

DIVERTÍCULO DE MECKEL ENCONTRADO INCIDENTALMENTE

LUIZ TAGLIOLATTO JR., ASBCP
JORGE ABRAHÃO NETO, ASBCP

TAGLIOLATTO JUNIOR L, ABRAHÃO NETO J - Divertículo de Meckel encontrado incidentalmente. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10(1): 13-16

RESUMO: É analisada a opinião de cirurgiões sobre a conduta em várias circunstâncias do Divertículo de Meckel encontrado incidentalmente. A literatura foi revista.

UNITERMOS: Divertículo de Meckel; morbidade, tratamento

Não há dúvida quanto à atitude a ser tomada frente a um Divertículo de Meckel com complicações (1). No entanto, considerável diferença de opinião existe na literatura (2-22) e entre cirurgiões experientes a respeito do correto tratamento do Divertículo de Meckel encontrado casualmente.

A diverticulectomia incidental pode ser acompanhada de morbidade (3, 10, 15, 17) mas se o divertículo não é ressecado, morbidade similar ou mesmo mortalidade pode ocorrer. Foram coletadas as opiniões de cirurgiões experientes a nível nacional através de um questionário baseado em um trabalho similar desenvolvido no Reino Unido (22).

MÉTODOS

O questionário está apresentado no *Quadro 1*, sendo este enviado a 271 membros titulares da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia. Solicitamos aos colegas responderem as questões, considerando: (I) que um jovem cirurgião tinha produzido as situações referidas no questionário, mas que um cirurgião experiente deveria decidir por qualquer ressecção necessária; (II) que as cirurgias tenham sido indicadas devido a sinais e sinto-

mas localizados na fossa ilíaca direita e incisão sobre a mesma (McBurney), sem outras patologias aparentes; (III) que "macroscopicamente normal" significa anormalidade não visível ou palpável.

Quadro 1 - Questionário

1. Um apêndice inflamado agudamente é encontrado e removido. Deve-se procurar pelo Divertículo de Meckel?	Sim	Não
2. Um apêndice inflamado foi removido. Um Divertículo de Meckel, o qual é macroscopicamente normal com uma base larga, também é encontrado. Deve ser este ressecado?	Sim	Não
3. Um apêndice inflamado foi removido. Um Divertículo de Meckel de base estreita macroscopicamente normal também é encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
4. Um apêndice inflamado foi removido. Um Divertículo de Meckel macroscopicamente anormal com tecido ectópico palpável (?) também é encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
5. Um apêndice purulento e perfurado foi removido. Um Divertículo de Meckel macroscopicamente anormal com tecido ectópico palpável (?) é também encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
6. Um apêndice macroscopicamente normal é encontrado e ressecado. Um D. de Meckel de base larga macroscopicamente normal é também encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
7. Um apêndice macroscopicamente normal é encontrado e ressecado. Um D. de Meckel macroscopicamente normal com base estreita é também encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
8. Um apêndice macroscopicamente normal é encontrado e ressecado. Um D. de Meckel macroscopicamente anormal com tecido ectópico palpável (?) é também encontrado. Deve este ser ressecado?	Sim	Não
9. Deve a idade de um "paciente apto a ser submetido a anestesia geral" (maior de 10 anos), afetar qualquer de suas decisões?	Sim	Não
10. Se a resposta anterior for sim, você deveria estar mais inclinado a ressecar o grupo de idade:		
10 - 30 anos	Sim	Não
30 - 60 anos	Sim	Não
> 60 anos	Sim	Não

11. Se uma incisão paramediana direita mostrou uma apendicite purulenta perfurada, mas também um D. de Meckel macroscopicamente anormal com tecido ectópico palpável (?) (notado quando se procurava o apêndice) dever-se-ia ressecar ambos?

Sim Não

de 10% de seus membros titulares responderam o questionário que lhes foi enviado. No entanto, representa a opinião de um grupo de cirurgiões que são profissionais experientes cujas respostas preenchem a posição desse trabalho e, achamos, não o inviabiliza.

Apenas 24 respostas foram obtidas. Estas não correspondem a uma opinião que represente a Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, pois menos

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no Gráfico 1.

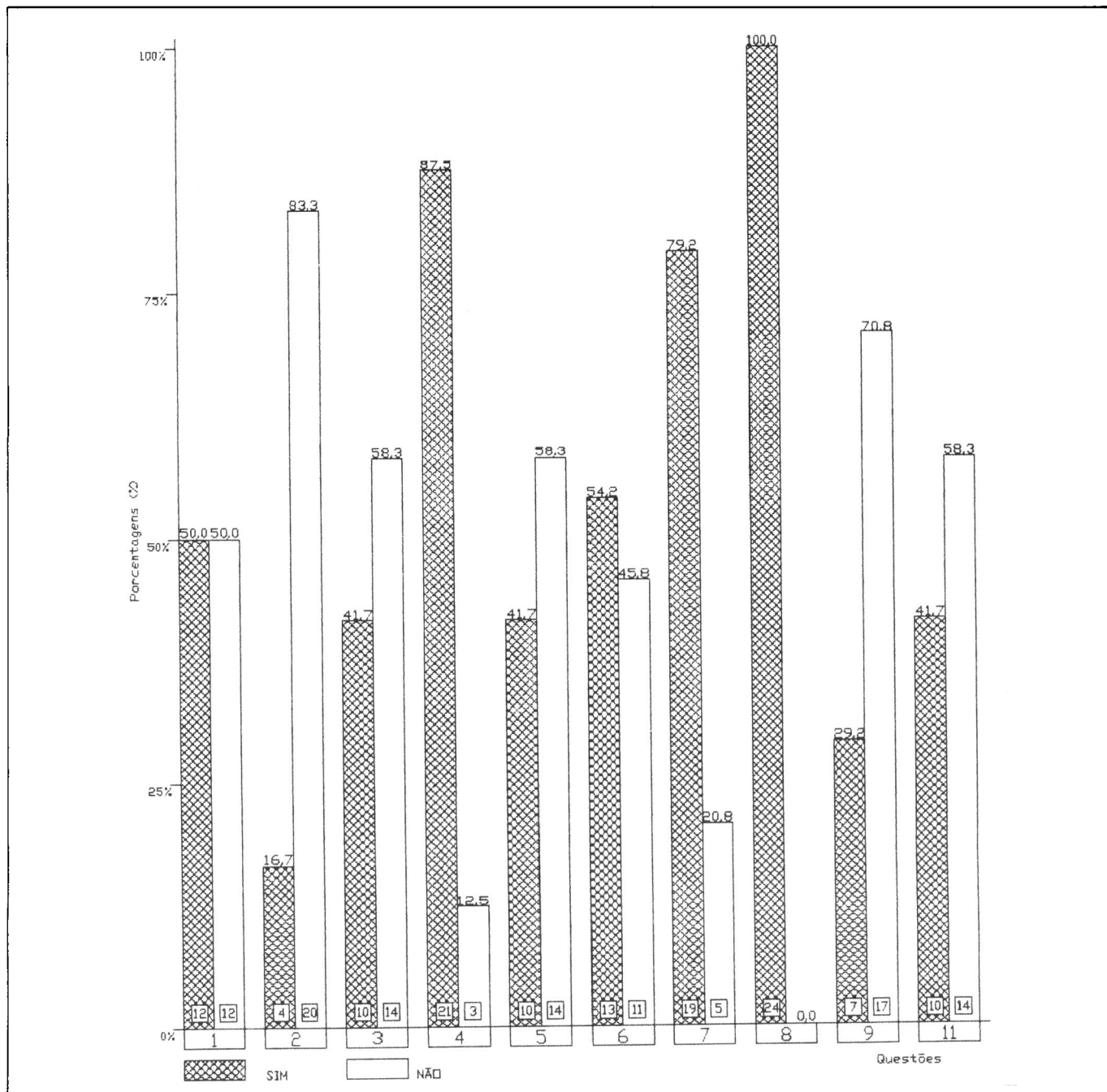


Gráfico 1 - Respostas Sim e Não para as questões 1 a 9 e 11 estão expressas em porcentagem (números justapostos às barras) e em número absoluto (números dentro das barras).

DISCUSSÃO

Vinte e quatro questionários foram coletados. Tomando-se as respostas como um todo, está muito claro que existe considerável controvérsia na maioria das situações propostas (*Gráfico 1*). Somente na questão 8 a resposta foi unânime em ressecar o Divertículo de Meckel.

Na questão 1, um apêndice inflamado agudamente é encontrado e ressecado. Poder-se-ia-se considerar que o diagnóstico clínico havia sido confirmado, e que a procura de um Divertículo de Meckel levaria ao risco de disseminar uma infecção localizada através da cavidade peritoneal (4) e que todos deveriam parar na apendicectomia. No entanto, 50% foram a favor de procurar o Divertículo de Meckel, atitude essa que tem o respaldo na literatura (11, 13).

Nas questões 2, 3 e 4 um apêndice inflamado foi removido. Um Divertículo de Meckel, respectivamente, de base larga, estreita e macroscopicamente anormal é também encontrado. Na primeira situação apenas 16,7% foram a favor da ressecção do Divertículo de Meckel de base larga, embora este seja potencialmente uma fonte de complicação pela implantação de corpos estranhos, ou tornar-se o ápice de uma intussuscepção (4, 10). No segundo caso, 41,6% foram a favor de ressecar um Divertículo de Meckel de base estreita. Este aumento percentual atribui-se a ser o de base estreita mais susceptível a complicações (22). Na terceira situação, 87,5% foram a favor de ressecar o Divertículo com tecido ectópico. Devemos lembrar que tanto a idéia de divertículo de base larga ou estreita quanto a sensação palpatória de tecido ectópico são subjetivas. Tecido ectópico está presente em 6 a 17% dos Divertículos de Meckel (10, 12, 15).

Na questão 5, um apêndice purulento foi removido mas um Divertículo de Meckel anormal com possível tecido ectópico foi encontrado. Foram a favor de ressecar o Divertículo de Meckel, 41,7%. Assim, aproximadamente 45% daqueles que eram a favor de ressecar o Divertículo de Meckel, provavelmente anormal na presença de um apêndice inflamado, optaram por não ressecá-lo quando o apêndice era purulento. A contaminação da cavidade peritoneal ocorreu, e deve-se decidir a propósito de intervir sobre o intestino delgado ou deixar um provável Divertículo de Meckel com tecido ectópico.

Maingot sugere que a ressecção do D. de Meckel na presença de inflamação aguda de um outro órgão é contra-indicada (4). Já em outras situações, sem peritonite, a remoção de um D. de Meckel incidental elimina a futura possibilidade de complicação sem aumentar significativamente o risco cirúrgico (3, 5, 7-11, 13, 15, 17, 20,

21, 23). *Aubrey*, entretanto, revisou 30 casos de apendicite aguda nos quais D. de Meckel foi ressecado sem complicações (10). *Robins* descreveu 20 cirurgias em 100, para Divertículo de Meckel com complicações, as quais ocorriam após o Divertículo ter sido notado em uma operação prévia (13). A decisão sobre se deixar ou não um possível D. de Meckel com tecido ectópico palpável deverá se basear no conhecimento da sua taxa de complicação. Assim, se a probabilidade de complicação for baixa não se justificaria arriscar a realização de uma anastomose em meio à peritonite.

Na questão 11 a mesma situação de uma apendicite purulenta e de um D. de Meckel é proposta, mas a via de acesso é através de incisão paramediana direta. Percentualmente não houve qualquer alteração na conduta, devido à mudança da exposição cirúrgica em relação à questão 5.

Na questão 6 um apendicite normal foi removido e um D. de Meckel macroscopicamente normal de base larga é encontrado. Foram a favor de ressecá-lo 54,2%. Na ausência de uma outra patologia, deve-se considerar que os sintomas têm uma alta possibilidade de serem provenientes ou do apêndice ou do Divertículo de Meckel (22), mesmo que eles apresentem aspecto normal a olho nu ou à palpação (22). Na questão 7 um apêndice normal foi removido e um Divertículo de Meckel macroscopicamente normal de base estreita é encontrado. Observou-se um aumento de 35% a favor de ressecá-lo em relação ao quadro anterior.

Na questão 9, 70,8% responderam que a idade não afetava seu tratamento sobre um D. de Meckel incidentalmente encontrado. Daqueles cuja decisão foi modificada pela idade do paciente, a maioria estava mais inclinada a ressecar na faixa de idade de 10 a 30 anos; em segundo lugar de 30 a 60 anos, e ninguém acima de 60 anos. Isto é em parte avalizado pela literatura que mostra ser a incidência de complicações maior antes dos 20 anos de idade, apesar de o prognóstico em termos de morbidade e mortalidade ser pior no idoso (15, 16). *Soltero* e *Bill* mostraram maior risco de complicações na primeira década, 4%; caindo para 2,5% aos 20 anos e aproximadamente 1% aos 60 anos de idade (16).

Observa-se neste estudo uma grande divergência de opiniões quanto a ressecar ou não um D. de Meckel achado incidentalmente. Divergência também é encontrada na literatura quanto à taxa de complicações, variando de 4 a 33% (15-19). Atualmente, considera-se mais fidedigna a taxa de 4% (17). É considerada incidência de D. de Meckel na população a taxa de 2% (2-8, 12, 15, 17, 19, 22). *Soltero* e *Bill* calcularam como índice de complicação em indivíduo com 35 anos de idade um valor de 2%. Há uma tendência à diminuição da taxa de incidência com o aumento de idade. Assim, em uma população

de 1.250 pessoas, 25 apresentariam D. de Meckel e entre elas, apenas uma, complicação. *Soltero e Bill* calcularam que 800 D. de Meckel normais achados incidentalmente deveriam ser removidos dos indivíduos acima de 35 anos para se prevenir uma morte, incorrendo um risco de 10% de morbidades pós-operatórios. Baseados nisto eles recomendam que a diverticulectomia incidental raramente seja indicada.

CONCLUSÃO

Podemos concluir através deste estudo, frente às opiniões obtidas sobre a operação no quadrante inferior direito do abdome que:

1. Não há opinião conclusiva quanto a se procurar ou não pelo Divertículo de Meckel diante de um apêndice inflamado.

2. Diante de um apêndice inflamado que foi removido, a tendência é não ressecar um Divertículo de Meckel de base larga (83,3%). O Divertículo de base estreita não apresenta estatisticamente uma conduta a ser tomada, mas diante de um Divertículo de Meckel macroscopicamente anormal, a tendência é ressecá-lo (87,5%).

3. Diante de um apêndice purulento e perfurado que foi removido, e um Divertículo de Meckel com possível tecido ectópico, não há estatisticamente tendências, independente da incisão realizada.

4. Diante de um apêndice normal encontrado e ressecado, e um Divertículo de Meckel respectivamente de base estreita e com tecido ectópico palpável, a tendência é ressecá-lo em porcentagem crescente (79,2% e 100%), enquanto que o de base larga não mostra diferença estatística.

5. Este trabalho não representa a opinião dos membros titulares da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, e pelo pequeno número de respostas analisadas não pode ser considerado como definitivo. Os resultados indicam apenas tendências em determinadas condutas. Não podemos estabelecer uma padronização de conduta a ser seguida diante do Divertículo de Meckel incidental. O assunto é polêmico e assim permanecerá por muito tempo ainda, abrindo espaço para futuras pesquisas.

Agradecimento - *Agradecemos aos colegas que gentilmente responderam o questionário que lhes foi enviado, bem como ao Prof. Dr. José Alfredo dos Reis Neto pelas oportunas sugestões.*

TAGLIOLATTO JR. L, ABRAHÃO NETO J - Incidentally found Meckel's diverticulum.

SUMMARY: The opinions of surgeons on their management of an incidentally found Meckel's Diverticulum under various circumstances is obtained and analysed. The literature is reviewed.

KEY WORDS: Meckel's Diverticulum; morbidity; management

REFERÊNCIAS

1. Muraro CPM, Tagliolatto Jr. L, Muraro CAS, Lima Neto JR. Divertículo de Meckel com complicações. Rev bras Colo-Proct 1988; 8(3): 102-104.
2. Benson CD, Linkner LM. The surgical complications of Meckel's Diverticulum in infants and children. Arch Surg 1956; 73: 393-8.
3. Schlicke CP, Johnston EV. Experiences with Meckel's Diverticulum. Surg Gynaecol Obstet 1968; 26: 91-3.
4. Maingot R. Abdominal operations, 4th edition. London: Lewis, 1961: 1080-4.
5. Shepherd JA. Surgery of the abdomen, 2nd edition. Edinburgh: E & Livingstone 1968: 238-44.
6. Castleden WM. Meckel's Diverticulum in a umbilical hernia. Brit J Surg 1970; 57: 932-3.
7. Case TC. Meckel's Diverticulum in an adult. J Am Geriatr Soc 1971; 19: 649-51.
8. Passero E, Richmond D, Gordon E. Surgery for Meckel's Diverticulum in adult. Arch Surg 1966; 93: 315-8.
9. Wetzner S. Carcinoid of Meckel's Diverticulum. Cancer 1969; 23: 1430-6.
10. Von Hedenberg C. Surgical indications in Meckel's Diverticulum. Acta Chir Scand 1969; 135: 530-3.
11. Aubrey DA. Meckel's Diverticulum. Arch Surg 1970; 100: 144-6.
12. Baker WF. Meckel's Diverticulum discussion. Am J Surg 1976; 132: 171.
13. Robins RE. Meckel's Diverticulum Discussion. Am J Surg 1976; 132: 172.
14. Root GT, Baker CP. Complications associated with Meckel's Diverticulum. Am J Surg 1967; 114: 285-8.
15. Michas CA, Cohen SE, Wolfman EF. Meckel's Diverticulum. Am J Surg 1975; 129: 682-5.
16. Hutchinson GH, Randall PR. Meckel's Diverticulum. J R Coll Surg Edin 1981; 26: 86-8.
17. Soltero MS, Bill AH. The natural history of Meckel's Diverticulum and its relation to incidental removal. Am J Surg 1976; 132: 168-73.
18. Meckel J. Handbuch der Pathologischen Anatomie, Leipzig CH. Reclam 1812, vol. 1.
19. Moses WR. Meckel's Diverticulum. N Engl J Med 1947; 237: 118-21.
20. Sonderlund S. Meckel's Diverticulum. Acta Chir Scand (suppl) 1959; 13: 248.
21. Williams RS. Management of Meckel's Diverticulum. Br J Surg 1981; 68: 477-80.
22. Lang Stevenson A. Meckel's Diverticulum: to look or not to look: to resect or not to resect. Annals of the Royal College of England 1983; 65: 218-20.