



Diverticulite Aguda

Diverticulite aguda é definida como inflamação, geralmente devido à microperfuração de um divertículo. Aproximadamente 4% dos pacientes com diverticulose desenvolvem diverticulite aguda. A prevalência da doença diverticular vem aumentando em países industrializados nas últimas décadas. Pacientes com doença diverticular estão sendo cada vez mais tratados como pacientes ambulatoriais. Além disso, menos pacientes são submetidos à cirurgia de emergência. Por outro lado, houve um aumento na indicação de cirurgia eletiva por laparoscopia no tratamento diverticulite. ¹

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Os achados clássicos relacionados à diverticulite do sigmóide incluem dor no quadrante inferior esquerdo, febre e leucocitose

2. EXAMES DE IMAGEM

- A tomografia computadorizada do abdomen e da pelve é a modalidade de imagem inicial mais apropriada na avaliação da suspeita de diverticulite ^{1,2}
- Ultrassonografia ou RNM pode ser uma opção na contra indicação ou indisponibilidade da tomografia (Gestantes / Alergia a contraste)¹

3. EXTRATIFICAÇÃO RISCO

PCR > 150

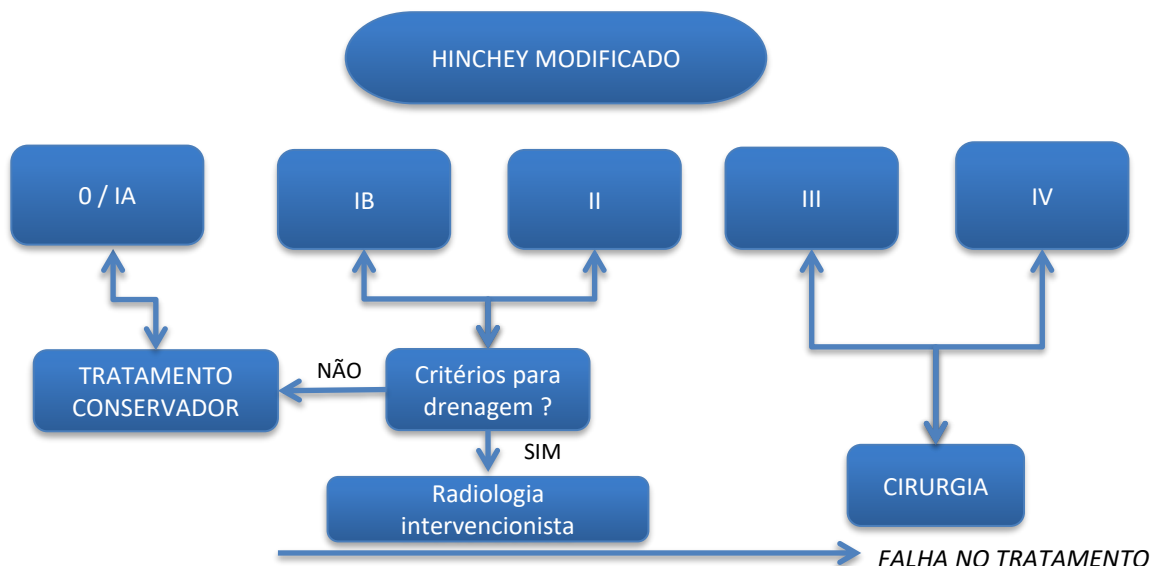
PCR >150mg/L é preditor de diverticulite aguda complicada e a combinação de PCR >150mg/L e fluido livre na tomografia computadorizada associa-se a um risco significativamente maior de mortalidade.

4. CLASSIFICAÇÃO – Hinchey Modificado

0 – Diverticulite não complicada / Leve
IA – Flegmão / Inflamação Peri cólico
IB – Abscesso Peri cólico

II – Abscesso pélvico , cavitário ou retro peritoneal
III – Peritonite purulenta
IV – Peritonite Fecal

4.1 FLUXOGRAMA



5. TRATAMENTO

- Pacientes com quadro de diverticulite leve (Hinchey 0 ou I), podem ser tratados ambulatorialmente com antibióticos via oral (ciprofloxacina/Cefuroxima e metronidazol) e dieta pastosa pobre em fibras. O tratamento sem uso de antibiótico pode ser considerado em casos específicos.¹
- Pacientes com diverticulite Hinchey II devem ser internados. A condução destes casos é bastante individualizada, porém, geralmente o tratamento cirúrgico acaba se definindo em até 48 hs, a depender da evolução clínica. Na vigência de abscesso cavitário existe a opção de drenagem guiada por radiologia intervencionista para coleções maiores que 3cm.
- A retossigmoidectomia laparoscópica ou convencional nos casos Hinchey II é bastante controversa assim como a confecção de estoma neste procedimento;
- Pacientes Hinchey III e IV, com peritonite purulenta ou fecal devem ser submetidos a tratamento cirúrgico de urgência.
- Pacientes saudáveis e com diverticulite de sigmoide não complicada podem ser tratados com segurança sem antibióticos (forte recomendação baseada em evidências de alta qualidade).
- Após o tratamento não cirúrgico bem-sucedido de um abscesso, a cirurgia eletiva deve ser considerada (forte recomendação baseada em evidências de qualidade moderada).
- A ressecção eletiva baseada apenas na idade (jovens) não é recomendada (recomendação forte baseada em evidências de baixa qualidade).
- A lavagem laparoscópica não é mais recomendada no cenário de peritonite fecal e em pacientes com peritonite purulenta, a colectomia também é a conduta recomendada. (forte recomendação baseada em evidências de alta qualidade).

5.1 Tratamento clínico

- **Alocação:** 2 diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica
- **Conduta:** dieta leve para diverticulite e exames de controle (hemograma e PCR)

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1 g	EV	6/6h
Analgésico (Paracetamol)	750 mg	VO	6/6h em caso de alergia à Dipirona
Antiemético (Ondansetrona)	8 mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	400 mg	EV	12/12h por 2 dias
ATB (Metronidazol)	500 mg	EV	8/8h por 2 dias
Opióide (Tramadol)	100 mg	EV	8/8h s/n
IBP (Pantoprazol)	40 mg	EV	1x/dia
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	EV	12/12/h
Bromoprida	10 mg	EV	8/8h
SG 5% NaCl 20% KCl 19,1%	1000 mL 20 mL 10 mL	EV	12/12/h

- **Critérios para alta hospitalar:** dor controlada, SSVV estáveis
- **Orientações de alta:** dieta leve; retorno ambulatorial em 07 dias após alta; retorno ao trabalho após reavaliação em 07 dias

5. TRATAMENTO

5.2 Punção guiada por tomografia ou ultrassonografia

- **Alocação:** 2 diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica
- **Conduta:** dieta leve para diverticulite
- **Procedimento:**

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1 g	EV	6/6h
Analgésico (Paracetamol)	750 mg	VO	6/6h em caso de alergia à Dipirona
Antiemético (Ondansetrona)	8 mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	400 mg	EV	12/12h por 2 dias
ATB (Metronidazol)	500 mg	EV	8/8h por 2 dias
Opióide (Tramadol)	100 mg	EV	8/8h s/n
IBP (Pantoprazol)	40 mg	EV	1x/dia
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	EV	12/12/h
Bromoprida	10 mg	EV	8/8h
SG 5% NaCl 20% KCl 19,1%	1000 mL 20 mL 10 mL	EV	12/12/h

- **Critérios para alta hospitalar:** dor controlada, exame físico do abdome sem sinais de peritonite, boa aceitação alimentar, evacuações presentes e SSVV estáveis
- **Orientações de alta:** dieta leve; atividade física restrita até o retorno médico; retorno ambulatorial em 07 dias após alta; retorno ao trabalho após reavaliação em 07 dias

5.3 Retossigmoidectomia laparoscópica com anastomose primária

- **Alocação:** 4 diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica
- **Pré-operatório:** assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)
- **Anestesia:** geral com bloqueio (Dexametasona 10 mg, Ondansetrona 8 mg, Proferida 100 mg, Plasmalite 1500 mL a 2500 mL, bloqueio tipo raqui com marciana pesada, anestesia geral com Propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, Sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).
- **Cirurgia:** tempo de sala 3 horas
- **Pós-operatório:**
 - Líquidos VO no POI, dieta líquida no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico
 - Curativo: Opsite
 - Fisioterapia: no mínimo 8 atendimentos ou de acordo com a necessidade
 - Cuidados específicos: Dreno de Blake, Sacar SVD POI
 - Atividades: deambular com auxílio assim que acordado
 - Indicação de exames de controle: a depender da evolução

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1 g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Paracetamol)	750 mg	VO	6/6h em caso de alergia à Dipirona
Antiemético (Ondansetrona)	8 mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	400 mg	EV	12/12h por 2 dias até completar 7 dias
ATB (Metronidazol)	500 mg	EV	8/8h por 2 dias até completar 7 dias
Opióide (Tramadol)	100 mg	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40 mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	EV	12/12/h por 4 dias
Bromoprida	10 mg	EV	8/8h por 2 dias

- **Crítérios para alta hospitalar:** dor controlada sem sinais de peritonite, SSVV estáveis, diurese presente, boa aceitação alimentar, evacuações presentes, deambulando
- **Orientações de alta:** dieta leve; atividade física restrita até retorno médico; retorno ambulatorial em 07 dias após alta; retorno ao trabalho em 15 dias

* **OBS: Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância a dieta, vômitos, dor abdominal de forte intensidade, distensão abdominal ou saída de secreção pela ferida operatória**

5.4 Retossigmoidectomia laparoscópica com colostomia (Hartmann)

- **Alocação:** 4 diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica
- **Pré-operatório:** assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)
- **Anestesia:** geral com bloqueio (Dexametasona 10 mg, Zofran 8 mg, Profenid 100 mg, Plasmalite 1500 mL a 2500 mL, bloqueio tipo raqui com marciana pesada, anestesia geral com Propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurônio em infusão contínua, Sugamadox 2 ampolas ao final da cirurgia).
- **Cirurgia:** tempo de sala 3 horas
- **Pós-operatório:**
 - Líquidos VO no POI, dieta líquida no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico
 - Curativo: Opsite
 - Fisioterapia: no mínimo 8 atendimentos ou de acordo com a necessidade
 - Cuidados específicos: Dreno de Blake, bolsa de colostomia (estomaterapia) , Sacar SVD POI
 - Atividades: deambular com auxílio assim que acordado
 - Indicação de exames de controle: a depender da evolução

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgésico (Dipirona)	1 g	EV	6/6h por 4 dias
Analgésico (Paracetamol)	750 mg	VO	6/6h em caso de alergia à Dipirona
Antiemético (Ondansetrona)	8 mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	400 mg	EV	12/12h por 2 dias até completar 7 dias
ATB (Metronidazol)	500 mg	EV	8/8h por 2 dias até completar 7 dias
Opióide (Tramadol)	100 mg	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40 mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	EV	12/12/h por 4 dias
Bromoprida	10 mg	EV	8/8h por 2 dias (opcional)

- **Crítérios para alta hospitalar:** dor controlada sem sinais de peritonite , SSVV estáveis, diurese presente, boa aceitação alimentar, sem náuseas ou vômitos , sem distensão abdominal, ausência de sangramento, colostomia funcionante e com bom aspecto.
- **Orientações de alta:** dieta leve; atividade física restrita até retorno médico; orientação de cuidados com a colostomia (estomaterapia) , retorno ambulatorial em 07 dias após alta; retorno ao trabalho em 15 dias

* **OBS: Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância a dieta, vômitos , distensão abdominal, dor abdominal de forte intensidade, saída de secreção pela ferida operatória**

5.5 Retossigmoidectomia por laparotomia com colostomia

- **Alocação:** 4 diárias em apartamento de Clínica Médica Cirúrgica
- **Pré-operatório:** assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)
- **Anestesia:** geral com bloqueio (Dexametasona 10 mg, Zofran 8 mg, Profenid 100 mg, Plasmalite 1500 mL a 2500 mL, bloqueio tipo raqui com marciana pesada, anestesia geral com Propofol em bomba e bloqueio neuromuscular profundo com rocurníio em infusão contínua, Sugamadex 2 ampolas ao final da cirurgia).
- **Cirurgia:** tempo de sala 3 horas
- **Pós-operatório:**
 - Líquidos VO no POI, dieta líquida no 1º PO e leve para diverticulite conforme aceitação e evolução do quadro clínico
 - Curativo: gaze e micropore ou opsite
 - Fisioterapia: no mínimo 8 atendimentos ou de acordo com a necessidade
 - Cuidados específicos: Dreno de Blake e bolsa de colostomia (estomaterapia)
 - Indicação de exames de controle: a depender da evolução

Prescrição	Dose	Via	Frequência
Analgesico (Dipirona)	1 g	EV	6/6h por 4 dias
Analgesico (Paracetamol)	750 mg	VO	6/6h em caso de alergia à Dipirona
Antiemético (Ondansetrona)	8 mg	EV	8/8h por 2 dias
ATB (Ciprofloxacina)	400 mg	EV	12/12h por 2 dias até completar 7 dias
ATB (Metronidazol)	500 mg	EV	8/8h por 2 dias até completar 7 dias
Opióide (Tramadol)	100 mg	EV	8/8h se dor por 2 dias
IBP (Pantoprazol)	40 mg	EV	1x/dia até completar 7 dias
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100 mg	EV	12/12/h por 4 dias
Bromoprida	10 mg	EV	8/8h por 2 dias

- **Crítérios para alta hospitalar:** dor controlada sem sinais de peritonite , SSVV estáveis, diurese presente, boa aceitação alimentar, sem náuseas/ vômitos , sem distensão abdominal , ausência de sangramento, colostomia funcionante
- **Orientações de alta:** dieta leve; atividade física restrita até retorno médico; orientação de cuidados com a colostomia (estomaterapia) , retorno ambulatorial em 07 dias após alta; retorno ao trabalho em 15 dias; retorno com enfermeira estomaterapeuta em 7 dias

* **OBS:** Procurar o cirurgião em caso de sangramento, febre, intolerância a dieta, vômitos, distensão abdominal, dor abdominal de forte intensidade, saída de secreção pela ferida operatória

II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de permanência > 48 h para tratamentos 5.1 e 5.2 e > 96 h para os demais tratamentos
- Taxa de readmissões hospitalares em até 30 dias após a alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico
- Taxa de Complicações Clavien ≥ 3 em até 30 dias após a alta;

III- GLOSSÁRIO

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| • PCR: proteína C reativa | • HAS: hipertensão arterial | • IMC: índice de massa corpórea |
| • TC: tomografia computadorizada | • IRC: insuficiência renal crônica | • IBP: inibidores de bomba de prótons |
| • US: ultrassonografia | • SSVV: sinais vitais | • SVD: sonda vesical de demora |
| • DM: diabetes mellitus | • ATB: antibiótico | • PS: pronto socorro |

IV- HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração nos itens 3 (escore de risco) e 5 (tratamento), validação SCIH

Versão 4: atualização nos critérios de alta hospitalar

V - REFERÊNCIAS

[1] Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, Steele SR, Feingold DL; Prepared on behalf of the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2020 Jun;63(6):728-747. doi: 10.1097/DCR.0000000000001679. PMID: 32384404.

[2] Stewart DB. Review of the American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *JAMA Surg*. 2021 Jan 1;156(1):94-95. doi: 10.1001/jamasurg.2020.5019. PMID: 33206152

[3] Kaiser AM, Jiang JK, Lake JP, Ault G, Artinyan A, Gonzalez-Ruiz C, Essani R, Beart RW Jr. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 910-917 [PMID: 15784040 DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.41154.x]

[4] Need for Antibiotics in Cases of Acute Uncomplicated Diverticulitis: A Meta-Analysis of Conservative Versus Antibiotic Treatment Approaches - Gaurav Maheshwari ¹, Sadaf Khalid ², Abil Ansari ¹, Ahmed Elmoraly ³, Ayesha Javaid ⁴, Muhammad Rehan Mumtaz ^{5,✉}, Zulfiqar Ali ⁶ 2025 Jun 29;17(6):e86951. doi: [10.7759/cureus.86951](https://doi.org/10.7759/cureus.86951)

[5] Diagnosis and Management of Acute Left-Sided Colonic Diverticulitis: A Clinical Guideline From the American College of Physicians- Amir Qaseem, MD, PhD, Itziar Etxeandia-Ikobaltzeta, Jennifer S.Lin, MD, MCR, Nick Fitterman, MD, Tatyana Shamliyan, MD, MS, Timothy J. Wilt, MD, MPH -*Annals of Internal Medicine* Volume 175, Number 3 - 18 January 2022 . doi.org/10.7326/M21-271

Código Documento: CPTW105.4	Elaborador: Nam Jin Kim Victor Edmond Seid Anna Carolina B Dantas Alexandre Borgheresi	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/10/2020 Data de revisão: 09/02/2026	Data de Aprovação: 12/02/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---