

DIVERTÍCULO DE MECKEL: UM RELATO DE CASO

MECKEL'S DIVERTICULUM: A CASE REPORT

GLEYTON GOMES PORTO^{1*}, FÁBIO VASCONCELLOS REBELLO¹, CYNTHIA NEVES VASCONCELOS²

1. Aluno do 6º ano do curso de medicina da Faculdade Uningá; 2. Médica em Cirurgia Geral na Associação Paranaense de Combate ao Câncer.

*Rua Tietê, 604, Ap: 01, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020210. gleytonporto@hotmail.com

Recebido em 27/01/2016. Aceito para publicação em 20/04/2016

RESUMO

A primeira descrição de um divertículo foi realizada por Fabricius Hildanus em 1598. O divertículo de Meckel (DM) resulta de uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino. O DM é considerado a anomalia congênita gastrointestinal mais comum, muitas vezes, assintomático, sendo um achado incidental durante cirurgias abdominais ou em autópsias. Contudo, em 15 a 20% dos casos, poderá associar-se a dor abdominal ou a complicações. E. H., masculino, 64 anos, com queixa dor abdominal de moderada intensidade, em cólica, sem fatores atenuantes, mas agrava com ingesta alimentar. Apresentava abdome globoso, hipertimpânico, flácido, doloroso a palpação profunda. Realizada TC de abdome revelando discreta dilatação de intestino delgado. Realizada a intervenção cirúrgica com exérese do divertículo de Meckel com anastomose término-terminal. O paciente evoluiu com boa recuperação recebendo alta hospitalar no 4º dia pós-operatório em bom estado geral. Sendo assim, faz-se necessário a padronização no diagnóstico do DM assintomático objetivando redução nas complicações de tal patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Divertículo de Meckel, obstrução intestinal, hemorragia gastrointestinal.

ABSTRACT

The first description of a diverticulum was performed by Fabricius 1598. Hildanus in Meckel's diverticulum (DM) results from an incomplete obliteration of omphalomesenteric duct or yolk. The DM is considered the most common gastrointestinal congenital anomaly, often asymptomatic, being an incidental finding during abdominal surgery or autopsy. However, 15 to 20% of cases, may be associated with abdominal pain or complications. E. H., male, 64 years old, complaining abdominal pain of moderate intensity, colic, without mitigating factors, but aggravated by food intake. Presented abdomen distended and tympanic, baggy, painful to deep palpation. Realized CT of the abdomen revealed mild

dilation of the small intestine. Effectuate the surgery with resection of Meckel's diverticulum with end-to-end anastomosis. The patient presented good recovery and was discharged from hospital on the 4th postoperative day in good condition. Therefore, it is necessary to standardize the diagnosis of asymptomatic DM aiming reduction in complications of the condition.

KEYWORDS: Meckel's diverticulum, intestinal obstruction, gastrointestinal bleeding.

1. INTRODUÇÃO

A primeira descrição de um divertículo no intestino delgado foi realizada por Fabricius Hildanus em 1598¹. Em 1742, um pequeno divertículo estrangulado em uma hérnia inguinal foi reportado por Littre². Finalmente, em 1809, Johann Friedrich Meckel publicou suas observações sobre a anatomia e a embriologia de um divertículo, que levou seu nome³.

O divertículo de Meckel (DM) resulta de uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico ou vitelino, que deveriam regredir por completo por volta da quinta semana de vida intra-uterina⁴. É constituído por conduto aberto na porção intestinal e fechado acima desse até a cicatriz umbilical. Outros defeitos de fechamento do conduto podem resultar em anomalias como: fistula onfaloileal, persistência de cordão fibroso, sinus umbilical ou cisto onfalomesentérico. Todas essas variantes respondem por aproximadamente 8-10% dos casos de defeitos do conduto vitelínico, enquanto o DM é responsável por 90%⁵.

O DM é considerado a anomalia congênita gastrointestinal mais comum, com prevalência que varia entre 1-4% da população geral⁶⁻⁸, entretanto, segundo Kundra *et al* 2015¹⁰, tal patologia é mais frequente no sexo masculino¹¹. Sendo assim, o DM resulta do encerramento e obliteração incompletos do canal onfalomesentérico. É, tipicamente, um divertículo pequeno, de boca larga, que se localiza no bordo

anti-mesentérico dos 100 cm distais do íleo^{3,4,6,8,9,11}. Existe mucosa ectópica (geralmente gástrica ou pancreática) em cerca de 55% dos casos¹¹.

O DM é, geralmente, assintomático, sendo um achado incidental durante cirurgias abdominais ou em autópsias. Contudo, em 15 a 20% dos casos, poderá associar-se a dor abdominal ou a complicações, nomeadamente hemorragia e oclusão intestinal¹¹.

Sendo assim, o caso que abordaremos trata-se de um paciente paucisintomático. E neste contexto que se insere a relevância do estudo proferido o qual tem por objetivo dialogar sobre a temática e incitar a padronização no diagnóstico precoce da patologia abordada.

2. RELATO DE CASO

Paciente E. H., masculino, 64 anos, casado, agricultor, amarelo, natural e procedente de Arapongas, deu entrada na instituição – Hospital Regional João de Freitas – no dia 08/12/2015 tendo por queixa dor abdominal de moderada intensidade, em cólica, sem fatores atenuantes, mas agrava com ingestão alimentar, de duração de dois dias e associada a vômitos, entretanto, nega febre e episódios diarreicos. Refere que há 20 anos vem apresentando episódios esporádicos da sintomatologia supracitada, todavia, houve intensificação dos sintomas e diminuição dos intervalos entre as crises e nega investigação para elucidação do quadro. Apresenta-se em bom estado geral, acianótico, afebril, anictérico, pulsos palpáveis e simétricos. Ausculta cardíaca e pulmonar, sem achados relevantes; abdome globoso, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação em epigástrico e foça ilíaca direita. Quando questionado sobre demais comorbidades, as respostas foram negativas.

Tendo por base a anamnese e o exame físico, foi solicitado a tomografia computadorizada (TC) no dia 09/12/2015, a qual revelou área de estenose há 80cm da válvula íleo-cecal, com distensão de intestino delgado. Neste mesmo dia foi inferida a alta a pedido do paciente, mesmo após esclarecimento quanto a possíveis complicações e a necessidade de procedimento cirúrgico.

No dia 14/12/2015 o paciente retorna a instituição com queixa de dor abdominal difusa associada a distensão abdominal, entretanto nega febre, vômitos e episódios diarreicos. Nesse momento apresentava abdome globoso, hipertimpânico, flácido, doloroso a palpação profunda de forma disseminada. Realizada nova tomografia computadorizada de abdome total no dia 14/12/2015 revelando discreta dilatação de intestino delgado, sem sinais de fatores obstrutivos mecânicos identificáveis ao método, com presença de gases e fezes no reto e divertículos esparsos ao cólon sigmoide. Exames laboratoriais do dia 15/12/2015: hemograma (hemácias: 4,27; hemoglobina: 13,70; hematócrito: 41;

VCM 96; HCM 32,1; CHCM 33,4; RDW 11,4) – Leucograma (bastonetes 1%; segmentados 79%; eosinófilos 1%; linfócitos típicos 16%; monocitos 3%) – plaquetas 142000 – amilase 60u/l – cálcio 7,5 mg/dl – creatinina 0,9 mg/dl – glicose 84 mg/dl – potássio 3,9 – sódio 138,0 mmol/l – ureia 17 mg/dl – tempo de tromboplastina parcial ativado (KPTT) 28s – tempo de protrombina (TAP) 12,3s – INR 1,07.

No dia 15/12/2016 foi realizada a intervenção cirúrgica com exérese do divertículo de Meckel com anastomose término-terminal. O paciente evoluiu com boa recuperação e no dia 19/12/2015, 4º dia de pós-operatório, recebeu alta hospitalar em bom estado geral.

3. DISCUSSÃO

Nos bancos de dados utilizados para pesquisa, aproximadamente 2775 artigos foram publicados sobre o assunto. Assim como na literatura pesquisada, o caso aqui abordado remete a paciente do sexo masculino, o que é corroborado por alguns autores^{10,11,12}, os quais mencionam maior frequência para estes em detrimento ao sexo feminino. Outro fator abordado e em consenso com a literatura diz respeito a longos períodos assintomáticos com episódios de recidivas, no caso em questão o paciente refere que há 20 anos apresenta sintomas que sofreu intensificação e diminuição nos intervalos inter-crises^{9,10}.

Um estudo refere que as complicações dos portadores de divertículo de Meckel são mais comuns na infância e a incidência decresce com o aumento da idade, sendo incomum a ocorrência de sangramento em pacientes adultos¹³. Entretanto, outros estudos referem que as principais complicações encontradas para tal patologia foram: hemorragia gastrointestinal, invaginação, obstrução, perfuração, estrangulamento, diverticulite, vólculo e neoplasia em ordem decrescente tanto para a faixa pediátrica quanto adulta^{6,7,9,14}. No estudo em questão foi elencado como possíveis complicações a hemorragia gastrointestinal e obstrução intestinal.

Apesar da disponibilidade e do grande uso de modernas técnicas por imagem, o diagnóstico pré-operatório do divertículo de Meckel é, muitas vezes, difícil de estabelecer. Isso porque os sinais e sintomas mimetizam doenças do dia a dia, apresentando-se desde um quadro clínico silencioso, como nas hemorragias crônicas, a quadros de abdome agudo. Sendo assim, o diagnóstico para tal caso foi feito através da tomografia computadorizada e confirmado no ato cirúrgico que identificou o divertículo de Meckel.

4. CONCLUSÃO

Na ausência de um protocolo universal para o diagnóstico do divertículo de Meckel assintomática, faz

se cotidiano o diagnóstico de forma incidental, muitas vezes pelo cirurgião com base em casos individuais através de referenciais teóricos e vivências. Sendo assim, faz-se necessário a padronização no diagnóstico do DM assintomático objetivando redução nas complicações de tal patologia.

REFERÊNCIAS

- [01] Klack AJF, Pellicane JV. Meckel's diverticulum: a ten-year experience. *Am Surg.* 1997; 63:354-55.
- [02] Turgeon DK, Barnett JL. Meckel's diverticulum. *Am J Gastroenterol.* 1990; 85:777-81.
- [03] Meckel JF. Über die Divertikel am Darmkanal. *Arch die Physiologie.* 1809; 9:421-53.
- [04] GRAYS anatomy. 40. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009; 220-31.
- [05] Puchades F, Trullenque R, Vazquez A, Monsalve J, Cano J. Disorders in the evolution of the vitelline duct. Experience in the last 10 years. *Rev Esp Enferm Dig.* 1986; 69:223-7.
- [06] Freitas LAM, Jorge A, Aloísio DAC, Silva AGB. Divertículo de Meckel – conduta no achado incidental. *Rev Coleg Bras de Cirurgias.* 2011; 26(01).
- [07] Maia DS, Junior MF, Viegas RG, Silva EEC, Oliveira PTV, Silva RCA, Caetano AJ, Ferreira NG. Obstrução intestinal por divertículo de Meckel: relato de dois casos. *Rev. Med. Res.* 2011; 13(2):135-8.
- [08] Campos M, Costa E. Divertículo de Meckel Sintomático em Crianças. *Acta Pediatr. Port.* 1996; 26(7):399-402.
- [09] Giovanardi RO, Giovanardi HJ, Fiedler G, Tonetto LL. Divertículo de Meckel e Anemia Crônica: O Papel da Videolaparoscopia. *Rev Bras videocir.* 2007; 5(3):134-8.
- [10] Kundra DN, Agarwal R, Gupta A, Vashishth S. Incidental Asymptomatic Meckel's Diverticulum: A Therapeutic Dilemma *SSRG International Journal of Medical Science (SSRG-IJMS).* 2015; 2(5).
- [11] Rivas H, Cacchione RN, Allen JW. Laparoscopic management of Meckel's diverticulum in adults. *Surg Endosc.* 2003; 17(4):620-2.
- [12] Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, *et al.* Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005; 241(3):529-33.
- [13] Martins MVDC, Duarte JGC, Martin HS. Tratamento Videolaparoscópico da Hemorragia Digestiva por Divertículo de Meckel. *Rev Bras Videocir.* 2004; 2(1):28-30.
- [14] Goulart A, Pereira R, Leão P, Gomes C, Carvalho A. Divertículo de Meckel perfurado por palito: Relato de caso clínico. *Revista Portuguesa de Cirurgia.* 2011; 17:41-4.