

ARTIGO ORIGINAL

Doença Diverticular do cólon: análise de 453 pacientes.

José Mauro do Santos¹, Felipe Felício², João Carlos Costa de Oliveira³, Luís Antônio Rigo de Carvalho⁴,
Paulo Cesar Cruz⁴

Resumo

Objetivo: Estudar pacientes com doença diverticular do cólon atendidos pelo serviço de coloproctologia no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital de Caridade e consultórios particulares, em Florianópolis, Santa Catarina, desde janeiro de 1980 a dezembro de 2001

Métodos: Realizou-se estudo retrospectivo e descritivo com análise dos prontuários de 453 pacientes. Foram aplicados testes do Qui-Quadrado e de Kruskal-Wallis para avaliar variáveis selecionadas.

Resultados: O sexo feminino apareceu em 53,20%. A faixa etária entre 51 e 70 anos ocorreu em 51,66%. Diverticulite foi observada em 60,71%. O cólon sigmóide foi acometido em 40,40%. O tratamento cirúrgico foi realizado em 14,35% dos casos. Entre os pacientes operados, 58,47% apresentaram perfuração ou diverticulite e 20% enterorragia. Dos pacientes com enterorragia 76,92% tiveram doença difusa e dos com perfuração 75,00% tiveram o cólon sigmóide acometido. A operação de Hartmann foi realizada em 47,06% das cirurgias de urgência. Complicações pós-operatórias ocorreram em 54,90% das cirurgias de urgência e 35,72% das eletivas. Os óbitos aconteceram em 17,65% dos pacientes operados em cirurgias de urgência.

Conclusões: Neste estudo, os pacientes operados

eletivamente tiveram menor tempo de internação, menor número de complicações pós-operatórias e menor mortalidade que os pacientes operados de urgência, necessitando de estudos posteriores com maior casuística para comprovar estes resultados.

Descritores: 1. Divertículo do cólon
2. Diverticulite do cólon;
3. Cirurgia;

Abstract

Objective: Study patients with diverticular disease of the colon assisted by the Colon and Rectal Surgery Service at the Hospital Universitário of the Santa Catarina's Federal University, Caridade Hospital and private clinics, in Florianópolis, Santa Catarina, since January 1980 to December 2001.

Methods: It was carried out a retrospective and descriptive study based on the analysis of 453 patient records. It was applied the Chi-square and Kruskal-Wallis tests to evaluate selected variables.

Results: The female sex appeared in 53,20%. The age group between 51 and 70 years occurred in 51,66%. Diverticulitis was observed in 60,71%. The sigmoid colon was involved in 40,40%. The surgical treatment was accomplished in 14,35% of the cases. Among the operated patients, 58,47% presented free perforation or diverticulitis and 20% bleeding. Among the patients with bleeding 76,92% had diffuse disease and of those with free perforation 75,00% had the sigmoid colon involved. The Hartmann's operation happened in 47,06% of the urgency surgeries. Postoperative complications occurred

¹ Médico, Doutor e Professor Adjunto 2 do Departamento de Clínica Cirúrgica do CCS – UFSC.

² Médico, Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica do CCS – UFSC e Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário da UFSC.

³ Médico e Professor Assistente 2 do Departamento de Clínica Cirúrgica do CCS – UFSC.

⁴ Aluno do sexto ano de graduação em medicina. Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Clínica Cirúrgica

in 54,90% of the urgency surgeries and 35,72% of the elective ones. The deaths occurred in 17,65% of the patients operated in urgency surgeries.

Conclusions: In this study, the patients operated in elective surgeries have smaller length of hospital stay, smaller number of postoperative complications and smaller mortality than the patients operated in urgency surgeries, needing posterior studies with more patients to check these results.

Key Words: 1. *Diverticulum of the colon;*
2. *Diverticulitis of the colon;*
3. *Surgery;*

Introdução

A doença diverticular do cólon é uma afecção onde ocorre herniação ou protusão da mucosa do intestino grosso, em forma de saculações, através das fibras musculares, nos locais onde penetram os vasos sanguíneos^{1,2}. Considerada extremamente rara no século XIX, passou a ser mais freqüente no século XX, entretanto se o aumento dos casos foi devido a maior precisão dos exames diagnósticos, a maior parcela de idosos na população, ou pela diminuição de fibras na dieta, não se sabe ao certo^{1,3}. No Japão onde a prevalência de diverticulose foi cerca de 2,5% em 1975, chegou a cerca de 28% no ano 2000³. Nos Estados Unidos na década de 80, a doença diverticular incidiu em 30 milhões de pessoas, sendo que 200 mil procuraram, anualmente, atendimento médico pelo surgimento dos sintomas, levando a um gasto superior a 3 bilhões de dólares⁴. Tendo em vista a maior freqüência da doença diverticular do cólon nos dias atuais, do seu quadro clínico diversificado, desde doença leve com evolução benigna a sinais e sintomas graves com morbidade e mortalidade importantes, o objetivo desse trabalho foi estudar pacientes portadores desta doença observando sua prevalência e evolução no nosso meio com a finalidade de auxiliar e orientar o seu tratamento adequado nos casos futuros.

Métodos

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com caráter descritivo e coleta retrospectiva de dados a partir de prontuários médicos obtidos nos serviços de

arquivo médico e estatística dos Hospitais Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) e de Caridade (HC-SC) e nos consultórios particulares dos membros do serviço de coloproctologia desses hospitais, em Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 2001. Foram encontrados 625 prontuários de pacientes com diagnóstico de doença diverticular do cólon, dos quais foram excluídos 172, sendo 100 pacientes possuidores de prontuários com escassez de dados relevantes à pesquisa, 30 com doença diverticular do cólon como diagnóstico secundário, e 42 pacientes que não receberam atendimento pelos médicos membros do serviço de coloproctologia dos hospitais referidos. A amostra final totalizou 453 prontuários de pacientes. As informações obtidas foram codificadas e armazenadas em um banco de dados organizado com o programa Microsoft Excel®. O mesmo, também, foi utilizado nos cálculos da fase descritiva dos dados. Utilizou-se o programa Epi Info® 6.04d na análise comparativa de algumas variáveis selecionadas, adotando-se nível de significância estatística de $p < 0,05$. O teste do Qui-Quadrado foi utilizado na comparação de duas ou mais prevalências e o teste de Kruskal-Wallis na comparação de dados contínuos.

Respeitaram-se as normas éticas recomendadas para pesquisas envolvendo seres humanos. As Comissões de Ética Médica da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital de Caridade deram pareceres favoráveis a esta pesquisa^{5,6}.

Resultados

Dos 453 pacientes incluídos neste estudo com doença diverticular do cólon, 241 (53,20%) eram do sexo feminino e 212 (46,80%) do sexo masculino. Quatrocentos e cinquenta e um (99,60%) pacientes eram da raça branca e 2 (0,40%) da raça negra. A maior prevalência da doença diverticular ocorreu nos indivíduos da faixa etária dos 51 aos 70 anos perfazendo 234 (51,66%) pacientes (figura 1). Dos 453 pacientes, 63,80% apresentaram, como causa de atendimento, diverticulite ou suas complicações (tabela 1).

Foram realizados exames diagnósticos em 90,07% dos pacientes (tabela 3). Em 65,34% dos casos ocorreram divertículos no lado esquerdo, e em 24,94% houve acometimento difuso (tabela 4).

Sessenta e cinco pacientes (14,35%) receberam tratamento cirúrgico, sendo 37 (56,92%) do sexo masculino e 28 (43,08%) do feminino. O tratamento

cirúrgico foi realizado em 8,00% de um total de 275 pacientes atendidos com diverticulite e em 7,93% dos 164 pacientes atendidos com enterorragia (tabela 5).

Dos 65 pacientes operados, em 78,46% a intervenção foi de urgência e 21,54% dos casos foram tratados eletivamente. A operação de Hartmann foi a cirurgia mais realizada nos pacientes operados de urgência (47,06%) (figura 2).

Das complicações pós-operatórias, fístula ocorreu em 15,69% dos casos de cirurgia de urgência e em 21,43% dos pacientes operados eletivamente (tabela 6). Houve maior prevalência de complicações pós-operatórias entre as cirurgias de urgência quando comparado com as eletivas. Apesar de não ter ocorrido significância estatística ($p = 0,33$).

O tempo de internação, até a alta, nas cirurgias de urgência variou de 5 a 35 dias. A média e a mediana foram de 17 dias. Nas cirurgias eletivas a variação foi de 7 a 31 dias de internação, com a média e mediana menores que as de urgência sendo de 14 e 12 dias, respectivamente. A diferença entre os tempos de internação foi estatisticamente significativa ($p = 0,04$).

Dos 65 pacientes operados, 9 (13,85%) foram a óbito no trans-operatório ou no pós-operatório imediato de cirurgias de urgência ($p = 0,20$) (figura 3). Em 3 pacientes a causa foi choque hipovolêmico e em 6 a causa foi choque séptico, sendo que destes, 2 pacientes tiveram indicação cirúrgica por diverticulite aguda e 4 por perfuração.

Discussão

Existem evidências importantes de que a doença diverticular do cólon esteja relacionada à industrialização, com o estilo de vida ocidental e com a redução de fibras na dieta^{3,7,8}. A sua incidência aumentou durante o século XX em vários países, juntamente com a morbidade e mortalidade associadas às complicações^{3,8-10}. Assim, a análise do comportamento dessa doença e do seu tratamento se tornou de grande interesse.

A prevalência dos casos de doença diverticular entre os sexos é controversa^{1,8,9,11-14}. Parks revisou 521 casos de doença diverticular obtendo a proporção de 2 homens para 3 mulheres¹¹. Elliot *et al* encontraram 154 casos do sexo masculino e 249 do feminino¹³. Já Santos Júnior observou que 47,1% eram homens e 52,9% mulheres¹. Da mesma forma, Biondo *et al* relataram que 47,7% pertenceram ao sexo masculino e 52,3% ao feminino mostrando uma distribuição equitativa¹⁵. No presente

estudo, foram encontrados 46,80% homens e 53,20% mulheres com idade variando dos 35 aos 94 anos, apresentando uma distribuição similar entre os sexos.

Neste estudo houve predomínio na faixa etária dos 51 aos 70 anos (51,66%), o que poderia ser explicado por um leve aumento da prevalência na população mais jovem, relacionado, provavelmente, a redução de fibras na dieta e a introdução de produtos manufaturados, juntamente com o diagnóstico precoce da doença^{1,7,8,16}.

A diverticulite (60,71%) e a enterorragia (36,20%) foram as principais causas de atendimento dos pacientes estudados, concordando com a literatura^{13,14,17}.

Em relação aos episódios sintomáticos prévios de doença diverticular, Schoetz relatou que cerca de 25% dos pacientes retornaram com uma segunda crise de diverticulite e o tratamento medicamentoso foi menos eficaz a cada novo episódio, sendo que complicações como obstrução, perfuração, abscesso e fístula foram mais comuns nos pacientes com episódios recorrentes¹⁸. Imbembo referiu que cerca de 20% dos casos com diverticulite aguda requereram cirurgia, enquanto que após uma segunda crise a incidência de complicações foi de 50 a 60 % com taxa de mortalidade duas vezes maior que a da crise inicial¹².

A doença diverticular do cólon é diagnosticada, frequentemente, pelo enema opaco, que é considerado por alguns autores o padrão ouro para determinar a extensão e severidade da doença^{19,20}. Corman referiu que este exame possui a melhor relação custo-efetividade para o diagnóstico²¹. Entretanto, a acurácia em diagnosticar lesões concomitantes é abaixo de 50%, por isso Boulos *et al* recomendaram que a colonoscopia fosse incluída na rotina de investigação dos pacientes sintomáticos, principalmente se existisse história de sangramento gastrointestinal^{20,22}. Entretanto, a escolha do melhor exame depende da clínica do paciente e da disponibilidade local²³. Apesar do enema opaco ser o exame mais realizado para detectar a doença diverticular do cólon, neste estudo ocorreu equidade entre a realização do enema opaco (42,39%) e da colonoscopia (40,40%) o que demonstra que o exame endoscópico tem sido realizado com maior frequência, provavelmente porque aumentou o número de aparelhos disponíveis e de técnicos treinados para sua realização^{19,20}.

Quanto à localização dos divertículos, os trabalhos apresentaram variação de acordo com o seu local de realização, ocorrendo predomínio do lado direito em países orientais, como no Japão (70% dos casos), e do lado esquerdo em países ocidentais, como nos Estados

Unidos (95% dos casos)^{7,24,25}. No presente estudo ocorreu maior presença de divertículos no sigmóide (40,40%), e no cólon esquerdo (24,94%). No Chile, Benítez *et al* encontraram 52,4% dos casos com acometimento do cólon sigmóide e 30,5% do cólon esquerdo e Díaz *et al* mencionaram que em 48% a afecção foi exclusiva do sigmóide e em 40% ocorreu extensão para o cólon esquerdo^{17,26}.

Entre as indicações cirúrgicas, Benítez *et al*, na análise de 144 casos, verificaram que 52,70% corresponderam a diverticulite e a perfuração e 24,30% a hemorragia digestiva¹⁷. Prevalência semelhante aconteceu neste estudo, onde 58,47% dos casos foram operados por perfuração e diverticulite e 20% por enterorragia. Imbembo referiu 10 a 15% de perfuração livre nos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, enquanto que no presente estudo essa complicação ocorreu com maior frequência (24,62%)¹².

Buchanan *et al* relataram que a operação de Hartmann possui vantagens nos pacientes com complicações inflamatórias da doença diverticular do cólon, como remoção do sítio infeccioso e ausência de risco de deiscência da anastomose imediata, sendo o tratamento de escolha em pacientes com peritonite generalizada ou fecal^{10,27}. Entretanto, alguns autores desaconselharam a realização desse procedimento, referindo que houve alto índice de morbi-mortalidade, mesmo em grupos comparáveis, dando preferência a anastomose primária com ou sem colostomia^{10,28-30}. Neste estudo, entre as cirurgias de urgência, a operação de Hartmann foi realizada em 47,06% dos casos enquanto que a anastomose primária com ou sem colostomia em 27,45%, mostrando que a operação de Hartmann é muito utilizada, talvez pela crença na fragilidade da anastomose realizada em meio a um processo infeccioso associado à escassez de estudos comparativos entre as duas técnicas.

As complicações pós-operatórias (exceto óbitos) ocorreram em 54,90% dos casos de cirurgias de urgência e em 35,72% de cirurgias eletivas ($p = 0,33$). Segundo Benítez *et al* cada vez que se puder transformar um procedimento de urgência em eletivo deve-se tentar, entretanto isto não é possível em casos em que exista risco de vida como na perfuração intestinal, obstrução intestinal aguda, sepsis, e hemorragia incoercível^{16,17}.

O tempo de internação das cirurgias eletivas foi menor (14 dias) que das cirurgias de urgência (17 dias) ($p = 0,04$), refletindo a menor morbidade das indicações eletivas (estenose, fístulas, diverticulites de repetição) e o menor número de complicações pós-operatórias dos

pacientes^{26,27,31}.

Os óbitos ocorreram apenas nas cirurgias de urgência ($p = 0,20$) em 17,65%, sugerindo que a ressecção profilática do segmento acometido deve ser a melhor opção³². Schoetz acrescentou que, também, deve ser considerada após 1 episódio de diverticulite aguda quando a idade do paciente for menor que 45 anos ou após 2 episódios, a menos que haja doenças associadas que aumentem o risco cirúrgico¹⁸.

A análise dos pacientes estudados permite concluir que os operados eletivamente têm menor número de complicações pós-operatórias, tempo de internação e mortalidade que os pacientes operados de urgência, necessitando de estudos posteriores com maior casuística para comprovar estes resultados.

Referências Bibliográficas:

1. Santos JR. JCM. Doença diverticular dos cólons: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. Rev. bras. colo-proctol 2001; 21(3):158-66.
2. Isselbacher KJ, Epstein A. Doenças Diverticulares, Vasculares e Outros Distúrbios do Intestino e do Peritônio. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, editors. Harrison: medicina interna. 14 ed. Rio de Janeiro:McGraw-Hill; 1998. p.1755-63.
3. Stollman N, Jun S. Epidemiology of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002; 16(4):529-42.
4. Almy TP, Howell DA. Diverticular disease of the colon. N Engl J Med 1980; 302(6):324-31.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.cepsh.ufsc.br>
6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.251 de 05/08/97. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.cepsh.ufsc.br>
7. Mimura T, Emanuel A, Kamm MA. Pathophysiology of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002; 16(4):563-76.
8. Mortensen NJM, Fearnhead NS. Clinical features and differential diagnosis of diverticular disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2002; 16(4):577-93.
9. Stollman NH, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. J Clin Gastroenterol 1999; 29(3):241-52.
10. Buchanan GN, Kenefick NJ, Cohen CRG.

- Diverticulitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16(4):635-47.
11. Goligher J. Diverticulose e diverticulite do colo. In: Goligher J, editors. *Cirurgia do ânus, reto e colo*. 5 ed. São Paulo: Manole; 1990. p.1172-207.
 12. Imbembo, AL. Doença diverticular do cólon. In: Sabiston DC, Lysterly HK, editors. *Tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna*. 15 ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 1999. p.913-23.
 13. Elliot TB, Yego S, Irvin TT. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. *Br J Surg* 1997; 84(4):535-39.
 14. Makela J, Vuolio S, Kiviniemi H, Laitinen S. Natural history of diverticular disease: when to operate. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(12):1523-28.
 15. Biondo S, Parés D, Ragué M, Kreisler E, Fraccalvieri D, Jaurrieta E. Acute colonic diverticulitis in patients under 50 years of age. *Br J Surg* 2002; 89:1137-41.
 16. D'Acampora AJ, Laemmel A, Marquiotti M, Pinto AP, Costa CM. Tratamento cirúrgico da doença diverticular do colo. *ACM arq catarin med* 1994; 23(3):173-80.
 17. Benítez JC, Oberreuter GP, Corvetto RG, Alvarez GB, Sagrista CA, Abedrapo M. M, et al. Enfermedad diverticular del colon: análisis de 144 casos operados. *Rev. Chil. Cir* 2000; 52(2):123-8.
 18. Bokhari M, Vernava AM, Ure T, Longo WE. Diverticular hemorrhage in elderly – is it well tolerated? *Dis Colon Rectum* 1996; 39(2):191-5.
 19. Halligan S, Saunders B. Imaging diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16(4):595-610.
 20. Place RJ, Simmang CL. Diverticular disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16(1):135-48.
 21. Corman ML. *Colon and rectal surgery*. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott company; 1989.
 22. Boulos PB, Karamanolis DG, Salmon PR, Clark CG. Is colonoscopy necessary in diverticular disease? *Lancet* 1984; 1:95-6.
 23. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(11):3110-20.
 24. Nakada I, Ubukata H, Goto Y, Watanabe Y, Sato S, Tabuchi T, et al. Diverticular disease of the colon at a regional general hospital in Japan. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(7):755-9.
 25. Segal I, Leibowitz. The distributional pattern of diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(3):227-9.
 26. Diaz AZ, Viñuela F. E, Kostner FL, Ovalle AR. Enfermedad diverticular del colon: resultados del tratamiento quirúrgico electivo. *Rev. Chil. Cir* 2000; 53(4):342-6.
 27. Tudor RG, Farmakis N, Keighley RB. National audit of complicated diverticular disease: analysis of index cases. *Br J Sur* 1994; 81:730-2.
 28. Wedell J, Banzhaf G, Chaoui R, Fischer R, Reichmann J. Surgical management of complicated colonic diverticulitis. *Br J Sur* 1997; 84(3):380-3.
 29. Belmonte C, Klas JV, Perez JJ, Wong WD, Rothenberger DA, Goldberg SM, et al. The Hartmann procedure: first choice or last resort in diverticular disease? *Arch Surg* 1996; 131(6):612-7.
 30. Blair NP, Germann E. Surgical management of acute sigmoid diverticulitis. *Am J Surg* 2002; 183:525-8.
 31. Gooszen AW, Tollenaar RAEM, Geelkerken RH, Smeets HJ, Bemelman WA, Van Schaardenburgh P, et al. Prospective study of primary anastomosis following sigmoid resection for suspected acute complicated diverticular disease. *Br J Sur* 2001; 88(5):693-7.
 32. Santos JCM. Doença diverticular dos cólons: diverticulite complicada–tratamento cirúrgico. *Rev. bras. colo-proctol* 2001; 21(4):259-70.

Figura 1 – Distribuição dos 453 pacientes com doença diverticular do cólon, segundo faixa etária. * Número de pacientes por faixa etária.

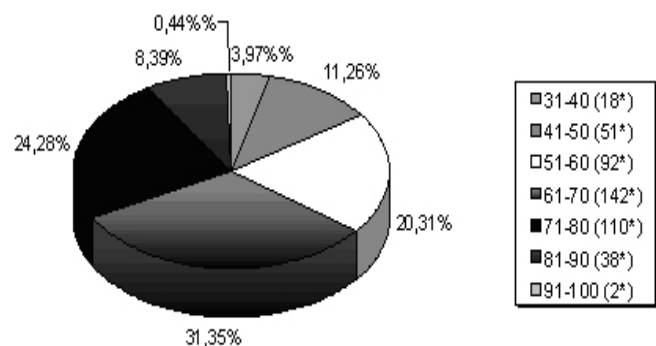


Tabela 1 – Distribuição dos 453 pacientes com doença diverticular do cólon, segundo causa do atendimento.

CAUSA DO ATENDIMENTO	n	%
Diverticulite	275	60,71
Enterorragia	164	36,20
Estenose	8	1,77
Fístula	3	0,66
Obstrução intestinal aguda	3	0,66
TOTAL	453	100,00

Tabela 2 – Distribuição dos 453 pacientes com doença diverticular do cólon, segundo episódios sintomáticos prévios de doença diverticular e tratamento cirúrgico.

EPISÓDIOS SINTOMÁTICOS PRÉVIOS	TRATAMENTO CIRÚRGICO n (%)		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	15 (29,41)	36 (70,59)	51 (100)
NÃO	50 (12,44)	352 (87,56)	402 (100)
TOTAL	65 (14,35)	388 (85,65)	453 (100)

Tabela 3 – Distribuição dos 453 pacientes com doença diverticular do cólon, segundo exames diagnósticos (enema opaco, colonoscopia e arteriografia).

EXAMES DIAGNÓSTICOS	n	%
Enema opaco	192	42,39
Colonoscopia	183	40,40
Arteriografia	1	0,22
Enema opaco e colonoscopia	31	6,84
Colonoscopia e arteriografia	1	0,22
Não encontrado	45	9,93
TOTAL	453	100,00

Tabela 4 – Distribuição dos 453 pacientes com doença diverticular do cólon, segundo localização dos divertículos pelos exames diagnósticos.

LOCALIZAÇÃO	n	%
Sigmóide	183	40,40
Cólon esquerdo	113	24,94
Difusa	97	21,41
Cólon direito	14	3,09
Indeterminada	46	10,16
TOTAL	453	100,00

Tabela 5 – Distribuição dos 65 pacientes com doença diverticular do cólon que receberam tratamento cirúrgico, segundo indicação cirúrgica.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA	n	%
Perfuração intestinal	16	24,62
Diverticulite aguda	15	23,08
Enterorragia	13	20,00
Estenose	8	12,31
Diverticulites de repetição	7	10,77
Fístula	3	4,61
Obstrução intestinal aguda	3	4,61
TOTAL	65	100,00

Figura 2 - Distribuição dos 65 pacientes com doença diverticular do cólon que receberam tratamento cirúrgico, segundo tipo de cirurgia e momento cirúrgico.

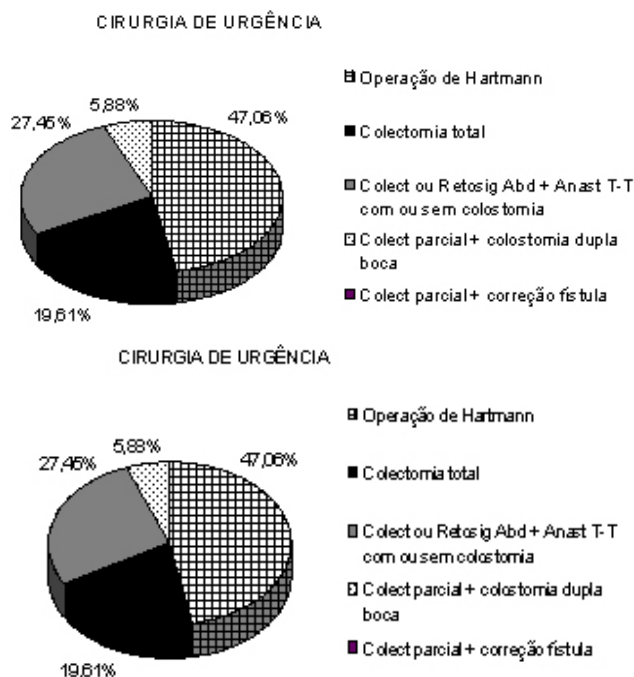
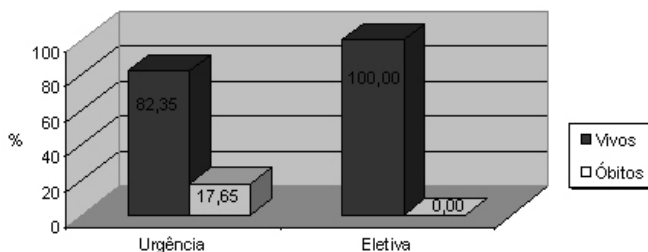


Tabela 6 – Distribuição dos 65 pacientes com doença diverticular do cólon que receberam tratamento cirúrgico, segundo complicações pós-operatórias e momento cirúrgico.

COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS	MOMENTO CIRÚRGICO		
	PÓS-URGÊNCIA	ELETIVA	TOTAL
Fístula	8 (15,69)	3 (21,43)	11 (16,92)
Sepsis	7 (13,73)	0	7 (10,76)
Abscesso de parede	3 (5,88)	2 (14,29)	5 (7,69)
Eventração	1 (1,96)	0	1 (1,54)
Trombose venosa profunda	1 (1,96)	0	1 (1,54)
Enterorragia	3 (5,88)	0	3 (4,62)
Insuficiência renal aguda	3 (5,88)	0	3 (4,62)
Estenose colorretal	1 (1,96)	0	1 (1,54)
Hérnia para-colostômica	1 (1,96)	0	1 (1,54)
Ausente	23 (45,10)	9 (64,28)	32 (49,23)
TOTAL	51 (100)	14 (100)	65 (100)

Figura 3 – Distribuição dos 65 pacientes com doença diverticular do cólon que receberam tratamento cirúrgico, segundo momento cirúrgico e óbito.



Endereço para correspondência:

Dr. José Mauro dos Santos
 Rua João Carvalho, Edifício Dom Manoel 40, apto 401
 – Centro - Florianópolis
 Cep: 88025-010