

BÁRBARA GARCIA BARROSO
LAISA GALLON

BIBLIOTECA - EMESCAM

**DIVERTÍCULO JEJUNAL PERFURADO EM PACIENTE DE MEIA IDADE:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM,
como requisito parcial para obtenção
do grau de médico.

Orientador: Fabiano Quarto Martins

VITÓRIA
2015

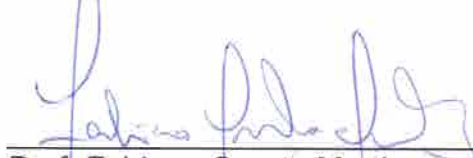
BÁRBARA GARCIA BARROSO
LAISA GALLON

**DIVERTÍCULO JEJUNAL PERFURADO EM PACIENTE DE MEIA IDADE:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 16 de outubro de 20 15

COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof. Fabiano Quarto Martins
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof. Claudio Medina da Fonseca
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof. Edson Ricardo Loureiro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dedicamos este trabalho à Deus por todas as oportunidades, aos nossos pais pelo exemplo que são e aos nossos irmãos por sempre estarem presentes nos dando força.

Agradecemos aos nossos pais pelo apoio e incentivo constante e aos nossos professores Fabiano Quarto Martins e Maria das Graças Silva Mattede pela paciência, ensino e confiança.

RESUMO

A perfuração de divertículo jejunal é uma complicação que pode ocorrer em pacientes que apresentam divertículos nessa parte do intestino. Ela ocorre geralmente em pacientes idosos e está relacionada a um aumento da mortalidade nessa população. Para relatar um caso de diverticulite jejunal perfurada, realizou-se um estudo observacional, retrospectivo, qualitativo e descritivo de um paciente masculino, 47 anos, portador prévio de doença diverticular do cólon e nefropatia crônica, que apresentou quadro de dor abdominal tipo cólica, de moderada intensidade em hipocôndrio esquerdo com irradiação para flanco esquerdo, associado à distensão abdominal e febre não aferida. Negava náusea ou vômitos, alteração de ritmo intestinal ou sintomas urinários. Foi admitido no hospital onde realizou Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve, que mostrava adensamento de alças de delgado em região de flanco esquerdo com distensão e nível hidroaéreo a montante. Foi submetido à laparotomia exploradora, que evidenciou divertículo jejunal perfurado e realização de enterectomia parcial. Paciente seguiu em cuidados de Unidade de Terapia Intensiva e, após resolução do quadro, recebeu alta sem outros sintomas. Neste estudo, relatou-se um caso com revisão de literatura apoiado em base de dados Medline (PubMed), Portal CAPES e Scielo, no período de 2009 a 2014, tendo por objetivo apresentar os achados clínicos e radiológicos da perfuração jejunal, além de identificar seus principais diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Divertículo; Jejunos; Perfuração intestinal.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de ética em pesquisa
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
TC	Tomografia computadorizada
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.1 Objetivo Geral.....	11
1.1.2 Objetivos Especificos	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
2 METODOLOGIA.....	13
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	13
2.2 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	13
2.3 REVISÃO DO PRONTUÁRIO.....	13
2.4 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	13
3 RELATO DE CASO.....	15
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS.....	25
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	26
ANEXO B – Carta de anuência.....	29
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	30
ANEXO D – Tomografia computadorizada de abdome e pelve.....	32
ANEXO E – Peça cirúrgica.....	33
ANEXO F – Laudo histopatológico.....	34

1 INTRODUÇÃO

Divertículos do intestino delgado são chamados de pseudodivertículos ou divertículos falsos, pois se constituem de evaginações das camadas mucosa e submucosa da parede intestinal^{1,2,3}. Ocorrem na borda mesentérica¹, geralmente onde a vasa recta entra na muscular própria^{4,5,6}. O tamanho dos divertículos pode variar desde alguns milímetros até mais de 20 cm. São geralmente múltiplos e caracteristicamente diminuem de tamanho e de quantidade quanto mais próximos do íleo, quando comparados ao jejuno^{1,4,5}. Eles podem ser de origem congênita (divertículos de Meckel) ou adquirida¹.

A incidência de divertículo no intestino delgado distalmente ao duodeno varia de 0,06% a 2,3% na maioria dos textos encontrados^{1,7,8}. Entretanto, são geralmente assintomáticos e, desse modo, são achados incidentais em sua maioria, o que pode dificultar a avaliação de sua real incidência. Geralmente ocorrem mais em homens do que em mulheres e são mais frequentes em pacientes maiores do que 40 anos, especialmente entre a sexta e sétima décadas de vida^{5,9}. Tal fato sugere a predominância de sua forma adquirida⁶.

Os divertículos podem ser tanto primários, quando são gerados por aumento de pressão intraluminal ou miopatia visceral subjacente, quanto secundários, quando decorrem de cirurgia abdominal, tuberculose ou doença de Crohn⁵.

A causa ainda não é completamente esclarecida, entretanto a principal hipótese se baseia como consequência de uma dieta pobre em fibras, causando dismotilidade e resultando em uma pseudo-obstrução e consequente aumento da pressão intraluminal provocando as evaginações da parede do órgão^{6,8,9}.

Apesar de a maioria dos pacientes ser assintomática, alguns podem apresentar sintomas intestinais inespecíficos^{4,7,10}.

Complicações agudas podem ocorrer entre 6,5% e 10% dos pacientes com diverticulose jejuno-ileal, sendo a mais comum a diverticulite (associada ou não à hemorragia), seguida de obstrução e perfuração^{1,4,11}.

A diverticulite é a complicação mais frequente, ocorrendo em 2% dos casos de divertículo jejunal, e pode apresentar-se como um quadro variável, desde uma dor abdominal até um abdome agudo⁴.

A perfuração é causada, na maioria das vezes, como complicação da diverticulite, contudo pode resultar de outras causas, como perfuração por corpo estranho (6%) e trauma abdominal (12%)⁵. A perfuração do divertículo jejunal pode provocar tanto fistulas entre o intestino delgado e o cólon, a bexiga e a parede abdominal quanto formação de abscesso hepático^{8,9}.

É importante destacar que o quadro de diverticulite pode sugerir outros diagnósticos mais comuns de abdome agudo, tais como apendicite, colecistite, úlcera péptica perfurada, doença de Crohn, perfuração de neoplasias e perfuração por corpo estranho^{12,13}.

Entre os exames que podem ser utilizados para o diagnóstico, estão a ultrassonografia (USG) de abdome, que pode ser utilizada como primeiro método na avaliação dos casos de abdome agudo, a Radiografia de Tórax, que será útil quando houver suspeita de perfuração diverticular, e a tomografia computadorizada (TC) com contraste, que é considerada o melhor exame para o diagnóstico^{3,4,7}.

O tratamento deverá ser definido de acordo com as complicações e a gravidade do quadro, visto que não existe atualmente um guideline para tratamento de diverticulite de intestino delgado⁹. O tratamento pode variar de conservador utilizando antibioticoterapia e repouso intestinal a uma conduta cirúrgica. Em casos não complicados, recomenda-se, de forma geral, o tratamento conservador. Já em casos com complicações, como a perfuração do divertículo, a conduta cirúrgica é recomendada^{6,8}. A cirurgia preconizada é a laparotomia com ressecção da área acometida e anastomose primária^{8,9}.

Os recentes avanços em relação a diagnóstico, tratamento farmacológico e cirúrgico reduziram os índices de mortalidade em casos de diverticulite^{13,14}.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Relatar um caso de perfuração de divertículo jejunal.

1.1.2 Objetivos Específicos

Apresentar os achados clínicos e radiológicos da perfuração jejunal;

Identificar os principais diagnósticos diferenciais de divertículo perfurado de jejuno.

1.2 JUSTIFICATIVA

Os divertículos jejunais estão presentes em 0,06 a 2,3% da população^{1,7,8}. Eles costumam ocorrer mais frequentemente em pacientes idosos¹⁰ e podem acarretar diversas complicações, sendo uma delas a perfuração jejunal.

A perfuração jejunal pode ser confundida com outras causas mais comuns de abdome agudo, tais como apendicite, colecistite e úlcera perforada¹⁵.

BIBLIOTECA - EMESCAM

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional, retrospectivo, qualitativo e descritivo. Será relatado um caso de um paciente de meia idade com diagnóstico de divertículo jejunal perfurado.

2.2 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

O projeto do presente trabalho foi enviado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo aprovado sob o número de parecer 1.200.083 (anexo A).

2.3 REVISÃO DO PRONTUÁRIO

Para elaboração do projeto proposto foi realizado um estudo retrospectivo em que foram coletados e analisados os dados contidos no prontuário médico de um paciente portador de diverticulite jejunal perfurada que foi atendido no Vitória Apart Hospital.

2.4 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na literatura nacional e internacional, buscando relatos de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises publicados e disponíveis no banco de dados do Medline (PubMed), Portal CAPES e *Scielo* no período de 2009 à 2014. Em todas as bases de dados, a busca teve como limite textos em português e inglês com Qualis de A1 a B5.

2.5 QUESTÕES ÉTICAS

Os pesquisadores declaram que não há nenhum conflito de interesse na realização dessa pesquisa e que irão cumprir com todos os termos contidos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e todas as outras resoluções complementares.

Os resultados obtidos serão divulgados em apresentações científicas e/ou periódicos, quer sejam os esperados ou não, respeitando sempre os direitos dos envolvidos na pesquisa.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, portador de doença diverticular do cólon e de nefropatia crônica, deu entrada em um hospital da Grande Vitória, apresentando, há aproximadamente três dias, quadro de dor abdominal tipo cólica em hipocôndrio esquerdo, de moderada intensidade, com irradiação para flanco esquerdo associada à distensão abdominal e febre não aferida. Negava náusea ou vômitos, hiporexia, alteração de ritmo intestinal ou sintomas urinários. Antecedente cirúrgico de colectomia esquerda há dez anos devido ao quadro de abdome agudo por diverticulite colônica perforada e história de dois episódios prévios de diverticulite aguda não complicada nos últimos dez anos. Ao exame físico, paciente encontrava-se em regular estado geral, desidratado 2+/4+, eupneico com frequência cardíaca de 116bpm e pulsos amplos. Abdome distendido, sem massas palpáveis e com sinais de irritação peritoneal em flanco esquerdo.

Na admissão, apresentava hemoglobina de 12,2g/dL, leucócitos de 17.480/mm³ com 3% de bastões e 80% de segmentados, plaquetas de 213.000/mm³, ureia 70mg/dL e creatinina 2,4mg/dL, K 5,6mmol/L, Glicose 110mg/dL e proteína C reativa de 228mg/dL (valor de referência: inferior a 6,0mg/L). Exame de urina simples sem alterações. Foi solicitada TC de abdome e pelve com contraste (anexo D), que mostrou aglomerado de alças de delgado no quadrante inferior esquerdo do abdome com densificação de gordura e presença de gás fora de alça, além de sinais de colectomia subtotal com presença de discretos divertículos em sigmoide remanescente.

Proseguiu-se com internação do paciente em leito de UTI, antibioticoterapia venosa com Ciprofloxacino, Ampicilina e Metronidazol, hidratação venosa e programação de tratamento cirúrgico. À laparotomia exploradora foi evidenciado divertículo jejunal perforado (anexo E) sendo então realizada enterectomia segmentar com anastomose látero-lateral mecânica. O resultado do histopatológico da lesão mostrou presença de três divertículos, medindo 22mmx8mm, 21mmx8mm e 13mmx8mm, estando o maior roto e fistulizado para a superfície da serosa visceral (anexo F).

Após cirurgia, paciente seguiu em cuidados de UTI recebendo dieta por nutrição parenteral. Evoluiu com íleo-paralítico por sete dias e, após a resolução do quadro, recebeu alta hospitalar sem novos sintomas.

4 DISCUSSÃO

Os divertículos do intestino delgado são na realidade pseudodivertículos que geralmente ocorrem em pacientes do sexo masculino, desde os 40 anos de idade, sendo muito mais comuns em pacientes com mais de 60 anos^{5,9}. Conforme visto no caso descrito, o paciente encontrava-se dentro da faixa etária possível, apesar de não estar na faixa etária mais prevalente.

Os divertículos de intestino delgado são entidades raras, que acometem 0,06% a 2,3% da população, sendo mais frequentes na porção duodenal. O divertículo apresentado pelo paciente localizava-se na porção jejunal do intestino delgado. Divertículos nessa porção são três vezes menos frequentes do que divertículos duodenais, além de serem mais propensos a complicações¹³. Estas complicações têm como causa mais comum a obstrução do divertículo por alimentos com resíduos com conseqüente secreção de muco, crescimento bacteriano e erosão da parede luminal, gerando inflamação e necrose focal do divertículo e culminando em perfuração. Além disso, a perfuração pode ser causada pela entrada de um corpo estranho no divertículo ou trauma abdominal⁵.

A diverticulose no intestino delgado pode estar associada à doença diverticular dos cólons em 35% a 75% dos pacientes, sendo esta última muito mais frequente^{4,5}. O paciente do caso descrito apresentava história prévia de colectomia subtotal havia dez anos, por doença diverticular dos cólons, complicada com perfuração, além de dois episódios de diverticulite aguda não complicada nos últimos dez anos.

A doença não complicada é geralmente assintomática tornando o diagnóstico pré-operatório de difícil realização, porém, em 29% dos casos, podem ocorrer sintomas inespecíficos, tais como dispepsia, síndrome do intestino irritável, flatulência com desconforto abdominal e síndrome de má-absorção, o que provavelmente se deve à peristalse não sincrônica, à dilatação do divertículo e à estase intestinal e crescimento bacteriano^{4,7,10,13,16}.

Todavia, complicações agudas podem ocorrer com os respectivos sinais e sintomas. Nesses casos, há presença de febre, náuseas e vômitos e dor abdominal difusa, que varia de intermitente a um quadro de abdome agudo⁷. Ao exame físico, há palpação

abdominal dolorosa, podendo haver defesa abdominal. O paciente em questão deu entrada no nosocômio, apresentando quadro de abdome agudo com dor abdominal em hipocôndrio esquerdo de moderada intensidade com abdome distendido e sinais de irritação peritoneal ao exame físico. Foi aventada a hipótese diagnóstica de um novo episódio de diverticulite aguda, possivelmente no segmento restante do cólon sigmoide.

Os pacientes podem apresentar, além da diverticulite, outras complicações da doença diverticular, por exemplo: obstrução, hemorragia intestinal e perfuração, que podem ser sugeridas tanto pelo quadro clínico quanto pelos exames de imagem^{4,16}.

É importante destacar que o quadro de diverticulite aguda perfurada deve sugerir outros diagnósticos mais comuns de abdome agudo, como apendicite, colecistite, úlcera péptica perfurada, doença de Crohn, perfuração de neoplasias e perfuração por corpo estranho^{12,13}.

Os exames laboratoriais podem estar normais ou demonstrar alterações inespecíficas, como leucocitose e elevação da proteína C reativa⁹, sugerindo inflamação, conforme ocorreu com o paciente em questão que, aos exames de admissão hospitalar, apresentava Proteína C Reativa de 228mg/dL (valor de referência: inferior a 6,0mg/L) e leucócitos de 17.480/mm³ com 3% de bastões e 80% de segmentados.

Diante da raridade, da ausência de sinais e sintomas patognomônicos e do vasto diagnóstico diferencial, fica claro que os métodos de imagem são de fundamental importância para o diagnóstico de divertículo e suas complicações⁴. A identificação do divertículo entre o processo inflamatório sugere o diagnóstico de diverticulite jejunal no pré-operatório. Porém, em alguns casos, inclusive no caso descrito, esse diagnóstico só poderá ser dado no intraoperatório.

Devido à sua maior acessibilidade e ao menor custo, a USG de abdome pode ser utilizada como primeiro método na avaliação dos casos de abdome agudo, sendo importante para exclusão de alguns possíveis diagnósticos diferenciais, como colecistite aguda e apendicite aguda. Nos casos de diverticulite, haverá espessamento da parede intestinal, formações hipocólicas irregulares com um

centro hiperecogênico que estarão conectadas ao intestino, sugerindo divertículos, além de tecido hiperecico ao redor do divertículo indicando inflamação da gordura mesentérica e presença de bolhas de ar nos casos de perfuração^{5,12}.

A radiografia de tórax não apresenta utilidade para diagnóstico de diverticulite aguda, exceto quando houver suspeita de perfuração do divertículo. Nesses casos, haverá presença de pneumoperitônio.

Entre os exames de imagem a serem utilizados, a TC com contraste é considerada o melhor exame para o diagnóstico^{3,4,7}. Nos casos de diverticulite, a TC evidencia um processo inflamatório intestinal com espessamento da parede do órgão associada à hiperdensidade da gordura mesentérica e presença de bolhas de ar, sugerindo inflamação. Nos casos de perfuração, há presença de ar livre na cavidade peritoneal. A TC sem contraste também pode ser utilizada, porém recomenda-se a utilização do contraste oral e intravenoso^{4,5}. Atualmente a TC multislice é um método diagnóstico promissor devido à melhor qualidade da imagem¹⁶. No paciente, foi evidenciado em TC de abdome e pelve com contraste (anexo D) aglomerado de alças de delgado no quadrante inferior esquerdo do abdome com densificação de gordura e presença de gás fora de alça, sugerindo assim um quadro de diverticulite aguda perfurada.

Diante dos achados clínicos e radiológicos, prosseguiu-se com internação do paciente em leito de UTI, início de antibioticoterapia e hidratação venosa até a realização da abordagem cirúrgica.

O tratamento deverá ser guiado conforme as complicações e a gravidade do quadro, uma vez que diverticulose jejunal é predominantemente um achado radiográfico incidental e, quando não complicado, não requer tratamento específico^{4,6}. Entretanto, não existe atualmente um guideline para tratamento de diverticulite de intestino delgado; sendo assim, diferentes recomendações podem ser encontradas⁹.

O tratamento conservador com antibioticoterapia e repouso intestinal em casos de diverticulite não complicada é o mais citado. Em alguns casos, foi também realizado lavado laparoscópico com sucesso^{4,6,8}.

A conduta cirúrgica é recomendada em casos de falha após tratamento conservador⁹ e, de forma geral, em casos de doença diverticular complicada, embora, quando for feito o diagnóstico correto, exista a possibilidade de tratamento clínico⁵. Contudo, a presença de peritonite generalizada indica definitivamente tratamento cirúrgico devido a sua importante relação com o tempo de hospitalização e com a mortalidade¹⁴.

A cirurgia preconizada é a laparotomia com ressecção segmentar intestinal e anastomose primária associada à lavagem vigorosa da cavidade abdominal, em casos de peritonite. A extensão da ressecção intestinal depende da dimensão do intestino acometido da diverticulose e da condição clínica do paciente. Caso múltiplos divertículos estejam acometendo um grande segmento, deve-se proceder a uma ressecção limitada que abranja somente a área do divertículo perfurado, a fim de prevenir a síndrome do intestino curto. Entretanto, em casos de pequena área acometida, a ressecção segmentar completa da área pode ser realizada sem prejuízo nutricional^{10,16,17,18}. Antigas técnicas cirúrgicas com sutura direta do divertículo acometido não são mais recomendadas por apresentarem três vezes maior mortalidade⁸.

Tendo em vista o quadro clínico e história progressiva do paciente sugerindo diverticulite aguda, somados ao exame de imagem (TC) sugestivo de perfuração intestinal, foi realizada laparotomia com enterectomia segmentar com anastomose primária látero-lateral, conforme as recomendações da literatura e devido ao fato de o paciente apresentar pequena área acometida por divertículos.

Em relação ao prognóstico, não há alteração de morbimortalidade em relação ao tempo de acometimento da doença. O tempo de internação não mostrou significativa variação entre pacientes tratados cirurgicamente ou conservadoramente¹⁴.

Os avanços na medicina reduziram os índices de mortalidade em casos de diverticulite; entretanto, no caso de perfuração, a mortalidade ainda é alta (varia de 21% a 40%)^{5,9}, usualmente relacionada à demora no diagnóstico correto, pela idade avançada e pela presença de comorbidades associadas comuns a esses pacientes⁵.

Não obstante, em uma revisão publicada em 2012, chegou-se à conclusão de que tratamentos cirúrgicos deveriam ser indicados exclusivamente em casos de pacientes com peritonite generalizada. Já em pacientes com presença de perfuração contida, dever-se-ia optar por tratamento conservador. Além disso, a utilização do tratamento conservador evitaria a realização de uma ressecção intestinal extensa, visto que a maioria dos pacientes apresenta múltiplos divertículos. Ainda neste trabalho, quando indicado o tratamento cirúrgico, que este seja preferencialmente realizado de forma laparoscópica que, além dos benefícios conhecidos, permite a conversão para tratamento conservador ou para tratamento cirúrgico a depender da avaliação que ela proporciona¹⁴.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença diverticular jejunal é uma entidade diagnóstica rara que predomina em pacientes idosos do sexo masculino. Na maioria dos casos, é assintomática e tem seu diagnóstico incidental em exames de imagem ou autópsias. Contudo, suas complicações têm importância clínica, pois possuem uma considerável morbimortalidade, devendo assim ter seu diagnóstico conhecido.

A complicação mais comum é a diverticulite jejunal, entretanto outras complicações podem ocorrer, como quadros de obstrução, hemorragia e perfuração, que, quando presentes, podem levar a um quadro de abdome agudo. Em vista disso, devemos conhecer essa patologia e aventar seu diagnóstico, principalmente quando se tratar de pacientes idosos.

Entre os principais diagnósticos diferenciais, devem-se incluir as causas mais comuns de abdome agudo (colecistite, apendicite, úlcera péptica perfurada, entre outras), obstrução por fecalito ou por corpo estranho e doença de Crohn.

Seu diagnóstico é dado preferencialmente pela TC com contraste, e o tratamento a ser realizado depende das condições clínicas do paciente e da presença de complicações. Em casos não complicados e de paciente em bom estado geral, deve-se proceder com tratamento conservador, utilizando antibioticoterapia e repouso intestinal. Já em casos de complicações, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico com ressecção do segmento acometido.

REFERÊNCIAS

1. Bani Hani MN, et al. Jejunal Disorders: Potentially Lethal Causes of Acute Abdomen Are Still Overlooked. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009 Feb;19(1):39-42;
2. Aydin I, et al. A Rare Cause of Acute Abdomen: Jejunal Diverticulosis with Perforation. *J Clin Imaging Sci.* 2013; 3: 31;
3. Ferraresea A, et al. Perforated jejunal diverticulitis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology.* 2012; 36:99-100;
4. França M, et al. Elderly patient with acute, left lower abdominal pain: perforated jejunal diverticulitis. *Eur Radiol.* 2010 Oct;20(10):2541-5;
5. Graña L, et al. Jejuno–ileal diverticulitis with localized perforation: CT and US findings. *Eur J Radiol.* 2009 Aug;71(2):318-23;
6. Saberski E, Novitsky YW. Laparoscopic Diagnosis and Management of an Acute Jejunal Diverticulitis. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques.* 2012 Feb; 22(1):18-20;
7. Van Weyenberg SJB, et al. Small Intestinal Diverticulitis. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association.* 2010 Dec; 8(12):123;
8. Vijayanadh Ojili V, et al. Timely Diagnosis of Perforated Jejunal Diverticulitis by Computed Tomography. *The Journal of Emergency Medicine.* 2013 Mar; 44(3):614–616;
9. Veen M, et al. Small bowel diverticulitis as a cause of acute abdomen. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009 Jan;21(1):123-5;

10. Leal VM, et al. Perfuração de intestino delgado por doença diverticular jejunal. *Rev Col Bras Cir*, 2010;37(1):81-2;
11. Mantas D, et al. Small intestine diverticula: Is there anything new?. *World J Gastrointest Surg*. 2011 Apr 27; 3(4): 49–53;
12. De Peuter B, et al. Small-bowel Diverticulosis: Imaging Findings and Review of Three Cases. *Gastroenterol Res Pract*. 2009; 2009: 549853;
13. Falidas E, et al. Multiple giant diverticula of the jejunum causing intestinal obstruction: report of a case and review of the literature. *World J Emerg Surg*. 2011 Mar 8;6(1):8;
14. Spasojevic M, et al. Perforated midgut diverticulitis: Revisited. *World J Gastroenterol*. 2012 Sep 14; 18(34): 4714–4720;
15. Garg N, et al. Total laparoscopic management of large complicated jejunal diverticulum. *J Minim Access Surg*. 2009 Oct-Dec; 5(4): 115–117;
16. Nonose R, et al. Jejunal Diverticular Perforation due to Enterolith. *Case Rep Gastroenterol*. 2011 May;5(2):445-51;
17. Sakpal SV, et al. Jejunal Diverticulitis: A Rare Case of Severe Peritonitis. *Case Rep Gastroenterol*. 2010 Sep-Dec; 4(3): 492–497;
18. Butler JS, et al. Perforated jejunal diverticula a case report. *J Med Case Reports*. 2010;4(152).

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Divertículo Jejunal Perfurado em paciente de meia idade: Relato de caso

Pesquisador: Fabiano Quarto Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46883015.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.200.083

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para TCC de estudantes de Medicina da Emescam. Trata-se de relato de um caso de perfuração de divertículo jejunal em paciente de 47 anos, portador de doença diverticular do cólon. A pesquisa será realizada por meio de revisão do prontuário do paciente no Vitória Apart Hospital, havendo também previsão de revisão de literatura. O projeto ficou pendente na reunião do CEP em 28 de julho de 2015, para descrição de risco no TCLE e no Projeto na Plataforma Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, o objetivo primário é relatar um caso de perfuração de divertículo jejunal. Como objetivos secundários estão citados: - Apresentar os achados clínicos e radiológicos da perfuração jejunal; - Identificar os principais diagnósticos diferenciais de divertículo perfurado de jejuno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na resposta às pendências, está especificado risco de quebra de confidencialidade. Os benefícios são os mesmos anteriores, ou seja, o aumento do conhecimento científico a respeito do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, dada a faixa etária do paciente em questão ser incomum. O risco de quebra de autonomia é contornado pela apresentação de TCLE, no qual os pesquisadores se comprometem com a garantia da confidencialidade, outro princípio ético que também estaria sob risco.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

Continuação

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.200.063

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo diretor da Emescam. Carta de anuência assinada pelo diretor clínico do Vitória Apart Hospital. Modelo de TCLE apresentado descreve objetivo da pesquisa, detalha em que consiste a participação, fala do risco e da garantia de confidencialidade, bem como da liberdade de participação e da ausência de custo para o participante. Informa contatos do CEP e do pesquisador principal. Está formatado em duas páginas, com campos para assinatura do participante e do pesquisador em cada uma delas. A coleta de dados do prontuário está prevista para 01/10/2015.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

- O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:
- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
 - ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
 - mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta de Anuência do VAH.jpg	30/03/2015 18:32:13		Aceito
Outros	Declaracao de Custeio.jpg	05/04/2015 17:26:16		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.JPG	29/04/2015 15:42:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_486052.pdf	19/05/2015 10:37:42		Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	30/06/2015		Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

Página 02 de 03

Continua na próxima página

Continuação

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.200.083

Básicas do Projeto	ETO_486052.pdf	15:01:40		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_486052.pdf	03/07/2015 17:25:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	04/08/2015 15:09:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre textual.doc	04/08/2015 15:09:24		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_486052.pdf	04/08/2015 15:10:21		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 25 de Agosto de 2015

Assinado por:

PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA

(Coordenador)

Patricia Casagrande D. Almeida

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa

EMESCAM

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória, 16 de março de 2015.

De: Estudantes de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM)

Para: Diretor do Vitória Apart Hospital

Prezado Doutor,

Nós Laisa Gallon e Bárbara Garcia Barroso, estudantes do 11º período de Medicina da EMESCAM, solicitamos de V. Sª autorização para ter acesso aos prontuários do paciente Gervasio Ednilson Gallon do Serviço de cirurgia proctológica/UTI do Hospital situado em Serra no estado do Espírito Santo, para realizar um pesquisa de **Relato de Caso** sob orientação do professor da Emescam, Dr. Fabiano Quarto Martins, intitulada:

-"Divertículo Jejunal perfurado em paciente de meia idade: Relato de Caso"

Com o **Objetivo geral** de : Relatar um caso de perfuração de divertículo jejunal.

Aproveito a oportunidade para informar que esta pesquisa faz parte do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para obtenção parcial do grau de médico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de ser atendida, despedimos com protestos de alta estima e consideração, no aguardo de uma resposta.

Atenciosamente,

Laisa Gallon

Estudante de Medicina da EMESCAM

Matrícula Nº MED 1016890

Bárbara Garcia Barroso

Estudante de Medicina da EMESCAM

Matrícula Nº MED 1016886

E- mail: laisagallon@hotmail.com/ barbara_159@hotmail.com

Telefone: 99915-6411 (Laisa)/ 99687-0899 (Bárbara).

L. Barroso Pesquisa
 Dr. Roberto Denadai
 Diretor Clínico
 Vitória Apart Hospital
 18/03/15

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Divertículo Jejunal Perfurado Em Paciente De Meia Idade: Relato De Caso

Pesquisador Responsável: Fabiano Quarto Martins

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa Divertículo Jejunal Perfurado Em Paciente De Meia Idade: Relato De Caso. Esta pesquisa tem o objetivo relatar um caso de divertículo jejunal perfurado, abordando seus principais sinais e sintomas e diagnósticos diferenciais. Para tanto será necessário acessar seu prontuário, após autorização do diretor do hospital, para descrição do caso e obtenção de exames laboratoriais e de imagem. Além disso, será realizada uma revisão de literatura científica utilizando como bases de dados o MEDLINE (PubMed), Portal CAPES e Scielo.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Este estudo não oferecerá riscos a você, exceto risco da possibilidade de quebra de sigilo. Contudo, os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Assinatura Participante

Assinatura Pesquisador

Continua na próxima página

Continuação

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos. A EMESCAM fica situada na Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória – ES. Telefone (27) 3334-3586, email: comitê.etica@emescam.br

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa: Divertículo Jejunal Perfurado Em Paciente De Meia Idade: Relato De Caso.

Vitória, ____ de ____ de ____ .

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Eu Fabiano Quarto Martins, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

Assinatura: _____

Tel: (27) 98809-0593

Data: ____ / ____ / ____ .

ANEXO D – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME E PELVE

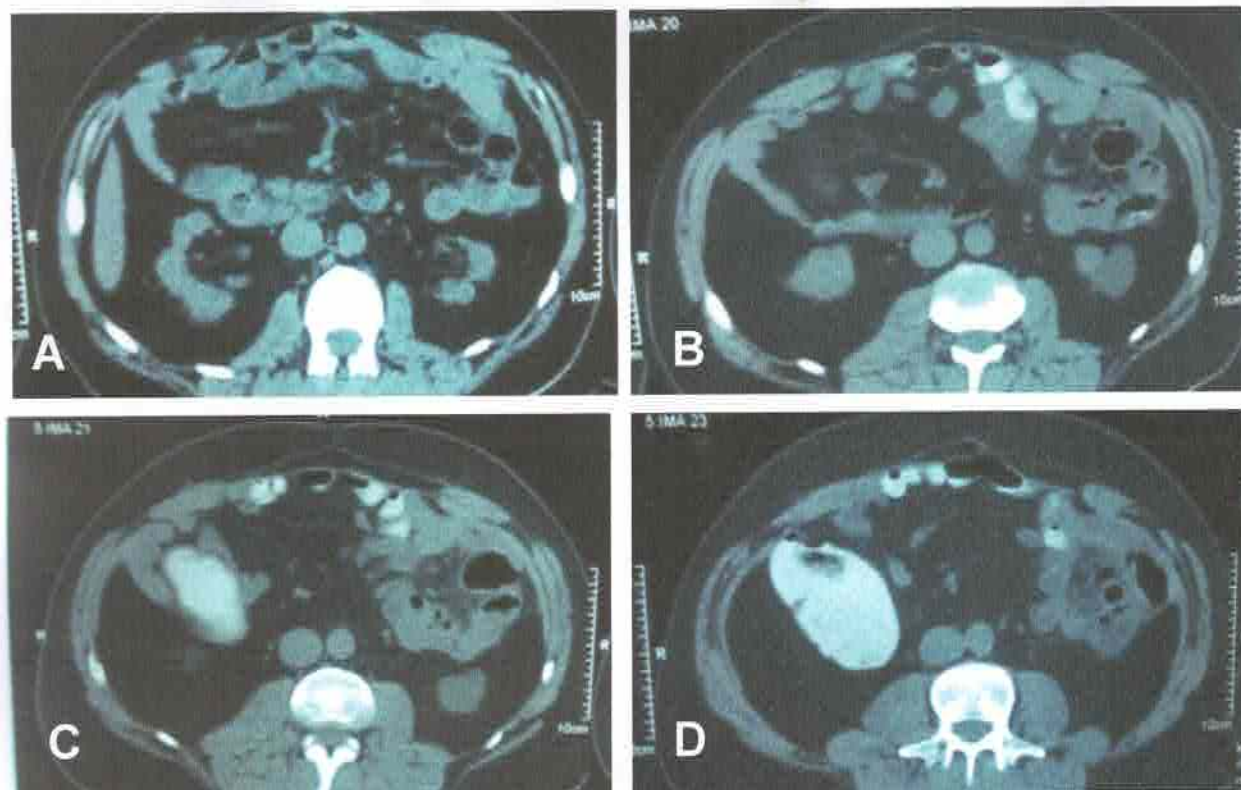


Figura 1. TC de Abdome com contraste retal. Observam-se rins de tamanhos reduzidos indicativos de nefropatia crônica (A). Presença de aglomerado de alças de delgado no quadrante inferior esquerdo do abdome com densificação de gordura e presença de gás fora de alça (B, C e D).

ANEXO E – PEÇA CIRÚRGICA



ANEXO F – LAUDO HISTOPATOLÓGICO

PAT ANATOMIA PATOLÓGICA

Nome: [REDACTED]
 Data de Nasc.: 22/08/1964
 Médico: [REDACTED]
 Data do Exame: 16/05/2012
 Arquivamento: BP12/010741 Número do Pedido: 08-0082461
 Posto de Origem: VITORIA APART HOSPITAL

Laudo anátomo-patológico

Informes Clínicos

Idade: 47 anos
 História clínica: Perfuração.
 Hipótese diagnóstica: Doença diverticular?

Espécime e Métodos

Tubografia: JEJUNO
 Laudo anátomo-patológico de espécime obtido por ressecção operatória.
 Fragmentos para microscopia: 04. Blocos de parafina: 04 (com reserva).
 Identificado com o número: 01 divertículo maior (2F2B), 02 divertículo menor (1F1B) e 03 divertículo intermediário (1F1B).
 Coloração pela Hematoxilina/eosina.

Laudo Macroscópico

Espécime: Segmento de jejunó.
 Comprimento (mm): 154.
 Diâmetro médio (mm): 30.
 Serosa: Congesta, parcialmente recoberta por material fibrino-purulento.
 Mucosa: Ausente.
 Grande: Presença de três divertículos, medindo 22x8mm, 21x8mm e 13x8mm, o maior roto e fistulizado para a superfície da serosa visceral.
 Mucosa: Edemaciada.

Impressão diagnóstica

DIVERTICULOSE DO INTESTINO DELGADO COM DIVERTICULITE E PERITONITE.

Obs.: Laudo impresso via Internet com uso de senha gerada para este fim.