

Diverticulite do cólon sigmoide simulando neoplasia colorretal localmente avançada: relato de caso

Sigmoid Colon Diverticulitis Mimicking Locally Advanced Colorectal Cancer: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Társio Thiago Lopes Alves Filho²; Beatriz de Castro Alves Oliveira²; Felipe Siqueira Teixeira³; Davidson Anthony Aragão Freire³; Breno Moreira Viana Mendonça Brito³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A diverticulite complicada subaguda pode mimetizar neoplasia colorretal, representando um desafio diagnóstico relevante na prática cirúrgica. Relata-se o caso de uma mulher de 69 anos com história de diarreia crônica, perda ponderal superior a 10 kg e dor abdominal difusa, submetida à investigação que evidenciou estenose retossigmoide com aspecto infiltrativo à colonoscopia e espessamento parietal circunferencial com distensão de alças a montante na tomografia computadorizada, levantando forte suspeita de neoplasia colorretal localmente avançada. As biópsias endoscópicas foram inconclusivas, demonstrando apenas tecido de granulação, e o CEA encontrava-se dentro da normalidade. Diante da incerteza diagnóstica, optou-se por abordagem cirúrgica com princípios oncológicos, sendo realizada retossigmoidectomia a Hartmann. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou diverticulite aguda associada à doença diverticular dos cólons, sem evidência de malignidade. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no oitavo dia. O caso evidencia as limitações dos métodos diagnósticos na diferenciação entre diverticulite complicada e carcinoma colorretal, reforçando a necessidade de abordagem cirúrgica adequada diante da suspeita de malignidade.

Palavras-chave: Diverticulite colônica; neoplasia de cólon; relato de caso.

ABSTRACT

Complicated subacute diverticulitis may mimic colorectal cancer, representing a significant diagnostic challenge in surgical practice. We report the case of a 69-year-old woman with a history of chronic diarrhea, unintentional weight loss exceeding 10 kg, and diffuse abdominal pain. Diagnostic investigation revealed a rectosigmoid stricture with an infiltrative appearance on colonoscopy and circumferential wall thickening with upstream bowel dilation on computed tomography, raising strong suspicion of locally advanced colorectal cancer. Endoscopic biopsies were inconclusive, showing only granulation tissue, and carcinoembryonic antigen levels were within normal limits. Given the diagnostic uncertainty, an oncologic surgical approach was adopted, and the patient underwent rectosigmoid resection with Hartmann's procedure. Histopathological analysis of the surgical specimen demonstrated acute diverticulitis associated with diverticular disease, with no evidence of malignancy. The patient had an uneventful postoperative recovery and was discharged on the eighth postoperative day. This case highlights the limitations of current diagnostic methods in differentiating complicated diverticulitis from colorectal cancer and reinforces the importance of an appropriate surgical approach when malignancy cannot be excluded.

Keywords: Colonic diverticulitis; colon cancer; case report.

INTRODUÇÃO

A diverticulite aguda é uma das principais complicações da diverticulose ou doença diverticular dos cólons, caracterizada por inflamação e microperfuração dos divertículos colônicos[1]. Aproximadamente 4% dos pacientes com diverticulose evoluem para a forma aguda, cuja incidência é crescente com a idade[2]. Nas últimas décadas, acompanhada do envelhecimento populacional e das mudanças nos hábitos alimentares, a incidência dessa doença tem aumentado progressivamente e configura-se como importante causa de morbidade em países ocidentais, incluindo o Brasil.

Clinicamente, a forma aguda clássica manifesta-se por dor abdominal, tipicamente em fossa ilíaca esquerda, associada a febre e elevação de marcadores inflamatórios, podendo coexistir com alterações do hábito intestinal, como constipação ou diarreia[3]. Entretanto, formas complicadas da doença podem apresentar manifestações atípicas, incluindo espessamento parietal circunferencial, estenose luminal e formação de massas inflamatórias, podendo evoluir com estreitamento luminal e até quadro de obstrução intestinal[4]. Tais apresentações atípicas da diverticulite, especialmente quando cursam com estenose luminal e obstrução, podem reproduzir achados clínicos semelhantes a neoplasias colorretais. Nesses casos, sintomas como dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda ponderal e até sangramento digestivo podem sobrepor-se às manifestações típicas e dificultar a distinção clínica entre essas entidades[5]. Estima-se que em cerca de 1% a 5% dos casos, quadros inicialmente sugestivos de diverticulite correspondam, na realidade, a neoplasias colorretais localmente avançadas, ou vice-versa, evidenciando a sobreposição entre essas entidades[3].

Na maioria dos casos, o diagnóstico da diverticulite é estabelecido por meio de achados clínicos associados à tomografia computadorizada, que apresenta alta sensibilidade e especificidade para a identificação do processo inflamatório e suas complicações[5]. Entretanto, tal exame apresenta limitações importantes em cenários atípicos e apesar dos avanços nos métodos diagnósticos, permanece uma zona de sobreposição significativa entre diverticulite

complicada e câncer colorretal, na qual os exames de imagem, isoladamente, podem induzir a uma falsa impressão de neoplasia[5].

Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE[6], apresentamos um caso de diverticulite do cólon sigmoide com apresentação atípica, simulando neoplasia colorretal localmente avançada, evidenciando as limitações diagnósticas dos métodos complementares e a necessidade de abordagem cirúrgica com princípios oncológicos diante da incerteza diagnóstica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 69 anos, com peso de 69,2 kg e altura de 1,55 m (Índice de Massa Corporal: 28,8 kg/m²), apresentou-se ao serviço para realização de colonoscopia após múltiplas tentativas frustradas de preparo intestinal em domicílio. Referia história de diarreia crônica há aproximadamente um ano, com frequência de cinco a dez evacuações diárias, de caráter contínuo, associada a distensão e dor abdominal difusa. As fezes apresentavam consistência variável entre líquida e pastosa, frequentemente acompanhadas de muco e aspecto em fita, sem relato de hematoquezia ou esteatorréia. Evoluiu no período com perda ponderal não intencional superior a 10 kg, associada à hiporexia persistente, cursando com dificuldade para ingestão alimentar e piora progressiva da constipação. Negava febre, náuseas ou vômitos, bem como outras queixas associadas. Como antecedentes pessoais relevantes, apresentava hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 50 mg/dia e histórico de histerectomia total por miomatose uterina e hemorroidectomia realizadas há mais de dez anos. Negava tabagismo, etilismo e alergias medicamentosas.

Ao exame físico inicial, encontrava-se em bom estado geral, consciente e orientada, porém hipocorada (2+/4+), hidratada e hemodinamicamente estável. O abdome apresentava-se globoso e distendido, doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Os demais sistemas não apresentavam alterações relevantes.

Foram solicitados exames laboratoriais, que evidenciaram hemoglobina de 10,3 g/dL, leucócitos de 7.520/mm³, plaquetas de 423.000/mm³ e albumina de 2,9 g/dL. A colonoscopia (05/03) evidenciou, na transição retossigmoide, a aproximadamente 18 cm da borda anal, estreitamento luminal associado a mucosa de aspecto pálido com áreas discretamente violáceas, estendendo-se por cerca de 8 a 10 cm. A progressão do colonoscópio foi possível, porém com dificuldade. Observou-se área com aspecto sugestivo de lesão infiltrativa, apresentando friabilidade ao toque da pinça de biópsia. O resultado anatomopatológico (16/03) evidenciou apenas tecido de granulação, e o antígeno carcinoembrionário (CEA) sérico foi de 3,3 ng/mL.

Pós-colonoscopia, a paciente evoluiu com piora progressiva da distensão abdominal, apresentando quadro compatível com suboclusão intestinal com eliminação de fezes líquidas em pequena quantidade associada à incontinência fecal, cuja conduta consistiu em medidas conservadoras pré-operatórias, incluindo dieta zero, suporte nutricional com nutrição parenteral total e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, associada à reposição de ferro.

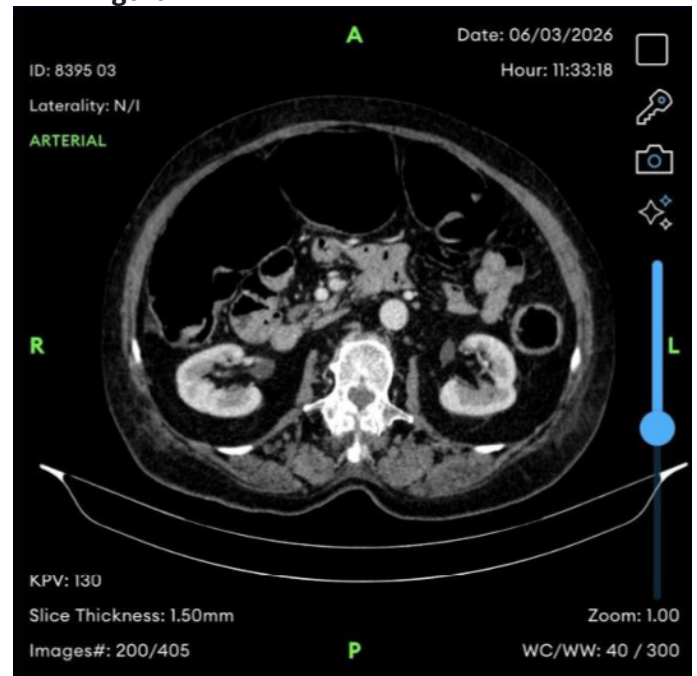
A radiografia de abdome (05/03) evidenciou distensão de alças intestinais (Figura 1), de forma semelhante à Tomografia Computadorizada (TC) de tórax e abdome (06/03), a qual revelou espessamento parietal circunferencial do retossigmoide com extensão aproximada de 8 cm, determinando estreitamento luminal e distensão gasosa moderada a acentuada das alças colônicas e delgadas a montante, além de íntimo contato com alça de intestino delgado adjacente e pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica, conforme consta na Figura 2. Adicionalmente, radiografias seriadas de abdome continuaram evidenciando distensão difusa de alças colônicas até a data do procedimento.

Figura 1



Fonte: Autoria Própria

Figura 2



Fonte: Autoria própria

Durante a internação, a paciente apresentou resultado positivo para influenza e a programação cirúrgica foi temporariamente postergada até a conclusão do tratamento e estabilização clínica da

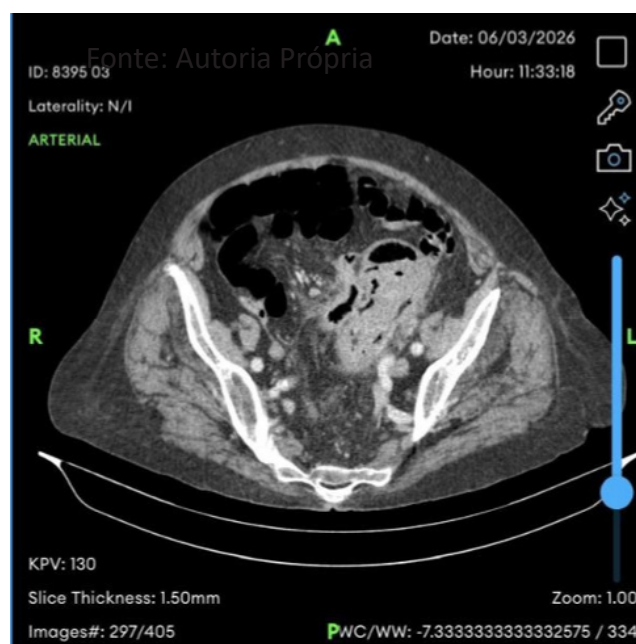
paciente.

Diante do quadro clínico, radiológico e endoscópico, visando manter a segurança e o melhor tratamento possível da paciente foi indicada a retossigmoidectomia a Hartmann com princípios oncológicos. Aos achados intraoperatórios, notou-se distensão importante do cólon transverso e volumosa massa em retossigmoide com aderência firme de alças de delgado e fístula de delgado com cólon sigmoide a nível da massa identificada e intenso processo inflamatório de contiguidade da parede abdominal próxima aos vasos ilíacos e ureter esquerdo, sem plano de clivagem inicialmente identificável. Realizou-se lise de aderência de alças de delgado seguido de enterectomia de alça de delgado fistulizada com anastomose enteroentérica laterolateral com grampeador 75 mm, manobra de Mattox com ressecção de peritônio adjacente a massa em cólon sigmoide, ureterólise à esquerda, ligadura da veia mesentérica inferior e artéria mesentérica inferior em suas origens para realização de Linfadenectomia e retossigmoidectomia a 14 cm da borda anal com grampeador linear 75 mm; Em seguida, confecção de colostomia terminal em alça de cólon descendente em fossa ilíaca esquerda, com posicionamento de dreno de Blake em pelve.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica (Figura 3) revelou o diagnóstico definitivo de diverticulite aguda, com doença diverticular dos cólons, lesão ulcerada de 3,5 x 3,5 cm associada a múltiplos divertículos de até 1,5 cm, parede intestinal espessada com espessura média de 2,3 cm, 24 linfonodos de padrão reacional (0/24) e ausência de critérios histológicos de malignidade. As margens de ressecção estavam livres.

A paciente recebeu alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório, consciente, orientada, deambulando com auxílio, com colostomia funcionando, aceitando dieta branda e clinicamente estável, com orientações sobre cuidados com a ostomia e encaminhamento ao centro de ostomizados.

Figura 3



Fonte: Autoria Própria

Figura 4



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

A diverticulite aguda complicada pode mimetizar carcinoma colorretal, representando um dos maiores desafios diagnósticos em cirurgia coloproctológica.[5,7] A estenose colônica inflamatória, o espessamento parietal circunferencial e a obstrução a montante constituem achados compartilhados pelas duas condições, tornando frequentemente impossível a distinção definitiva por métodos não invasivos.[8,9] No presente caso, a paciente apresentou quadro clínico com diarreia crônica, perda ponderal superior a 10 kg, anemia, hipoalbuminemia e massa em retossigmoide com aderência a estruturas adjacentes, conjunto que, aliado aos achados endoscópicos e tomográficos, levou à hipótese operatória de neoplasia.

A biópsia endoscópica é limitada em segmentos com intensa reação fibrótica e inflamatória transmural.[8,10] Nishiyama et al.[10] descreveram dois casos de estenose sigmoide por diverticulite em que colonoscopia, enema opaco e PET-CT não permitiram afastar carcinoma, mas o resultado anatomopatológico pós-operatório confirmou processo inflamatório benigno. Shumarova et al.[8] relataram três séries de biópsias endoscópicas negativas para malignidade antes da ressecção cirúrgica que confirmou diverticulose estenosante. No presente caso, o mesmo padrão foi observado, já que biópsias indicaram apenas tecido de granulação. O CEA sérico de 3,3 ng/mL, embora dentro dos limites normais, não permitiu excluir neoplasia, visto que valores normais ocorrem em até 30–40% dos carcinomas colorretais.[11]

A TC de abdome, padrão ouro para estadiamento e avaliação de complicações da diverticulite segundo as diretrizes da WSES (2020)[7] e da AGA (2021),[12] apresenta sensibilidade e especificidade em torno de 95% para o diagnóstico de diverticulite, porém sem critério tomográfico validado para distingui-la do carcinoma quando há espessamento parietal circunferencial, estreitamento luminal e linfonodomegalia regional.[11,12] No caso descrito, os achados de espessamento de 8 cm com distensão a montante e contato com alça de delgado se enquadram tanto no estágio WSES 2B quanto em

neoplasia T4.11 Yoshida et al.[9] e Nkenguye et al.[5] confirmaram essa limitação ao relatar casos em que a TC não demonstrou achados típicos de câncer, mas não permitiu afastá-lo antes da cirurgia.

Diante da impossibilidade de diagnóstico definitivo pré-operatório, a indicação cirúrgica seguiu conforme o preconizado pelas diretrizes para casos de estenose colônica com suspeita de malignidade.[5,7] Ikebata et al.[7] ressaltam que, mesmo após investigação extensa, a intervenção cirúrgica segundo protocolo oncológico deve ser considerada na diverticulite refratária, pois a coexistência com adenocarcinoma foi confirmada histologicamente apenas na peça operatória de seu caso. Os achados intra-operatórios justificaram a enterectomia segmentar, a linfadenectomia e a confecção da colostomia de Hartmann, abordagem indicada nas diretrizes WSES para diverticulite complicada em paciente com instabilidade ou complexidade técnica aumentada.[5]

A associação entre diverticulite e risco aumentado de carcinoma colorretal foi demonstrada por Mortensen et al.[13] em coorte de 29.173 adultos: o risco de diagnóstico de CCR foi significativamente elevado nos primeiros seis meses após o episódio de diverticulite, especialmente nos casos complicados. Propõe-se que tal associação venha da detecção de neoplasias preexistentes durante a investigação, hipótese diretamente pertinente ao presente caso. Em contrapartida, Völkerer et al.[14] em banco de dados austríaco de 6.154 indivíduos, não identificaram associação entre diverticulose e neoplasia avançada. Quanto à colonoscopia de seguimento, Rivero-Sánchez et al.[15] identificaram taxa global de CCR de apenas 1,0% após colonoscopia pós-diverticulite aguda, restrita aos casos complicados, o que apoia a indicação seletiva desse procedimento. No presente caso, a colonoscopia de vigilância do cólon remanescente após recuperação da colostomia é recomendada pela associação entre diverticulite complicada e risco de neoplasia metacrônica.[12,13]

O presente relato reafirma que a diverticulite aguda complicada pode reproduzir aspectos do carcinoma colorretal localmente avançado, tornando indefinido o diagnóstico pré-operatório. A conduta cirúrgica com princípios oncológicos, nesse contexto de incerteza diagnóstica, mostra-se tecnicamente correta e clinicamente segura. O acompanhamento

pós-operatório com colonoscopia do cólon remanescente permanece indicado diante do risco de neoplasia associada à doença diverticular complicada. [12,13]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanis A, Kruis W, Lahat A, et al. Colonic diverticular disease. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2020 Mar 26;6(1):1–23. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0153-5>
2. Strate, L. A.; Weiser, M.; Chen W.; Colonic diverticulosis and diverticular disease: Epidemiology, risk factors, and pathogenesis . In: UpToDate, 2026. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-intestinal-ischemia-in-adults>.
3. Hanna MH, Kaiser AM. Update on the management of sigmoid diverticulitis. *World Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2021 Mar 7;27(9):760–81. Available from: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC7941864&blobtype=pdf>
4. Inoue T. Colonic Diverticulitis Complicated by Stenosis Causing Bowel Obstruction. *Cureus*. 2022 Nov 1;
5. Nkenguye W, Amsi P, Lodhia J. Sigmoid diverticulitis mimicking colorectal cancer: A case report. *Radiology Case Reports*. 2026 May;21(5):1936–41.
6. SOHRABI, Catrin et al. The SCARE 2023 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. *International Journal of Surgery*, v. 109, n. 5, p. 1136-1140, 2023.
7. Ikebata A, Mikami S, Yoo JH, Tsuwano S, Hayatsu S. Sigmoid colon cancer masked by refractory diverticulitis with abscess. *Cureus*. 2023;15(11):e48326.
8. Shumarova S, Koichev A, Sokolov M. Sigmoid stenosis caused by diverticulosis mimicking advanced colorectal cancer. *J Surg Case Rep*. 2024;2024(4):rjae255.
9. Yoshida S, Hiyama K, Kirino I, Fukui Y, Terashima H. Ascending colon stenosis caused by repeated diverticulitis that clinically mimicked advanced colon cancer: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;95:107184.
10. Nishiyama N, Mori H, Kobara H, Rafiq K, Fujihara S, Kobayashi M, et al. Difficulty in differentiating two cases of sigmoid stenosis by diverticulitis from cancer. *World J Gastroenterol*. 2012;18(27):3623–6.
11. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15:32.
12. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA clinical practice update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. *Gastroenterology*. 2021;160(3):906–911.
13. Mortensen LQ, Andresen K, Thygesen L, Pommergaard HC, Rosenberg J. Diverticulitis is associated with increased risk of colon cancer — a nationwide register-based cohort study. *J Clin Med*. 2024;13(9):2503.
14. Völkerer A, Wernly S, Semmler G, Flamm M, Ausserwinkler M, Datz L, et al. Association between diverticulosis and colorectal neoplasia: analysis from a large Austrian database. *J Clin Med*. 2024;13(20):6078.
15. Rivero-Sánchez L, Figueras-Bordoy M, Lanis Á, et al. Yield of post-acute diverticulitis colonoscopy for ruling out colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;21(4):976–984.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.