comportamento quando um deles inflama. A dor começa fraca e fica num ponto só. Ela não vai embora. Quem já teve reconhece o endereço: a barriga dói do lado esquerdo, abaixo da linha do umbigo, e a dor piora ao se mexer.

A febre nem sempre aparece, e quando aparece costuma ser baixa. O intestino muda de ritmo em qualquer direção: pode prender ou soltar. Enjoo é comum.



A Figura 2.1 marca esse ponto no mapa da barriga. A legenda registra a exceção geográfica: há lugares onde os divertículos se concentram do lado direito, e ali a crise dói como uma

apendicite.



A Figura 2.2 reúne os quatro quadros que mais se confundem com uma crise. Nenhum deles se resolve pelo telefone.

2.2 Os três níveis de pressa

Dor de barriga é sintoma comum e quase sempre banal. A dificuldade está em reconhecer as horas em que ela deixa de ser. A lista abaixo organiza os sinais pela pressa.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: dor que piora e se espalha, com a barriga endurecida ao toque; febre alta com calafrio junto com a dor; parada de gases e de fezes, com barriga inchada e vômito; confusão, pele fria e suada ou tontura ao levantar; sangramento pelo ânus que enche o vaso ou vem em coágulos.

No mesmo dia: dor do lado esquerdo baixo que não cede com o analgésico de sempre; febre até 38 graus que se repete; dor que voltou durante o tratamento, depois de já ter melhorado; ardência ao urinar ou ar saindo junto com a urina; vômito que impede beber líquido e tomar o remédio.

Na próxima consulta: dor leve que vai e volta do lado esquerdo, por semanas; mudança do hábito intestinal que não passa, com fezes mais finas; sangue vivo nas fezes que se repete, mesmo sem dor; uma crise que passou sem que o intestino tenha sido examinado por dentro.

Esta lista orienta a pressa. Quem define a conduta é quem examina você.

Diverticulite: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas. Guarde esta página no celular.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192



- Dor que piora e se espalha, com a barriga endurecida ao toque.
- Febre alta com calafrio junto com a dor.
- Parada de gases e de fezes, com barriga inchada e vômito.
- Confusão, pele fria e suada ou tontura ao levantar.
- Sangramento pelo ânus que enche o vaso ou vem em coágulos.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje



- Dor do lado esquerdo baixo que não cede com o analgésico de sempre.
- Febre até 38 graus que se repete.
- Dor que voltou durante o tratamento, depois de já ter melhorado.
- Ardência ao urinar ou ar saindo junto com a urina.
- Vômito que impede beber líquido e tomar o remédio.

Telefone do consultório e do plantão, à mão, desde a alta.

Na próxima consulta — anote e leve



- Dor leve que vai e volta do lado esquerdo, por semanas.
- Mudança do hábito intestinal que não passa, com fezes mais finas.
- Sangue vivo nas fezes que se repete, mesmo sem dor.
- Uma crise que passou sem que o intestino tenha sido examinado por dentro.

Anote quando começou e o que melhora ou piora.

Lista de orientação do autor, sem medida de estudo por trás. Quem define a conduta é quem examina você.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 2.3

Diverticulite: o que não pode esperar, em três níveis de pressa.

Elaborado pelo autor

A Figura 2.3 traz os mesmos sinais da caixa acima, em uma página. Fotografe-a hoje.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência mantém uma diretriz dedicada à diverticulite aguda do cólon, atualizada em 2020 por um painel internacional e multidisciplinar (SARTELLI et al., 2020). O motivo de ela existir está no próprio texto: a diverticulite aguda está entre as condições que o cirurgião mais encontra na urgência. Duas informações de lá interessam a quem está com dor. A diretriz trata da doença do lado esquerdo, que é a forma comum no Ocidente. E a atualização de 2020 passou a cobrir também a forma do lado direito. Existem regiões do mundo em que ela predomina sobre a do lado esquerdo, e é por isso que uma crise pode doer do lado da apendicite. A revisão americana de 2016 acrescenta um meio-termo: parte de quem tem divertículos pode ter uma dor de barriga vaga, inespecífica, que vem uma vez ou volta de tempos em tempos, sem chegar a ser crise (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016). Duas frases saem daí. Dor no lugar certo aumenta a suspeita. Nenhuma dor fecha o diagnóstico sem exame.

Fonte: SARTELLI et al., 2020; FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quais sinais, no meu caso, mudam a pressa de voltar ao pronto-socorro?
- Se a dor melhorar em casa e voltar em dois dias, eu procuro quem?

Reconhecida a pressa, a próxima cena costuma ser a mesma para quase todo mundo: a maca e a espera. O capítulo seguinte conta o que o hospital investiga nessas horas, e por quê.

O que o hospital investiga na crise

EM UMA FRASE

O exame que decide o rumo é a tomografia. Ela olha o intestino e o que está ao redor dele.

3.1 A sequência da emergência

A lista de pressa do capítulo anterior termina na porta do pronto-socorro. O que acontece a partir dali segue uma ordem, e conhecê-la diminui a ansiedade da espera.

Primeiro vem o exame das mãos. O médico apalpa a barriga até achar o ponto que dói, e testa se a parede está dura. Depois vêm o sangue e a urina. O sangue mostra o tamanho da reação do corpo; a urina ajuda a separar a crise de uma infecção urinária, que dói em terreno vizinho.



A Figura 3.1 mostra essa sequência em cinco etapas.

TABELA 3.2 — O QUE CADA EXAME RESPONDE NA CRISE

O EXAME	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE	O LIMITE DELE
Exame da barriga	Onde exatamente dói, e se a parede do abdome está endurecida, o que sugere que a inflamação passou dos limites do intestino.	Depende de quem examina e da dor que a pessoa suporta. Barriga muito dolorida limita o exame.
Exames de sangue	Quanta inflamação existe, se há anemia e como estão os rins antes do contraste da tomografia.	Números normais não descartam a crise, e números alterados aparecem em dezenas de outras causas.
Tomografia computadorizada	Se há inflamação de um divertículo e, principalmente, se ela ficou contida ou se produziu pus, furo ou obstrução.	Envolve radiação e contraste. Em casos leves e típicos, a equipe pode decidir tratar sem repeti-la.
Colonoscopia	O que existe dentro do intestino: pólipos, tumor, doença inflamatória.	Não se faz durante a crise, com o intestino inflamado. Fica para semanas depois, quando indicada.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (PEERY et al., 2021) e (ROTTIER et al., 2019).

A Tabela 3.2 mostra por que a tomografia ocupa o centro da decisão: nenhum outro exame separa a crise contida daquela que passou dos limites da parede.

3.2 As quatro formas que mudam o plano

O laudo da tomografia costuma trazer uma palavra que divide o tratamento em dois caminhos: complicada, ou não complicada. Essa palavra tem definição concreta.

Diverticulite não complicada é a inflamação que ficou contida na parede e na gordura ao redor. Complicada é aquela que produziu uma das quatro formas seguintes: pus juntado em uma coleção fechada, furo na parede, comunicação com um órgão vizinho ou estreitamento da alça, que atrapalha a passagem das fezes e pode fechar o caminho. Vale conferir a palavra no laudo.

**FIGURA 3.3**

As quatro formas de diverticulite complicada, e o que cada uma muda no plano.

Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016)

A Figura 3.3 reúne as quatro. A coluna da direita explica por que duas pessoas com a mesma dor recebem tratamentos diferentes.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A Associação Americana de Gastroenterologia publicou em 2021 uma atualização de prática clínica com quatorze recomendações (PEERY et al., 2021). Duas cabem aqui. Sem a tomografia, o diagnóstico costuma ficar em suspenso: é assim que os autores descrevem a necessidade do exame, com a cautela de quem sabe o quanto o exame clínico sozinho erra numa barriga dolorida. A outra recomendação alerta para o caminho inverso. Raramente, o que parecia uma crise acaba sendo um tumor do intestino grosso. Esse risco pequeno é a razão de existir o capítulo 8, e a metanálise que o mediu olhou o primeiro ano seguinte à crise (ROTTIER et al., 2019). A diretriz de emergência de 2020 organiza o que fazer a partir do que a tomografia mostra (SARTELLI et al., 2020). A sociedade americana de cirurgiões de cólon e reto publicou no mesmo ano as suas diretrizes para a doença do lado esquerdo (HALL et al., 2020).

Fonte: PEERY et al., 2021; SARTELLI et al., 2020; HALL et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha tomografia descreve a crise como complicada? Por qual dos quatro achados?
- O que muda no meu tratamento por causa desse achado?

Com o laudo na mão e a crise classificada como não complicada, abre-se a discussão que mais mudou nos últimos quinze anos. Ela cabe em uma pergunta: esta crise precisa mesmo de antibiótico?

Antibiótico nem sempre

EM UMA FRASE

Três ensaios randomizados testaram a crise leve com e sem antibiótico. Nenhum deles encontrou diferença nos desfechos principais que mediu.

4.1 A pergunta que ninguém tinha feito

O hospital que investigou a crise no capítulo anterior tem, hoje, uma decisão menos automática do que tinha em 2010. Durante décadas, toda diverticulite recebeu antibiótico. A conduta era universal e nunca tinha sido comparada, de forma sorteada, com a alternativa de apenas observar e reexaminar a pessoa nos dias seguintes.

Três grupos resolveram testar. Um na Suécia e um na Holanda; depois, um na Espanha. Os três sortearam pessoas com crise leve confirmada por tomografia. Metade recebeu antibiótico. A outra metade, não.



A Figura 4.1 resume os três. Eles não mediram a mesma coisa: um olhou o tempo até a recuperação; outro, quantas pessoas precisaram ser internadas.

4.2 O que os números permitem dizer, e o que não permitem

Aqui entra um cuidado de leitura que vale para o livro inteiro. Quando um estudo não encontra diferença entre dois grupos, isso não prova que os dois tratamentos são iguais: prova que o estudo, do tamanho que tinha, não conseguiu enxergar diferença nenhuma entre eles. A distância entre as duas frases é grande. Ela some com facilidade na conversa de consultório.

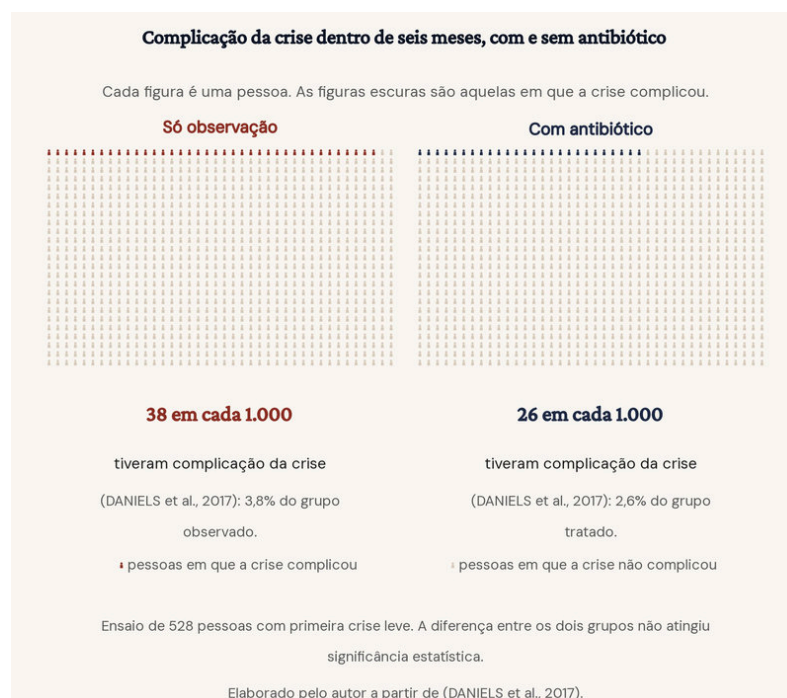


GRÁFICO 4.2

Complicação da crise dentro de seis meses, no maior dos três ensaios, em cada 1.000 pessoas de cada grupo.

Elaborado pelo autor a partir de (DANIELS et al., 2017)

O Gráfico 4.2 põe em pessoas o que o ensaio holandês mediu. As barras são próximas de propósito: a diferença entre elas não atingiu significância estatística.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O maior dos três ensaios recrutou 528 pessoas em 22 centros holandeses, todas com primeira crise leve confirmada por tomografia (DANIELS et al., 2017). O desfecho principal foi o tempo até a recuperação em seis meses: 14 dias na mediana de quem apenas observou, contra 12 dias de quem recebeu antibiótico. Os desfechos secundários vieram sem diferença estatisticamente significativa. Complicação da crise em 3,8% contra 2,6%. Morte em 1,1% contra 0,4%. A internação inicial foi mais curta no grupo observado. Antes dele, um ensaio sueco e islandês sorteara 623 pessoas entre as mesmas estratégias, com complicação em 6 de 309 sem antibiótico e em 3 de 314 com antibiótico (CHABOK et al., 2012). Nova crise com reinternação em um ano apareceu em 16% dos dois grupos. O ensaio espanhol tratou 480 pessoas em casa, e a internação, desfecho principal ali, aconteceu em 14 de 238 do grupo com antibiótico e em 8 de 242 do grupo sem (MORA-LÓPEZ et al., 2021). Dois anos depois, o ensaio holandês foi reanalisado: nova crise em 15,4% contra 14,9%, e retirada do sigmoide em 9,0% contra 5,0% (VAN DIJK et al., 2018). Os autores fazem a ressalva que este livro repete: o ensaio não foi dimensionado para esses desfechos, e alguma incerteza permanece sobre se as diferenças pequenas seriam reais. A associação americana de gastroenterologia já havia publicado, em 2015, uma diretriz sobre o manejo da diverticulite aguda (STOLLMAN et al., 2015). A mesma sociedade voltou ao tema em 2021, e é de lá que sai a consequência prática deste capítulo: o antibiótico fica reservado para casos escolhidos dentro da crise leve não complicada, em quem tem defesa imunológica preservada, enquanto para quem está imunossuprimido a recomendação continua forte (PEERY et al., 2021).

Fonte: DANIELS et al., 2017; CHABOK et al., 2012; MORA-LÓPEZ et al., 2021; VAN DIJK et al., 2018; STOLLMAN et al., 2015; PEERY et al., 2021

4.3 O que isso muda na sua crise

Entender esse conjunto de estudos muda a conduta, porque tira o antibiótico do automático e o devolve à decisão.

Vale dizer com todas as letras o que essa mudança não autoriza. Ela não autoriza suspender por conta própria um antibiótico que está tomando. Recusar o que lhe foi prescrito também está fora. Todos os ensaios acima trataram pessoas com crise leve confirmada por tomografia, reexaminadas por médicos nos dias seguintes. Nenhum deles descreve alguém decidindo sozinho em casa.

**FIGURA 4.3**

O que costuma fazer parte do tratamento da crise leve, e quem decide cada item.

Elaborado pelo autor

A Figura 4.3 lista o que costuma compor o tratamento da crise leve, com o nome de quem decide cada item.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, o antibiótico é necessário? O que pesou nessa decisão?
- Posso tratar esta crise em casa? Em quantos dias eu preciso ser reavaliado?

Passada a crise, quase todo mundo faz a mesma pergunta ao sair da consulta, com a receita na mão: o que eu posso comer daqui para a frente? A resposta desfaz um mito antigo, e é o assunto do próximo capítulo.

O que comer depois, e o mito das sementes

EM UMA FRASE

A lista de alimentos proibidos depois de uma diverticulite é mais curta do que a fama. Na prática, está vazia.

5.1 O conselho que atravessou gerações

O capítulo sobre o antibiótico mostrou uma conduta antiga caindo diante de ensaios randomizados. A orientação alimentar seguiu o mesmo caminho, e o estudo que a derrubou é de 2008.

A recomendação era simples e fazia sentido intuitivo: sementes, milho, pipoca e castanhas ficariam presos dentro das bolsinhas e causariam a inflamação. Gerações saíram do consultório com essa lista. Ninguém tinha medido se ela funcionava.



A Figura 5.1 resume o que o estudo mediu. O cartão do meio é o mais desconcertante.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um grupo americano acompanhou 47.228 homens entre 40 e 75 anos por dezoito anos, todos livres de doença diverticular no começo (STRATE et al., 2008). Apareceram 801 casos de diverticulite e 383 de sangramento diverticular. O sentido da associação surpreendeu. Quem comia castanhas ao menos duas vezes por semana teve risco de 0,80, comparado a quem comia menos de uma vez por mês, com intervalo de confiança de 95% entre 0,63 e 1,01. Para pipoca, o risco foi de 0,72. O milho não mostrou associação em direção nenhuma. A conclusão dos autores cabe entre aspas: “a recomendação de evitar esses alimentos para prevenir complicações diverticulares deveria ser reconsiderada” — tradução nossa da frase final do artigo. Do lado do que parece proteger, uma coorte britânica acompanhou 47.033 pessoas por 11,6 anos em média (CROWE et al., 2011). Quem seguia dieta vegetariana teve risco relativo de 0,69, com intervalo de 0,55 a 0,86. Para a fibra, o gradiente foi claro: o quinto que mais consumia teve risco de 0,59, comparado ao quinto que menos consumia. Duas ressalvas acompanham a leitura. Observação mostra associação sem provar causa. E o desfecho britânico foi internação ou morte; a crise leve tratada em casa ficou fora dessa conta.

Fonte: STRATE et al., 2008; CROWE et al., 2011



GRÁFICO 5.2

De cada 1.000 pessoas acompanhadas dos 50 aos 70 anos, quantas foram internadas ou morreram por doença diverticular.

Elaborado pelo autor a partir de (CROWE et al., 2011)

O Gráfico 5.2 traduz em pessoas a diferença que a coorte britânica encontrou entre quem comia carne e quem não comia. As duas são diferentes, e as duas são pequenas.

5.2 O que pesa de verdade

Sai da lista a pipoca. Entra uma lista mais chata, e mais eficaz.

**FIGURA 5.3**

O que pesa no risco de uma nova crise, segundo a atualização de 2021.

Elaborado pelo autor a partir de (PEERY et al., 2021) e (STRATE; MORRIS, 2019)

A Figura 5.3 organiza esses itens. O último cartão alivia a consciência: parte do risco vem da herança genética.

TABELA 5.4 — O QUE SE DIZ POR AÍ, E O QUE OS ESTUDOS MEDIRAM

O QUE SE DIZ	O QUE FOI MEDIDO	ONDE ISSO DEIXA VOCÊ
“Nunca mais coma semente, pipoca ou castanha.”	A coorte de 47 mil homens mediu castanha, milho e pipoca por 18 anos: nenhum dos três aumentou o risco de crise ou de sangramento. A semente vinha junto no conselho antigo, sem ter sido medida ali.	A lista de proibições cai. Quem conviveu anos com ela pode devolver esses alimentos ao prato.
“Fibra faz mal para quem tem divertículo.”	Coorte britânica de 47 mil pessoas: mais fibra na dieta se associou a menos internação por doença diverticular.	Fora da crise, a fibra joga a favor. Durante a crise, quem orienta a dieta é a sua equipe.
“Se tenho divertículos, vou ter crise.”	A maioria das pessoas com diverticulose permanece sem sintoma, segundo a revisão americana de 2016.	O achado no exame não é diagnóstico de doença ativa.
“Perder peso e parar de fumar não mudam nada aqui.”	A atualização de 2021 lista peso normal, atividade física, não fumar e dieta de qualidade entre as medidas para reduzir recorrência.	Estes quatro itens estão sob o seu controle, e é por isso que eles aparecem.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (STRATE et al., 2008), (CROWE et al., 2011), (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016) e (PEERY et al., 2021).

A Tabela 5.4 põe cada frase de corredor ao lado do que foi medido.

Falta um recado sobre remédio. A atualização de 2021 recomenda evitar anti-inflamatórios não esteroides, com uma exceção nomeada: a aspirina prescrita para quem já teve um evento cardiovascular, como um infarto ou um derrame, continua. Quem decide é quem prescreve.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu preciso evitar algum alimento para sempre, ou apenas durante a crise?
- Os anti-inflamatórios que eu uso para dor nas juntas entram nessa conversa?

Ajustada a comida, sobra a pergunta que ninguém faz em voz alta na consulta e que todo mundo leva para casa. Ela é sobre o futuro: isso vai voltar? O próximo capítulo faz essa conta.

Vai voltar? A conta da recorrência

EM UMA FRASE

A maioria das pessoas tem uma crise só. Quem tem a segunda costuma tê-la mais leve do que teme.

6.1 O número, e a margem dele

Depois de ajustar o que comer, a pergunta sobre o futuro fica inevitável. Ela merece um número, e o número existe.

Duas leituras da literatura convergem para a mesma ordem de grandeza. Uma metanálise de 2022 estimou a recorrência da crise não complicada em cerca de 13 em cada 100 pessoas; uma revisão de 2019 registra aproximadamente 20 em cada 100, e a diferença entre as duas vem do desenho dos estudos incluídos e do tempo de acompanhamento de cada um deles. Nenhuma das duas chega perto da metade.

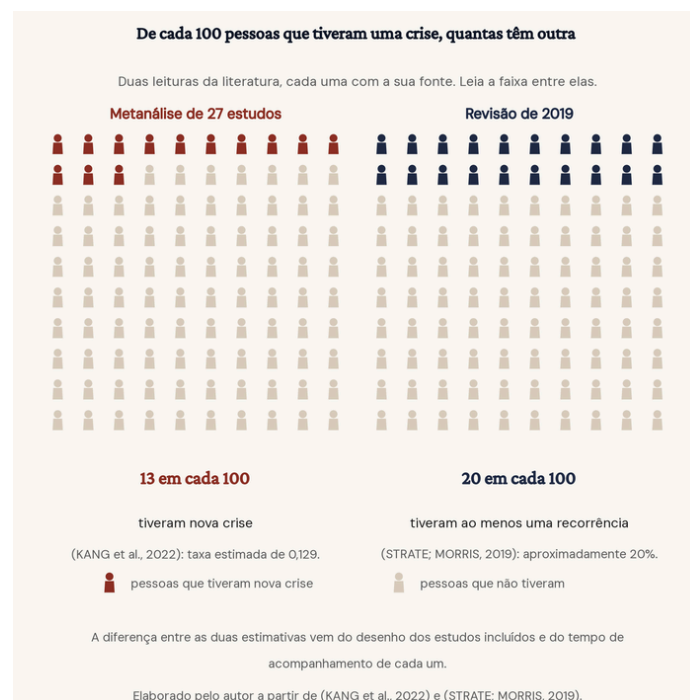


GRÁFICO 6.1

De cada 100 pessoas que tiveram uma crise, quantas têm outra.

Elaborado pelo autor a partir de (KANG et al., 2022) e (STRATE; MORRIS, 2019)

O Gráfico 6.1 mostra as duas estimativas lado a lado, cada uma com a sua fonte. A faixa entre elas informa melhor do que um número isolado.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma metanálise coreana de 2022 reuniu 27 estudos para estimar com que frequência a crise não complicada volta depois da primeira, e a taxa estimada foi de 0,129, com intervalo de confiança de 95% entre 0,102 e 0,162 (KANG et al., 2022). A localização importou. Para a doença do lado direito, 0,092; para a do lado esquerdo, que é a forma comum por aqui, 0,153. Idade mais avançada e temperatura mais alta na primeira crise se correlacionaram com recorrência. O uso de antibiótico e o de anti-inflamatório ficaram sem correlação com ela. A revisão de 2019 trabalha com estimativa maior, de aproximadamente 20% das pessoas com ao menos uma recorrência (STRATE; MORRIS, 2019). As mesmas autoras acrescentam o dado que mais tranquiliza quem já teve duas crises. Nos episódios seguintes, a chance de complicação grave cai. A atualização de 2021 chega ao mesmo lugar por outro caminho: é na estreia da doença que a forma complicada aparece com mais frequência (PEERY et al., 2021). Em outra das suas recomendações, o mesmo documento diz que a operação programada não se decide pelo número de episódios.

Fonte: KANG et al., 2022; STRATE; MORRIS, 2019; PEERY et al., 2021

6.2 O que muda da primeira crise para as seguintes

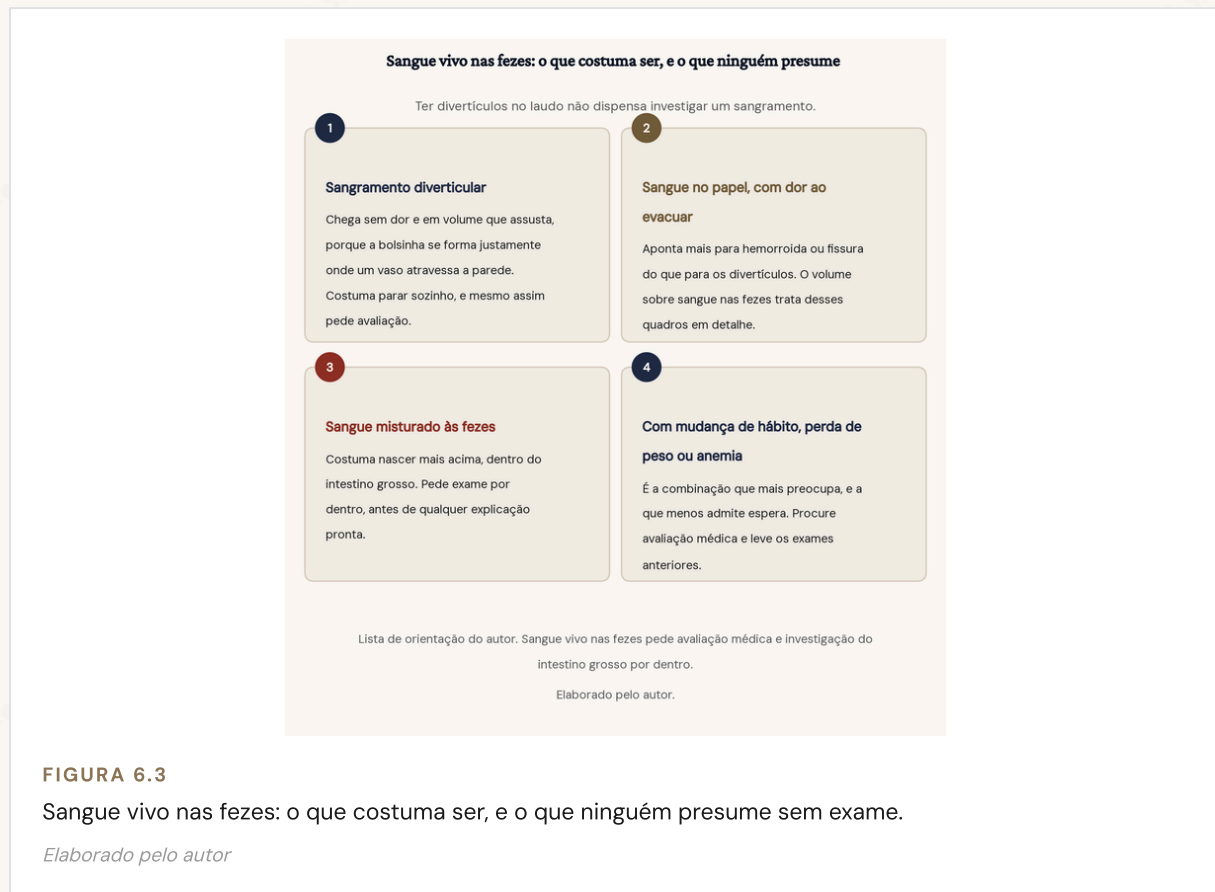
O medo de quem teve uma crise é de escalada: a ideia de que cada episódio será pior. Os dados apontam na direção oposta.



A Figura 6.2 reúne três mudanças. A do meio é a que mais influencia a decisão sobre operar.

6.3 Sangue nas fezes é outro assunto

Existe um sintoma que os divertículos também produzem e que não faz parte da crise inflamatória: o sangramento diverticular. Ele chega sem dor e em volume que assusta. Costuma parar sozinho. A bolinha se forma justamente onde um vaso atravessa a parede, e é esse vaso que rompe.



A Figura 6.3 separa os quadros mais comuns, e nenhum deles fecha diagnóstico sozinho.

Aqui eu peço que você não relativize. Ter divertículos conhecidos fornece uma explicação pronta, confortável e muitas vezes correta para um sangramento que às vezes tem outra causa, e é essa explicação pronta que adia o exame. Sangue vivo nas fezes pede avaliação médica e investigação do intestino grosso por dentro. O volume sobre sangue nas fezes trata do assunto.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual a chance de eu ter outra crise, considerando o que aconteceu comigo?
- O sangramento que eu tive precisa de colonoscopia mesmo já tendo parado?

A conta da recorrência serve para quem teve uma crise que ficou contida. Falta a parte que ninguém quer ler e que precisa estar escrita: o que acontece quando a inflamação complica.

Quando a inflamação complica

EM UMA FRASE

A maior parte das crises complicadas é tratada sem cirurgia de urgência. A minoria que precisa dela tem duas saídas.

7.1 Do abscesso à peritonite

A conta da recorrência do capítulo anterior descreve o caminho comum. Este capítulo trata do desvio.

O abscesso é a complicação mais frequente. A inflamação escapa da parede e o corpo cerca aquele pus com uma cápsula, que o mantém ali, contido, sem deixar que ele se espalhe pela cavidade. Coleções pequenas costumam ceder com antibiótico. As maiores pedem drenagem: um tubo fino, passado pela pele com a ajuda da tomografia, esvazia a coleção sem abrir a barriga.



A Figura 7.1 mostra esses três tempos. O dreno fica alguns dias e sai sem anestesia.

Quando o furo é grande e o conteúdo do intestino se espalha pela barriga, a cena muda. Instala-se a peritonite. A pessoa fica gravemente doente, e a operação de urgência deixa de ser evitável.

7.2 As duas saídas da cirurgia de urgência

A operação de urgência retira o segmento doente, o que costuma ser a parte simples de uma noite complicada. A pergunta que resta é o que fazer com as duas pontas de intestino que sobram. Existem duas respostas.

A cirurgia de Hartmann fecha a ponta de baixo e traz a de cima para a pele da barriga, como um estoma. Nada é costurado dentro do abdome inflamado, o que reduz o risco imediato. O preço vem depois: a bolsa, e uma segunda operação para religar o intestino.

A anastomose primária faz o contrário. Ela costura as duas pontas na mesma cirurgia, com ou sem uma ileostomia de proteção — um estoma temporário feito mais acima, no intestino delgado, que desvia as fezes do caminho enquanto a costura de baixo cicatriza.



FIGURA 7.2

A cirurgia de urgência: duas saídas para o mesmo problema.

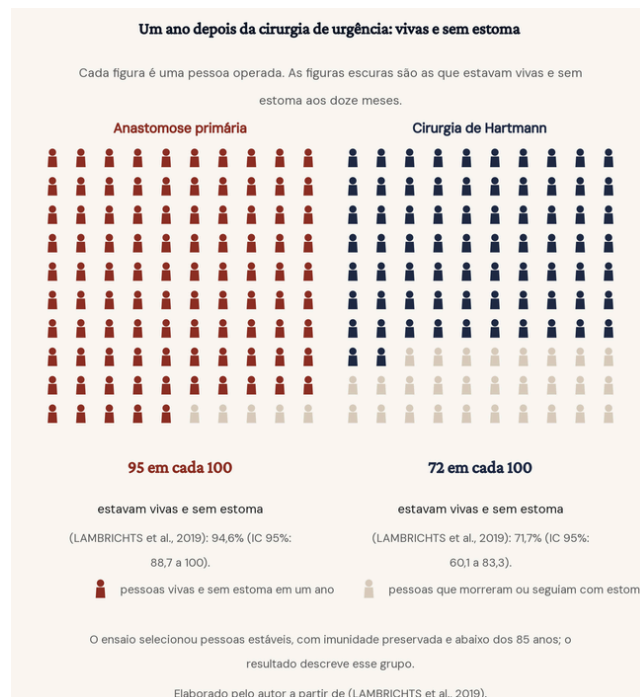
Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRIKTS et al., 2019)

A Figura 7.2 desenha as duas rotas em quatro quadros. O volume sobre estomas descreve a vida com a bolsa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio randomizado em 42 hospitais europeus sorteou 133 pessoas operadas de urgência por diverticulite perfurada, entre a cirurgia de Hartmann e a costura primária das duas pontas (LAMBRICHTS et al., 2019). O desfecho principal foi engenhoso: quantas estavam vivas e sem estoma doze meses depois. Com a costura primária, 94,6%. Com Hartmann, 71,7%. Complicações e mortes logo após a operação ficaram sem diferença estatisticamente significativa. Os autores recomendam a costura primária para um grupo que eles nomeiam com cuidado: quem tem menos de 85 anos, chega à cirurgia sem a defesa imunológica baixa e com a pressão estável. Há ainda uma terceira via. Ela não se sustentou. O ensaio escandinavo sorteou 199 pessoas entre lavar a cavidade por vídeo e retirar o segmento doente, e encontrou complicações graves em 30,7% contra 26,0%, sem diferença estatisticamente significativa (SCHULTZ et al., 2015). A reoperação separou os grupos, entre quem não tinha peritonite fecal: 15 de 74 pessoas contra 4 de 70. E quatro cânceres do sigmoide passaram despercebidos no grupo da lavagem. O ensaio europeu foi interrompido pelo comitê de segurança por excesso de eventos no mesmo grupo, com complicação grave ou morte em doze meses em 30 de 45 pessoas contra 25 de 42 (VENNIX et al., 2015). A conclusão dos dois é a mesma: a lavagem não se mostrou superior à retirada.

Fonte: LAMBRICHTS et al., 2019; SCHULTZ et al., 2015; VENNIX et al., 2015

**GRÁFICO 7.3**

Um ano depois da cirurgia de urgência: de cada 100 pessoas, quantas estavam vivas e sem estoma.

Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRIKTS et al., 2019)

O Gráfico 7.3 põe esses dois números em pessoas. Vale ler a legenda inteira antes: o ensaio selecionou um grupo estreito, e o resultado dele descreve esse grupo.



A Figura 7.4 registra os dois ensaios com as palavras dos autores.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha complicação é um abscesso? Ele pode ser drenado pela pele?
- Se eu ficar com estoma, em quanto tempo costuma ser possível religar o intestino?

Passada a fase aguda, com operação ou sem ela, começa a etapa das decisões com calma. Ela tem duas perguntas: preciso olhar o intestino por dentro, e devo marcar uma operação programada?

A colonoscopia depois, e a cirurgia programada

EM UMA FRASE

Duas decisões esperam a inflamação passar: uma sobre exame, outra sobre operar antes da próxima crise.

8.1 Por que olhar por dentro

Quem passou por uma crise complicada, tratada antes, costuma sair do hospital com dois retornos marcados. O primeiro é sobre exame.

A razão de olhar o intestino por dentro depois da crise tem nome. Um tumor do sigmoide pode inflamar a parede ao redor e imitar uma diverticulite na tomografia. A colonoscopia desfaz essa dúvida, e ela espera algumas semanas, com a inflamação já resolvida.

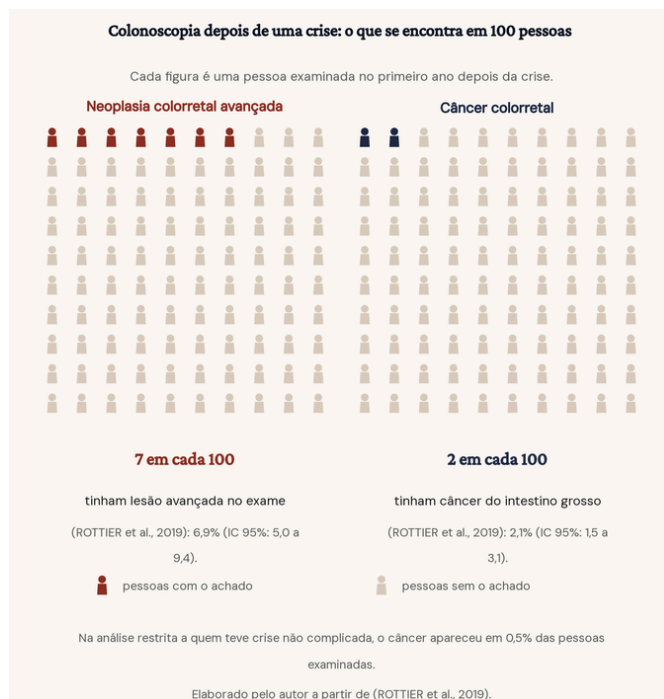


GRÁFICO 8.1

Colonoscopia feita depois de uma crise: o que se encontra em cada 100 pessoas examinadas.

Elaborado pelo autor a partir de (ROTTIER et al., 2019)

O Gráfico 8.1 mostra os dois achados que motivam o exame. As duas barras são pequenas, e o exame existe por causa delas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma metanálise holandesa reuniu 17 estudos e 3.296 pessoas que fizeram colonoscopia até um ano depois de uma crise confirmada por tomografia (ROTTIER et al., 2019). A prevalência combinada de neoplasia colorretal avançada foi de 6,9%; a de câncer colorretal, de 2,1%, com intervalo de confiança de 95% entre 1,5 e 3,1. Duas informações completam o quadro. Apenas dois dos estudos compararam esses números com os de pessoas sem sintoma em rastreamento, e o risco foi compatível: razão de risco de 1,80, com intervalo de 0,66 a 4,96. A faixa é larga, e atravessa o valor de nenhuma diferença. Na crise não complicada, o câncer apareceu em 0,5%. Os autores concluem que, com a tomografia limpa quanto ao resto, a colonoscopia deixa de ser obrigatória depois da crise não complicada, e segue indicada para quem teve doença complicada ou continua com sintoma. A atualização americana de 2021 trata a indicação como individual (PEERY et al., 2021). Pesam a gravidade do episódio, a data da última colonoscopia e a história de cada pessoa.

Fonte: ROTTIER et al., 2019; PEERY et al., 2021

Quando a colonoscopia depois da crise costuma ser indicada

A indicação é individual: pesam a gravidade do episódio, a data do último exame e a história de cada pessoa.

1

Crise complicada

A metanálise holandesa indica o exame para quem teve doença complicada. É o grupo em que o achado de tumor pesa mais.

2

Sintoma que não passou

Dor ou mudança do hábito intestinal que continuam depois da crise pedem olhar por dentro, para afastar outros diagnósticos.

3

Rastreamento em atraso

Quem nunca fez colonoscopia, ou está com o rastreamento vencido, tem motivo próprio para o exame, independente da crise.

Depois de uma crise não complicada, com a tomografia limpa quanto ao resto, o exame de rotina pode ser dispensado.

Elaborado pelo autor a partir de (ROTTIER et al., 2019) e (PEERY et al., 2021).

FIGURA 8.2

Quando a colonoscopia depois da crise costuma ser indicada.

Elaborado pelo autor a partir de (ROTTIER et al., 2019) e (PEERY et al., 2021)

A Figura 8.2 reúne as situações em que o exame pesa mais.

8.2 Operar antes da próxima crise?

A segunda decisão é mais difícil, porque compara um desconforto conhecido com um risco escolhido. Durante décadas a regra foi aritmética: duas crises, opera. Ela caiu.

Dois ensaios randomizados compararam retirar o sigmoide de forma programada com seguir sem operar, em pessoas com crises repetidas ou com dor que não passava. Os dois mediram qualidade de vida e encontraram vantagem para a cirurgia. Mediram também o preço dela.

TABELA 8.3 — OPERAR DE FORMA PROGRAMADA, OU SEGUIR SEM OPERAR

O CAMI-NHO	O QUE OS ENSAIOS MOSTRARAM A FAVOR	O QUE ELES MOSTRARAM CONTRA
Cirurgia programada	Qualidade de vida melhor aos seis meses nos dois ensaios randomizados: diferença média de 14,2 pontos no ensaio holandês e de 11,96 pontos no finlandês, nas escalas que eles usaram. Menos episódios novos no seguimento de seis meses do ensaio finlandês.	No ensaio finlandês, 4 de 41 pessoas operadas tiveram complicação maior, contra nenhuma do grupo conservador. No holandês, 7 de 47 operadas tiveram vazamento da costura do intestino.
Seguir sem operar	Evita a complicação cirúrgica agora. Parte considerável das pessoas passa bem: no ensaio holandês, 43 de 56 do grupo conservador não precisaram de operação em seis meses.	A dor e as crises podem continuar. No ensaio holandês, 13 de 56 pessoas do grupo conservador acabaram operadas por queixas persistentes.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (VAN DE WALL et al., 2017) e (SANTOS et al., 2021).

A Tabela 8.3 põe os dois caminhos lado a lado, com o contra de cada um no mesmo tamanho do a favor. Procurar um vencedor nessa tabela não leva a lugar nenhum. O que decide é quanto as crises atrapalham a sua vida e o que você aceita trocar pelo quê. Essa conta se fecha na consulta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio holandês DIRECT sorteou 109 pessoas com crises repetidas ou queixas persistentes, e foi encerrado antes do previsto por dificuldade de recrutamento (VAN DE WALL et al., 2017). Aos seis meses, o escore de qualidade de vida ficou em 114,4 no grupo operado e em 100,4 no conservador: diferença média de 14,2 pontos, com intervalo de confiança de 95% entre 7,2 e 21,1. O preço aparece na mesma página. Quarenta e três das 109 pessoas tiveram evento adverso grave nesses seis meses, sendo 18 de 53 no grupo cirúrgico e 23 de 57 no outro, e sete das operadas tiveram vazamento da costura. Treze das 56 do grupo conservador acabaram operadas. Ninguém morreu. O ensaio finlandês LASER sorteou 90 pessoas com a mesma indicação, e mediu diferença média de 11,96 pontos, com intervalo de 3,72 a 20,19 (SANTOS et al., 2021). Quatro das 41 operadas tiveram complicação maior, contra nenhuma do outro grupo, o que os autores traduzem na conclusão como um risco de 10%. Novos episódios em seis meses apareceram em 2 das 41 operadas e em 12 pessoas do grupo conservador, que os autores reportam como 31%. Sobre a velha regra de contar crises, a revisão de 2019 é direta: contar episódios deixou de bastar, e ser jovem também (STRATE; MORRIS, 2019).

Fonte: VAN DE WALL et al., 2017; SANTOS et al., 2021; STRATE; MORRIS, 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu preciso de colonoscopia depois desta crise? Quando?
- Se eu escolher esperar, o que exatamente me faria mudar de ideia?

Escolhida a cirurgia programada, sobra o que ocupa a cabeça de quem vai operar. O que exatamente a sigmoidectomia retira, e quanto tempo leva para a vida voltar ao normal? É o assunto do próximo capítulo.

A sigmoidectomia por dentro, e a vida depois

EM UMA FRASE

A operação retira o trecho doente do sigmoide e une as duas pontas. Os divertículos do resto do intestino continuam lá.

9.1 O que sai, e o que se reconstrói

A decisão sobre a colonoscopia e sobre operar, tratada antes, termina numa data marcada. Vale saber o que acontece nessa data.

O cirurgião retira o segmento do sigmoide onde as crises se concentram. A retirada desce até a parte alta do reto. Depois disso, as duas pontas são unidas. A costura tem nome: anastomose.

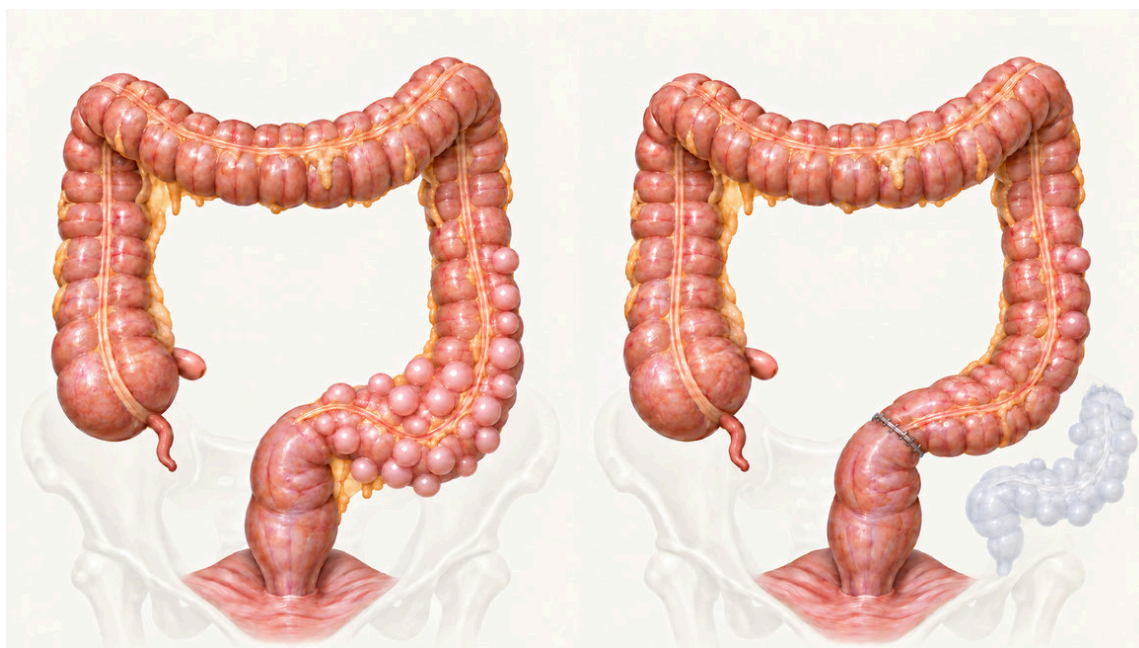


FIGURA 9.1

À esquerda, os divertículos concentrados no sigmoide, a alça em S do lado esquerdo baixo. À direita, depois da sigmoidectomia: o trecho doente saiu até a parte alta do reto (silhueta clara), e o fim do cólon descendente foi unido ao reto numa emenda, a anastomose. Os poucos divertículos do resto do intestino continuam lá.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 9.1 mostra o antes e o depois.



FIGURA 9.2

A sigmoidectomia programada, passo a passo: por onde se entra, o que sai e como o intestino é reconstruído.

Elaborado pelo autor

A Figura 9.2 percorre os quatro tempos da operação. O quadro final responde à pergunta mais frequente: na cirurgia programada, a maioria sai sem estoma.

TABELA 9.3 — AS VIAS DE ACESSO, COM O CONTRA DE CADA UMA

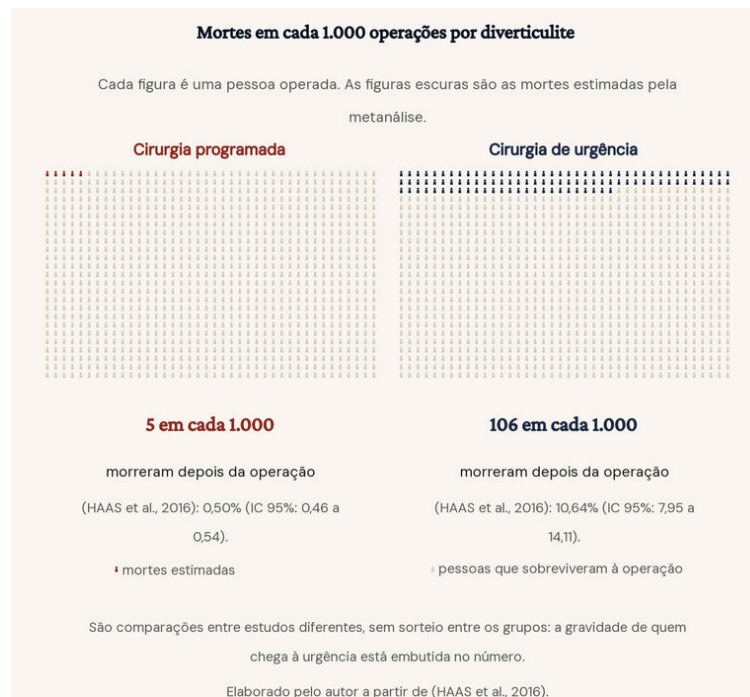
VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Robótica	Mesma lógica da laparoscópica, com visão em três dimensões e instrumentos articulados, que ajudam na parte funda da pelve.	Depende de o hospital ter o equipamento e a equipe treinada. A operação costuma durar mais tempo.	Pelve estreita, dissecação baixa perto do reto, em serviço habituado à técnica.
Laparoscópica	Cortes pequenos, menos dor na parede do abdome e volta mais rápida às atividades. É a via habitual da cirurgia programada de sigmoide nos serviços que operam por vídeo.	Depende de a barriga permitir: cirurgia anterior com aderências ou inflamação intensa podem impedir. Uma parte das operações precisa ser convertida para a via convencional.	Cirurgia programada, fora da crise, em pessoa clinicamente estável.
Convencional	Corte único na parede do abdome, com acesso direto e rápido. Continua sendo a escolha em muitas urgências.	Mais dor na parede, internação em geral mais longa e retorno às atividades mais demorado.	Urgência com peritonite, instabilidade clínica, ou conversão a partir de uma das vias por vídeo.

Fonte: Elaborado pelo autor. A metanálise de (HAAS et al., 2016) separa a via laparoscópica da convencional; a via robótica ficou fora dela.

A Tabela 9.3 traz as três vias com o contra de cada uma no mesmo peso do a favor. Quem escolhe a via é a equipe que vai operar.

9.2 O risco, dito com honestidade

Operar de forma programada e operar de urgência são situações com riscos de ordens diferentes. A metanálise que mediu isso reuniu 59 estudos, e vale olhar os dois números juntos.

**GRÁFICO 9.4**

Mortes em cada 1.000 operações por diverticulite, na cirurgia programada e na de urgência.

Elaborado pelo autor a partir de (HAAS et al., 2016)

O Gráfico 9.4 mostra a distância entre as duas barras. Ela é a razão técnica de existir a conversa sobre operar antes. A cirurgia programada continua tendo risco.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática com metanálise reuniu 59 estudos publicados entre 1980 e 2012, e estimou a mortalidade geral da cirurgia para diverticulite em 3,05%, com intervalo de confiança de 95% entre 1,73 e 5,32 (HAAS et al., 2016). A separação por cenário é o que interessa aqui. Nas operações de urgência, 10,64%. Nas programadas, 0,50%. Na abordagem laparoscópica a estimativa foi de 0,75%; na convencional, de 4,69%. Uma advertência acompanha esses pares: são comparações entre estudos diferentes, sem sorteio entre os grupos, de modo que a gravidade de quem chega à urgência está embutida no número. A taxa geral de complicação foi de 32,64%. Os próprios autores encerram com um lembrete. A operação marcada com antecedência também cobra o seu preço, e essa conta pesa na balança de quem pensa em operar por crises repetidas. O ensaio finlandês dá ao aviso um número sorteado: 10% de complicação maior entre as pessoas operadas de forma programada (SANTOS et al., 2021).

Fonte: HAAS et al., 2016; SANTOS et al., 2021

9.3 As semanas depois

Quando tudo corre bem, a internação da cirurgia programada costuma ser curta. A alimentação volta cedo, e caminhar no corredor faz parte do tratamento. A alta acontece quando o intestino retoma o trabalho.



A Figura 9.5 organiza esse calendário, e a própria arte diz que ele é orientação. Trabalho sentado costuma voltar na segunda ou terceira semana; esforço pesado espera a parede do abdome cicatrizar.

SINAIS DE ALERTA

Depois da alta, procure o pronto-socorro **imediatamente, ou chame o 192**, se houver dor forte com a barriga endurecida, febre alta com calafrio, parada de gases e fezes com vômito, ou saída de líquido com aspecto de fezes pela ferida.

Entre em contato com a equipe **no mesmo dia** se houver febre até 38 graus que se repete, vermelhidão que aumenta em volta da ferida, saída de secreção pela ferida, ou dor que voltou a exigir remédio de hora em hora.

Leve **para a próxima consulta** as fezes que mudaram de calibre, o intestino mais preso do que antes e as dúvidas sobre a alimentação.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual a chance de eu sair desta operação com estoma, mesmo sendo programada?
- Quantos dias de internação e quantas semanas fora do trabalho eu devo planejar?

Falta a página para levar impressa: quem cuida de cada parte deste caminho e o que vale a pena estar anotado antes de entrar na sala de consulta.

Quem cuida, e o que levar à consulta

EM UMA FRASE

A decisão sobre a sua diverticulite é sua. O trabalho da consulta é pôr na mesa o que cada caminho resolve e o que ele cobra.

10.1 Os quatro papéis

A sigmoidectomia descrita antes é apenas um dos momentos desse percurso. Na maior parte das histórias, quem conduz é outra pessoa.

O gastroenterologista acompanha a diverticulose e conduz as crises leves. O cirurgião do aparelho digestivo entra quando a crise complica e quando operar vira assunto. O endoscopista faz a colonoscopia, e o resultado volta para a consulta. O radiologista intervencionista drena o abscesso pela pele, sem abrir a barriga.



A Figura 10.1 mostra esses papéis. O que costuma faltar entre eles é a conversa.

Existe ainda a decisão de não decidir agora. Esperar é escolha legítima em quem teve crises leves e espaçadas, com o intestino já investigado por dentro. O que não se sustenta é esperar sem saber o que mudaria o plano.

10.2 O que levar anotado



A Figura 10.2 reúne as perguntas em seis blocos. Imprima. Quem chega com a lista pronta costuma sair da consulta tendo entendido mais.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois documentos sustentam a postura desta página. A atualização americana de 2021 encerra as suas quatorze recomendações com uma ideia que serve de resumo para o livro inteiro: a decisão de marcar ou não a operação se constrói caso a caso, com o que o paciente valoriza, o quanto a doença tem sido grave e o que ele ganha e arrisca em cada caminho (PEERY et al., 2021). Os mesmos autores pedem que a pessoa seja informada de que a forma complicada aparece com mais frequência na estreia da doença. A sociedade americana de cirurgiões de cólon e reto publicou em 2020 as suas diretrizes para a diverticulite do lado esquerdo (HALL et al., 2020). Nenhum dos dois substitui a consulta. A lista acima organiza a conversa. A conduta se define com quem examina você.

Fonte: PEERY et al., 2021; HALL et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Em que ponto do percurso eu estou agora, e quem conduz a partir daqui?
- Se eu quiser uma segunda opinião, que exames eu levo comigo?

EM UMA FRASE

Conviver com os divertículos cobra um preço, e operá-los cobra outro: dor, semanas de recuperação e uma taxa de complicação que os estudos medem e este livro registrou. Nenhum procedimento tem resultado garantido. As páginas anteriores existem para que você chegue à consulta sabendo o que perguntar — e saia dela tendo escolhido o caminho, em vez de apenas ter concordado com ele.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Cólon

O intestino grosso, o trecho final do tubo digestivo, com cerca de um metro e meio.

Sigmoide

A alça em forma de S do cólon, logo antes do reto, do lado esquerdo baixo da barriga. É onde a maioria dos divertículos aparece.

Divertículo

Bolsinha que se forma na parede do intestino grosso, do tamanho de um grão de ervilha ou menor.

Diverticulose

A simples presença dos divertículos, sem inflamação e, quase sempre, sem sintoma.

Diverticulite

A inflamação de um divertículo, com dor, e às vezes febre.

Mucosa

O revestimento interno do intestino, macio e úmido, que fica em contato com as fezes.

Tomografia computadorizada

Exame de imagem por raios X que mostra a parede do intestino e o que está ao redor dela, em cortes.

Abscesso

Coleção de pus fechada, que se forma ao lado do intestino quando a inflamação se organiza.

Perfuração

O furo na parede do intestino, que deixa o conteúdo escapar para dentro da barriga.

Peritonite

A inflamação de toda a cavidade da barriga, que se instala quando esse conteúdo escapa.

Fístula

Comunicação anormal entre o intestino inflamado e um órgão vizinho, com mais frequência a bexiga.

Estenose

Estreitamento do intestino pela cicatriz de crises repetidas, que dificulta a passagem das fezes.

Colonoscopia

Exame que percorre o intestino grosso por dentro, com câmera, e permite retirar pólipos e colher biópsia.

Sigmoidectomia

A operação que retira o segmento doente do sigmoide.

Anastomose

A costura que une as duas pontas do intestino depois que o pedaço doente sai.

Cirurgia de Hartmann

Operação de urgência em que o segmento doente sai, a ponta de baixo é fechada e a de cima vira um estoma.

Estoma

A boca de intestino trazida para a pele da barriga, por onde as fezes passam a sair, para dentro de uma bolsa.

Ileostomia de proteção

Estoma temporário feito no intestino delgado para desviar as fezes enquanto uma costura cicatriza.

Lavagem laparoscópica

Procedimento por vídeo em que a barriga é lavada e drenada sem retirar o intestino.

Drenagem percutânea

Retirada do pus de um abscesso por um tubo fino, passado pela pele, guiado por imagem.

Fibra alimentar

A parte dos vegetais que o corpo não digere e que dá volume e maciez às fezes.

Anti-inflamatório não esteroide

Grupo de remédios para dor e inflamação, como ibuprofeno, nimesulida e diclofenaco.

Imunossuprimido

Quem está com a defesa do corpo baixa, por doença ou por medicamento.

Recorrência

Uma nova crise depois de a primeira ter passado.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- CHABOK, A. et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 99, n. 4, p. 532–9, 2012. DOI: 10.1002/bjs.8688. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.8688>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 22290281.
- CROWE, F. L. et al. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. **BMJ**, [S. l.], v. 343, p. d4131, 2011. DOI: 10.1136/bmj.d4131. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4131>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 21771850.
- DANIELS, L. et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 104, n. 1, p. 52–61, 2017. DOI: 10.1002/bjs.10309. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.10309>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27686365.
- FEUERSTEIN, J. D.; FALCHUK, K. R. Diverticulosis and Diverticulitis. **Mayo Clinic proceedings**, [S. l.], v. 91, n. 8, p. 1094–104, 2016. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.03.012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.03.012>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27156370.
- HAAS, J. M.; SINGH, M.; VAKIL, N. Mortality and complications following surgery for diverticulitis: Systematic review and meta-analysis. **United European gastroenterology journal**, [S. l.], v. 4, n. 5, p. 706–713, 2016. DOI: 10.1177/2050640615617357. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2050640615617357>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27733913.
- HALL, J. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 63, n. 6, p. 728–747, 2020. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001679. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001679>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32384404.
- KANG, G. et al. Recurrence of Uncomplicated Diverticulitis: A Meta-Analysis. **Medicina**, [S. l.], v. 58, n. 6, p. 758, 2022. DOI: 10.3390/medicina58060758. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina58060758>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35744021.
- LAMBRICHTS, D. P. V. et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. **The lancet. Gastroenterology & hepatology**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 599–610, 2019. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30174-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30174-8). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31178342.
- MORA-LÓPEZ, L. et al. Efficacy and Safety of Nonantibiotic Outpatient Treatment in Mild Acute Diverticulitis (DINAMO-study): A Multicentre, Randomised, Open-label, Noninferiority Trial. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 274, n. 5, p. e435–e442, 2021. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005031. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005031>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34183510.
- PEERY, A. F.; SHAUKAT, A.; STRATE, L. L. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 160, n. 3, p. 906–911.e1, 2021. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.09.059. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.059>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33279517.

- ROTTIER, S. J. et al. Meta-analysis of the role of colonoscopy after an episode of left-sided acute diverticulitis. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 106, n. 8, p. 988–997, 2019. DOI: 10.1002/bjs.11191. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.11191>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31260589.
- SANTOS, A. et al. Comparing Laparoscopic Elective Sigmoid Resection With Conservative Treatment in Improving Quality of Life of Patients With Diverticulitis: The Laparoscopic Elective Sigmoid Resection Following Diverticulitis (LASER) Randomized Clinical Trial. **JAMA surgery**, [S. l.], v. 156, n. 2, p. 129–136, 2021. DOI: 10.1001/jamasurg.2020.5151. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.5151>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33206182.
- SARTELLI, M. et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. **World journal of emergency surgery: WJES**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 32, 2020. DOI: 10.1186/s13017-020-00313-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00313-4>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32381121.
- SCHULTZ, J. K. et al. Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Acute Perforated Diverticulitis: The SCAN-DIV Randomized Clinical Trial. **JAMA**, [S. l.], v. 314, n. 13, p. 1364–75, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.12076. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12076>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26441181.
- STOLLMAN, N. et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 149, n. 7, p. 1944–9, 2015. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.10.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.10.003>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26453777.
- STRATE, L. L. et al. Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease. **JAMA**, [S. l.], v. 300, n. 8, p. 907–14, 2008. DOI: 10.1001/jama.300.8.907. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.300.8.907>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 18728264.
- STRATE, L. L.; MORRIS, A. M. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 156, n. 5, p. 1282–1298.e1, 2019. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.12.033. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.033>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 30660732.
- VAN DE WALL, B. J. M. et al. Surgery versus conservative management for recurrent and ongoing left-sided diverticulitis (DIRECT trial): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. **The lancet. Gastroenterology & hepatology**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 13–22, 2017. DOI: 10.1016/S2468-1253(16)30109-1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30109-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30109-1). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 28404008.
- VAN DIJK, S. T. et al. Long-Term Effects of Omitting Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 113, n. 7, p. 1045–1052, 2018. DOI: 10.1038/s41395-018-0030-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0030-y>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29700480.
- VENNIX, S. et al. Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a multicentre, parallel-group, randomised, open-label trial. **Lancet**, [S. l.], v. 386, n. 10000, p. 1269–1277, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)61168-0. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61168-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61168-0). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26209030.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que um folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	O intestino grosso e o trecho em que os divertículos mais aparecem. A alça em S do lado esquerdo baixo é o sigmoide.	Figura_1.1_colon-e-diverticulos.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.2	Como um divertículo se forma, da pressão dentro do tubo à bolsinha de parede fina.	Figura_1.2_como-se-forma.png	Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016)
Figura 1.3	Diverticulose e diverticulite: a mesma parede, em dois momentos diferentes.	Figura_1.3_diverticulose-e-diverticulite.png	Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016) e (STRATE; MORRIS, 2019)
Figura 2.1	Onde a dor da crise costuma ficar, e por que o lado esquerdo baixo é o endereço mais comum.	Figura_2.1_onde-doi.png	Elaborado pelo autor a partir de (SARTELLI et al., 2020)
Figura 2.2	Como a crise costuma se apresentar, e o que costuma ser confundido com ela.	Figura_2.2_como-a-crise-se-apresenta.png	Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016)
Figura 2.3	Diverticulite: o que não pode esperar, em três níveis de pressa.	Figura_2.3_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.1	O percurso das primeiras horas dentro do hospital, do exame das mãos à decisão.	Figura_3.1_percurso-no-hospital.png	Elaborado pelo autor a partir de (PEERY et al., 2021)
Figura 3.3	As quatro formas de diverticulite complicada, e o que cada uma muda no plano.	Figura_3.3_complicada.png	Elaborado pelo autor a partir de (FEUERSTEIN; FALCHUK, 2016)
Figura 4.1	Três ensaios randomizados, a mesma pergunta, e o que cada um mediu.	Figura_4.1_tres-ensaios.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHABOK et al., 2012), (DANIELS et al., 2017) e (MORA-LÓPEZ et al., 2021)
Gráfico 4.2	Complicação da crise dentro de seis meses, no maior dos três ensaios, em cada 1.000 pessoas de cada grupo.	Grafico_4.2_diabolo-complicacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (DANIELS et al., 2017)
Figura 4.3	O que costuma fazer parte do tratamento da crise leve, e quem decide cada item.	Figura_4.3_na-crise.png	Elaborado pelo autor

Figura 5.1	Castanhas, milho e pipoca: o que a coorte de 47 mil homens mediu.	Figura_5.1_sementes-e-pipoca.png	Elaborado pelo autor a partir de (STRATE et al., 2008)
Gráfico 5.2	De cada 1.000 pessoas acompanhadas dos 50 aos 70 anos, quantas foram internadas ou morreram por doença diverticular.	Grafico_5.2_fibra-e-internacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (CROWE et al., 2011)
Figura 5.3	O que pesa no risco de uma nova crise, segundo a atualização de 2021.	Figura_5.3_o-que-pesa.png	Elaborado pelo autor a partir de (PEERY et al., 2021) e (STRATE; MORRIS, 2019)
Gráfico 6.1	De cada 100 pessoas que tiveram uma crise, quantas têm outra.	Grafico_6.1_recorrencia.png	Elaborado pelo autor a partir de (KANG et al., 2022) e (STRATE; MORRIS, 2019)
Figura 6.2	O que muda do primeiro episódio para os seguintes.	Figura_6.2_primeira-e-seguintes.png	Elaborado pelo autor a partir de (STRATE; MORRIS, 2019) e (PEERY et al., 2021)
Figura 6.3	Sangue vivo nas fezes: o que costuma ser, e o que ninguém presume sem exame.	Figura_6.3_sangue-nas-fezes.png	Elaborado pelo autor
Figura 7.1	O abscesso e a drenagem por fora, em três tempos.	Figura_7.1_abscesso-e-drenagem.png	Elaborado pelo autor
Figura 7.2	A cirurgia de urgência: duas saídas para o mesmo problema.	Figura_7.2_hartmann-e-anastomose.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRIGHTS et al., 2019)
Gráfico 7.3	Um ano depois da cirurgia de urgência: de cada 100 pessoas, quantas estavam vivas e sem estoma.	Grafico_7.3_sem-estoma-em-um-ano.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRIGHTS et al., 2019)
Figura 7.4	Lavagem por vídeo: o que cada um dos dois ensaios encontrou.	Figura_7.4_lavagem-por-video.png	Elaborado pelo autor a partir de (SCHULTZ et al., 2015) e (VENNIX et al., 2015)
Gráfico 8.1	Colonoscopia feita depois de uma crise: o que se encontra em cada 100 pessoas examinadas.	Grafico_8.1_colonosopia-depois.png	Elaborado pelo autor a partir de (ROTTIER et al., 2019)
Figura 8.2	Quando a colonoscopia depois da crise costuma ser indicada.	Figura_8.2_quando-colonosopia.png	Elaborado pelo autor a partir de (ROTTIER et al., 2019) e (PEERY et al., 2021)

Figura 9.1	À esquerda, os divertículos concentrados no sigmoide, a alça em S do lado esquerdo baixo. À direita, depois da sigmoidectomia: o trecho doente saiu até a parte alta do reto (silhueta clara), e o fim do cólon descendente foi unido ao reto numa emenda, a anastomose. Os poucos divertículos do resto do intestino continuam lá.	Figura_9.1_sigmoidectomia-antes-e-depois.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 9.2	A sigmoidectomia programada, passo a passo: por onde se entra, o que sai e como o intestino é reconstruído.	Figura_9.1_sigmoidectomia.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 9.4	Mortes em cada 1.000 operações por diverticulite, na cirurgia programada e na de urgência.	Grafico_9.3_eletiva-e-urgencia.png	Elaborado pelo autor a partir de (HAAS et al., 2016)
Figura 9.5	As semanas depois da sigmoidectomia programada, do dia da operação à liberação para esforço.	Figura_9.4_semanas-depois.png	Elaborado pelo autor
Figura 10.1	Quem cuida de cada parte do caminho, e quando cada um entra.	Figura_10.1_quem-cuida.png	Elaborado pelo autor
Figura 10.2	O que levar anotado para a consulta, agrupado por momento da decisão.	Figura_10.2_o-que-perguntar.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora ou indústria a patrocinou.

A ilustração da capa e a prancha anatômica do capítulo 1 (Figura 1.1) são adaptações do acervo Servier Medical Art, usadas sob licença CC BY 4.0, com este crédito: Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0. As legendas em inglês foram removidas e os rótulos em português acrescentados; o logotipo não é reproduzido.

As demais artes foram elaboradas pelo autor, por script versionado, e cada uma traz a sua fonte impressa logo abaixo dela. As listas de sinais de alerta e os calendários de recuperação trazem carimbo na própria arte dizendo que são orientação do autor.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.