

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL — RELATO DE UM CASO

ISAAC SOARES DE LIMA
ANTENOR TEIXEIRA LEAL
RICARDO L. S. HOULY
ADNIZE SILVA ALVES

LIMA IS, LEAL AT, HOULY RLS, ALVES AS — Divertículo de Meckel como causa de obstrução intestinal — Relato de um caso.

Rev bras Colo-Proct., 1989; 9(1): 25-27.

RESUMO: O autor relata um caso clínico de paciente com obstrução intestinal tendo como causa torção de um divertículo de Meckel. Faz uma breve revisão da literatura e tece considerações sobre a etiologia, incidência, diagnóstico, complicações e tratamento da patologia.

UNITERMOS: divertículo de Meckel; obstrução intestinal

O divertículo de *Meckel*, espécie de apêndice implantado sobre o íleo na sua borda antemesentérica, representa a parte justa intestinal do conduto onfalomesentérico do embrião, sendo a mais comum anomalia do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2% das crianças¹⁻⁴.

O canal onfalomesentérico normalmente desaparece em torno da 8^a à 9^a semana, período em que se estabelece a nutrição placentária^{3, 5, 6}. A falência da completa obliteração e absorção do ducto onfalomesentérico origina um divertículo localizado na parte subterminal do íleo. Situa-se de 25 a 180 cm da válvula ileocecal, em média 56 cm^{2, 3, 4, 6}.

Sua freqüência na população geral é de 1 a 3%, produzindo sintomas em 20% desses indivíduos^{3, 6, 7, 8, 9}.

As manifestações clínicas não são específicas, e dependem do tipo de complicação que nele se instale. Essas manifestações costumam surgir nos primeiros anos de vida, de modo que 80% dos pacientes que apresentam sintomatologia têm menos de 15 anos de idade e que 45% têm idade inferior a dois anos. Esse dado é muito importante para fazer diagnóstico diferencial, pelo fato de a apendicite ser rara em crianças com menos de dois anos

de idade⁶. O divertículo de *Meckel* é em geral encontrado em cirurgia incidentalmente em cerca de 0,14 a 4,5%, ou, em autópsia, de 0,3 a 4%^{7, 10}.

Relato do caso

Identificação: Menor, sexo masculino, um ano e três meses de idade, natural de Alagoas.

História Clínica: Menor deu entrada na Unidade de Emergência Dr. *Armando Lages* em 10/10/86, com queixas de dor, vômitos e parada de eliminação de fezes e gases. As dores se exacerbavam com ritmicidade de caráter tipo cólicas. A mãe do menor não relata episódios anteriores. A primeira vez foi esta, e de caráter súbito, obrigando-a a procurar nosso serviço com menos de seis horas de duração.

Exame Físico: Revelava temperatura axilar de 36,7°C, pulso cheio, com 68 batimentos/minuto, respiração de 26 inspiorações/minuto. AP e ACV — sem alterações. Abdome — Bastante distendido, não apresentando hepatoesplenomegalia. A ausculta revelava ruídos de peristalse de luta. Toque retal — Pouco resíduo fecal na ampola retal.

Exame complementar: A rotina de abdômen agudo revelou tratar-se de um quadro obstrutivo (Fig. 1). Devido à urgência do quadro, não foram realizados outros exames complementares.

Tratamento: A laparotomia revelou um divertículo de *Meckel* de base estreita, com sinais de sofrimento na sua extremidade, onde fazia uma verdadeira torção, o que provocava o quadro de oclusão (Fig. 2). O apêndice ileocecal estava normal, e não havia líquido na cavidade abdominal. Procedemos apenas a sua exérese e sutura da alça intestinal com pontos separados de prolene 000. Não drenamos a cavidade abdominal e feita síntese por planos.

Evolução: O menor evoluiu bem no pós-operatório imediato, tendo como complicação tardia a rejeição dos pontos de algodão da aponeurose.

Anatomia Patológica: Confirmou o diagnóstico de divertículo de *Meckel*, acrescentando apenas a área de necrose já vista macroscopicamente.



Fig. 1 - Raio X simples de abdômen compatível com obstrução intestinal.

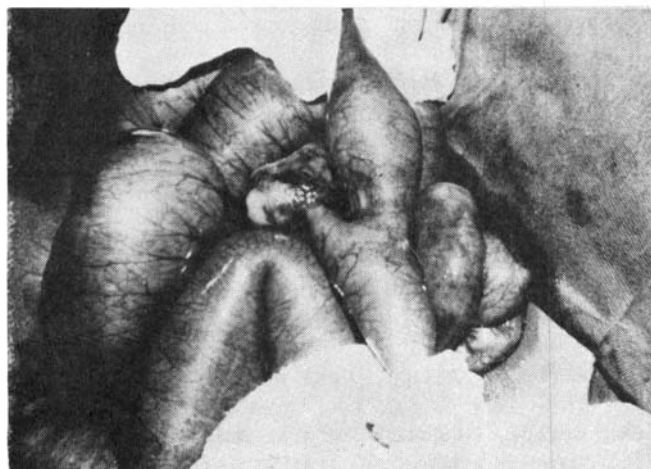


Fig. 2 - Divertículo de Meckel.

COMENTÁRIOS

Entre as complicações mais frequentes do divertículo de Meckel encontramos as inflamatórias, ulcerosas, hemorrágicas, perfurativas, obstrutivas e neoplásicas⁷.

A obstrução intestinal pode resultar da torção em torno de um cordão fibroso que se estende da ponta do

divertículo ao umbigo, parede abdominal, mesentério, ou pode ser causada por invaginação do divertículo⁶. A obstrução intestinal está presente em cerca de 36,5% dos casos complicados⁸.

A obstrução intestinal com divertículo fixo pode ser causada por quatro mecanismos: tração direta que provoca angulação da alça; compressão da alça por uma brida diverticular; formação de um anel pelo divertículo que permite a estrangulação de uma parte da alça e volvo do íleo que tem como eixo de tração o divertículo fixado.

Na oclusão com divertículo livre podemos incluir: a invaginação intestinal; nó diverticular; volvo; acotovelamento da alça em que assenta o divertículo, e torção longitudinal do intestino.

No nosso caso o quadro de obstrução intestinal foi causado por um divertículo de base estreita, onde fazia uma torção, classificando-o como divertículo livre que formava um verdadeiro nó diverticular.

O tratamento cirúrgico nos casos complicados se impõe. Porém, a dúvida é quando se encontra incidentalmente⁹.

Maglione e cols.⁹ em suas revisões de literatura ressaltam as seguintes conclusões para não ressecar o divertículo: não se deve intervir em pacientes que não apresentam sintomatologia; toda cirurgia intestinal tem risco de falha, podendo contaminar a cirurgia primária, além de prolongar o ato operatório; se a sutura não falha, mas pode criar aderências que venham a ser causa de complicações secundárias, não deve ser feita a diverticulectomia na presença de inflamação aguda de outros órgãos.

Eles ainda relatam a posição de ressecar o divertículo devido aos seguintes aspectos: divertículo de Meckel que macroscopicamente pode apresentar-se normal está associado a processos inflamatórios; todo divertículo pode complicar; um divertículo de Meckel complicado na maioria das vezes gera um quadro grave, com elevada mortalidade em pacientes idosos; as ressecções de um divertículo de Meckel normal podem dar complicações pós-operatórias, porém causam mortalidade muito menor que nos casos com complicação.

A conduta adequada deve ser estabelecida com base nas probabilidades que tem o divertículo, de acordo com suas características anômicas, e de acordo também com a gravidade do paciente que tratamos⁹.

O tratamento proposto para o caso relatado foi cirúrgico, tendo em vista o quadro de obstrução intestinal devido à torção do divertículo de Meckel.

LIMA IS, LEAL AT, HOULY RLS, ALVES AS - Meckel's diverticulum as cause of intestinal obstruction.

SUMMARY: The authors report a clinical case of a patient with intestinal obstruction caused by torsion of a Meckel's diverticulum. They make a short report on general consideration etiology, incidence, diagnostic, complication and treatment of the Meckel's diverticulum.

KEY WORDS: Meckel's diverticulum; intestinal obstruction

REFERÊNCIAS

1. Vane DW, West KW, Grosfeld JL. Vitelline Duct Anomalies. Arch Surg 1987; 122: 542-547.
2. Maia F, Chinelli A, Viana R, Vieira OM. Divertículo de Meckel, conduta diante de achado incidental. ARS CVRANDI 1984; 33: 25-27.
3. Torres EZ, Hepp AC, Boscardin EL, Neubauer MS. Divertículo de Meckel complicações e tratamentos. Revista Médica do Paraná, 1981; 41: 31-34.
4. Sainz EM, Menendez BS. Consideraciones diagnósticas en el divertículo de Meckel. Revista Cubana de Cirugía 1984; 23: 268-278.
5. Martinez NR, Rimoli LF, Sgarbi EC, Araújo RC de, Sgarbi ST, Sgarbi JM, Sgarbi DM, Sgarbi JA. Divertículo de Meckel com complicações. Ars Cvrandi 1983; 2: 7-16.
6. Utiyama EM, Akamine M, Marimoto RY, Fontes R, Bevilacqua RG, Birolino D, Oliveira MR. Complicações do divertículo de Meckel. Revista Paulista de Medicina 1985; 103: 19-22.
7. Trupo FJ, Aburahma A. Meckel's diverticulum in a femoral hernia. Southern Medical Journal 1987; 80: 655-656.
8. Cantisani G, Souza HP de, Assoni C, D'Ávila CLR, Souza AM de. Divertículo de Meckel hemorrágico. Revista Amrigrs 1985; 29: 145-147.
9. Maglione H, Armand A, Garat E. Conducta a adoptar ante el hallazgo incidental de un divertículo de Meckel. Revista de Cirurgia del Uruguay 1981; 51: 524-526.
10. Guss DA, Hoyt DB. Axial volvulus of Meckel's diverticulum, a rare cause of acute abdominal pain. Annals of Emergency Medicine 1987; 16: 811-812.

Endereço para correspondência:
Isaac Soares de Lima
Lot. Stella Maris, Q 26 nº 130 - Jatiúca
57035 - Maceió - AL