
DIVERTÍCULO DE MECKEL COM COMPLICAÇÕES

CIRILO P. M. MURARO
LUIZ TAGLIOLATTO JR. ASBCP
CARLOS A. S. MURARO
JOÃO R. LIMA NETO
CARLOS E. M. SILVA

MURARO CPM, TAGLIOLATTO JR. L, MURARO CAS, LIMA NETO, JR, SILVA CEM – Divertículo de Meckel com complicações. *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(3): 102-104.

RESUMO: Os autores apresentam seis casos de Divertículo de Meckel complicado, tratados no Hospital Irmãos Penteados e Santa Casa de Misericórdia de Campinas – SP. Discutem aspectos da embriologia, anatomia e histopatologia; classificam as complicações e tecem comentários sobre diagnóstico e tratamento, confrontando os dados obtidos com extensa revisão bibliográfica.

UNITERMOS: divertículo de Meckel; complicações

O divertículo do íleo foi mencionado, pela primeira vez, por *Lavater* (1672), cabendo a *Ruysch*, em 1701, a primeira publicação a respeito. No entanto, foi *Johan F. Meckel* (em 1809 e 1812) quem interpretou, com maior precisão, a patologia, tendo a mesma recebido o seu nome. Consiste em uma anomalia congênita, pouco freqüente, originária do conduto onfalomesentérico. Tal conduto conecta o saco vitelino ao intestino médio do embrião, atrofiando-se ao redor da quinta semana da fase embrionária e sendo normalmente absorvido por volta da décima semana¹⁸⁻¹⁹.

As anomalias da atrofia do conduto onfalomesentérico podem ocorrer de três maneiras:

1. Involução excessiva
 2. Falta de involução
 3. Involução incompleta – nesta podem ocorrer três eventualidades:
 - a) persistência do segmento umbilical
 - b) persistência do segmento médio
 - c) persistência do segmento intestinal, constituindo o Divertículo de Meckel¹⁰⁻²⁵.
-

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral dos Hospitais da Irmandade de Misericórdia de Campinas – Hospital Irmãos Penteados e Santa Casa de Misericórdia.

O divertículo de Meckel constitui-se, portanto, num “pequeno saco”, localizado geralmente na borda antemesentérica do íleo, medindo aproximadamente 5 cm de comprimento, e é encontrado ao redor de 2% da população¹⁰⁻²³. São, na maioria das vezes, assintomáticos, só se manifestando quando ocorre algum tipo de complicação⁹⁻²³.

O objetivo do presente trabalho é apresentar os doentes portadores de divertículo de Meckel com complicações, operados no serviço de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Irmãos Penteados e Santa Casa de Misericórdia de Campinas, comparando dados e resultados obtidos com aqueles da literatura médica.

MATERIAL E MÉTODOS

São estudados, retrospectivamente, seis pacientes portadores de divertículo de Meckel com complicações, diagnosticados e tratados cirurgicamente no período de janeiro de 1978 a outubro de 1987, no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Irmãos Penteados e Santa Casa de Misericórdia de Campinas.

RESULTADOS

A idade mínima foi de três anos e nove meses e a máxima de 25 anos, com média de 14,5 anos. Todos os pacientes eram de cor branca e do sexo masculino.

Com relação ao quadro clínico, a enterorragia foi a manifestação mais freqüente, sendo que um dos pacientes deu entrada em choque hemorrágico por enterorragia maciça. Em todos os pacientes com enterorragia o diagnóstico foi realizado no peroperatório.

Fístula com supuração foi encontrada em uma criança de três anos e nove meses que apresentava supuração crônica e sangramentos pela cicatriz umbilical, na qual havia sido feito anteriormente diagnóstico de hérnia umbilical. Neste paciente realizou-se fistulografia que revelou duas coleções de contraste com cerca de 1 cm

de diâmetro ao nível do umbigo, sendo a imagem sugestiva de persistência do conduto onfalomesentérico. À laparotomia constatou-se divertículo de Meckel de 5 cm de comprimento, situado a 2 cm de distância da válvula ileocecal. O divertículo comunicava-se com o umbigo através de um conduto que apresentava junto à extremidade umbilical uma formação cística de 1 cm e meio de diâmetro.

Abdome agudo foi encontrado em um jovem de 15 anos com quadro de dor abdominal difusa há dois dias e piora sensível da mesma há três horas. Ao interrogatório complementar relatou episódio de enterorragia 20 dias antes. Ao exame físico encontrava-se afebril, com palidez cutânea, além de abdome em tábua. Indicada a laparotomia, encontrou-se divertículo de Meckel situado a 20 cm da válvula ileocecal com hemorragia e perfuração, inclusive com presença de sangue dentro da cavidade peritoneal (Tabela 1).

Quanto às complicações encontramos quatro casos de enterorragia, sendo três casos de enterorragia simples (75%) e um caso de enterorragia associada à perfuração (16,6%), perfazendo-se 66,6% das complicações da nossa casuística (Tabela 2).

Quanto à localização em relação à válvula ileocecal, encontramos média de 18,6 cm (mínimo de dois e máximo de 30 cm) (Tabela 3).

Com relação à presença de mucosa ectópica, constatamos mucosa gástrica com úlcera péptica em cinco doentes (83,3%) e mucosas gástrica, duodenal e jejunal em um outro doente (16,6%). Em relação à conduta cirúrgica, foram

realizadas ressecção de divertículo em quatro casos (66,6%) e ressecção de segmento intestinal que continha o divertículo de Meckel em dois casos (33,3%).

Todos os pacientes foram submetidos à drenagem da cavidade peritoneal e à antibioticoterapia, sendo o tempo médio de internação hospitalar de nove dias com boa evolução no pós-operatório.

DISCUSSÃO

O divertículo de Meckel é encontrado mais freqüentemente em crianças, onde costuma ser mais sintomático^{1,6-28}.

Não há referências bibliográficas sobre o predomínio do divertículo em relação à raça. Quanto ao tamanho são descritos de 1 a 26 cm de comprimento, sendo a média de 3 a 5 cm. São encontrados no íleo até a 150 cm da válvula ileocecal, razão por que, quando inflamados, simulam quadro de apendicite aguda.

São geralmente assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico, o qual, muitas vezes, é feito devido a complicações ou durante laparotomias realizadas por outras indicações.

As complicações são classificadas em cinco grupos:

1. grupo péptico
2. grupo inflamatório
3. grupo obstrutivo
4. grupo umbilical
5. grupo tumoral

O revestimento do divertículo é o mesmo do íleo na maioria dos casos. No entanto, no divertículo complicado há predominância de tecidos ectópicos (gástrico, duodenal, jejunal, colônico ou pancreático, isolados ou combinados). Destes, a mucosa gástrica é a mais freqüentemente encontrada nos divertículos de Meckel. Segundo Mackey, nos divertículos não complicados há cerca de 16,4% de mucosa ectópica, enquanto que em 62 casos de divertículos com complicações a incidência de mucosa ectópica foi maior: 34%¹⁷. Os grupos pépticos e inflamatórios são responsáveis pela grande maioria das complicações, o que se deve à mucosa ectópica. Hemorragia representa a complicação mais freqüente, seguida de inflamação que simula apendicite aguda.

Outra complicação da mucosa ectópica é a úlcera péptica (úlcera meckeliana) associada à mucosa gástrica ectópica².

A perfuração observada em um de nossos pacientes é muito rara^{1, 6, 23}.

Intussuscepção do divertículo de Meckel é encontrada em 11% dos casos¹³. Vôlvulo e obstrução também podem ser lembrados²⁹. A hérnia de Littre constitui raridade²⁴.

Quanto ao tratamento, a maioria dos autores realiza apenas a ressecção do divertículo, reservando a ressecção de um segmento ileal para suas complicações¹³. Tal é proposto pelo nosso serviço.

Madden propõe a exérese do divertículo em sua base²⁰. No entanto, nos casos em que o divertículo apresenta base larga, quando a ressecção em cunha poderia levar à diminuição do calibre do íleo ou quando se suspeita de mucosa invadindo o íleo, julgamos mais adequada a ressecção de um segmento de íleo, que contém o divertículo de Meckel, a pelo menos um centímetro de ambos os lados de sua base^{4, 23}.

Tabela 1 - Quadro clínico

Sinais e sintomas	Nº de casos	%
Pirose	1	16,6
Fístula com supuração	1	16,6
Abdome agudo	1	16,6
Dor abdominal	2	33,3
Enterorragia	4	66,6

Tabela 2 - Complicações

	Casos	%
Enterorragia	3	50,0
Enterorragia + Perfuração	1	16,6
Fístula externa	1	16,6
Inflamação (Diverticulite)	1	16,6

Tabela 3 - Localização (Relação válvula ileocecal)

Caso nº 1	2 cm
Caso nº 2	15 cm
Caso nº 3	15 cm
Caso nº 4	20 cm
Caso nº 5	30 cm
Caso nº 6	30 cm

Nos casos de persistência do conduto onfalomesentérico, procedemos a ressecção em monobloco do conjunto, a partir do umbigo, completando-se com ressecção em cunha do divertículo na base da implantação.

CONCLUSÕES

1 Divertículo de Meckel deve ser sempre lembrado na vigência de hemorragia digestiva baixa.

2. O mesmo para casos de peritonite difusa.

3. Nos casos de onfalite crônica ou processos fistulosos pelo umbigo na criança, suspeitar da afecção.

4. Um grande número de doentes com divertículos com complicações só tem diagnóstico firmado através de laparotomia exploradora.

5. Sempre que possível realizar apenas o divertículo de Meckel.

6. Nos limites da base de implantação do divertículo de Meckel pode ocorrer presença de mucosa gástrica ectópica invadindo a mucosa ileal. Nestes casos está indicada a ressecção de um segmento de íleo de pelo menos 1 cm de ambos os lados de sua base.

MURARO CPM, TAGLIOLATTO JR. L, MURARO CAS, LIMA NETO JR, SILVA CEM - Meckel's diverticulum with complications.

SUMMARY: The authors show six cases of Meckel's diverticulum with complications treated in the Irmãos Penteadó and Santa Casa de Misericórdia Hospital's, both in Campinas. They discuss the embryology, anatomy and histopatologic aspects. They classify all difficulties associated to each case and comments the diagnosis and the treatment. The data obtained was correlated with extensive bibliographic list.

KEY WORDS: Meckel's diverticulum; complications

REFERÊNCIAS

1. Albert E, Duperrat B, Jolly G, Fourati M. Perforation d'ulcère du diverticule de Meckel sans hémorragie intestinale, au cours d'une corticothérapie. *Med Chir Dig*, 1973; 2: 241.
2. Alonso RU, Gonzales GS. Ulcus péptico sangrante en divertículo de Meckel. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1973; 41: 63.
3. Castleden WM. Meckel's diverticulum in a umbilical hernia. *Br J Surg* 1970; 57: 932.
4. Diez MM, Elizondo ME, Julian GG. Patología del divertículo de Meckel. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1974; 43: 45.
5. Dony A, de Witte C, Serste JP. Diverticule de Meckel et hémorragie digestive. *J Belg Rad* 1974; 57: 455.
6. Escrivatá JE, Carril SR. Abdomen agudo y perforacion de una úlcera péptica meckeliana. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1974; 42: 67.
7. Ewerth S, Hellers G et al. - Carcinoma of Meckel's diverticulum. *Acta Chir Scand* 1979; 145: 203.
8. Farthing MG, Griffiths NJ et al. Occult bleeding from Meckel's diverticulum. *Br J Surg* 1981; 68: 176.
9. Guimarães AS, Carril CF. Complicações do divertículo de Meckel. *Rev Paul Med* 1971; 78: 189.
10. Granado A, Granado JAL, Ochoa P, Arteché AF, Jaraba JJ. Divertículo de Meckel. *Rev Esp Enf Ap Dig* 1972; 38: 999.
11. Haimov M, Rybak BJ, Greenberg EI, Dreiling DA. Lomer gastrointestinal bleeding due to ulcerations in a Meckel's diverticulum and adjacent ileum with enteroliths formations. *Am J Gastroenterology*, 1972; 58: 497.
12. Kuttner H. Ileus durch intussusception lines Meckelschen divertikel. *Beitr Klim Chir* 1898; 21: 298.
13. Lamy J. Tratado de técnica quirúrgica Barcelona, Ed. Toray Masson, 1973: Vol. XI.
14. Long-Stvenson A. Meckel's diverticulum: to look or not to look: to resect or not resect. *Ann R Coll Surg Engl* 1983; 65: 218.
15. Laurence RE. A case of coconut bezoar and Meckel's diverticulum. *Postgrad Med J* 1982; 58: 119.
16. Leslie MD, Stater ND et al. Small bowel fistula from a Littre's hernia. *Br J Surg* 1983; 70: 244.
17. Mackey WC, Dineen P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 56.
18. Meckel JF. Beiträge zur vergleichenden anatomie. Leipzig: Carl Heinrich Reclam, 1808.
19. Meckel JF. Ueber die divertikel am darmkanal. *Arch Physiol* 1809; 9: 421.
20. Madden JL. Atlas de técnicas em cirurgia. 2ª Ed., Mexico. Ed Interamericana, 1967.
21. Monod Broca Ph, Bach CH, Desgrez A. Hemorragies intestinales. Contribution à la détection des hétérotipes de muguense gastrique et du diverticule de Meckel intérêt du scintigramme gastrique. *Mén Acad Chir* 1972; 98: 649.
22. Muraro CM, Costa Corrêa H. Hemorragias digestivas. *Arq Bras Med* 1968; 55: 177.
23. Ocaña Losa JM, Valles MDCG, Alonso ML. Divertículos de Meckel sintomáticos. *Rev Esp Ap Digest* 1975; 46: 25.
24. Perlman JA, Hoover HC et al. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum. (Littre's hernia) *Am J Surg* 1980; 139: 286.
25. Roswick RP. Perforation of Meckel's diverticulum by foreign bodies. *Postgrad Med J* 1965; 41: 105.
26. Rutherford RB, Akers DR. Meckel's diverticulum: a review of 148 pediatric patients, with reference to the pattern of bleeding and to mesodiverticular vascular bands. *Surgery* 1966; 59: 618.
27. Simms MH, Corkery JJ. Meckel's diverticulum: It's association with congenital malformations and the significance of atypical morphology. *Br J Surg* 1980; 67: 216.
28. Soderlund S. Meckel's diverticulum: a clinical e histologic study. *Acta Chir Scand. (Suppl.)* 1959; 248: 1.
29. Williams RS. Management of Meckel's diverticulum. *Br J Surg* 1981; 68: 477.

Endereço para correspondência:
Luiz Tagliolatto Jr.
Rua Riachuelo, 200 - ap. 201
13130 - Centro - Campinas - SP