

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

BOWEL OBSTRUCTION IN MECKEL'S DIVERTICULUM: case report

Camilla Farias Amorim Curvello¹

1. Interna do 10º período de Medicina da Universidade do Grande Rio José de Souza Herdy.

Trabalho realizado no Hospital Municipal Desembargador Leal Junior – Avenida Prefeito Álvaro de Carvalho Junior, s/n, Nancilândia, Itaboraí, RJ, Brasil.

Dados da autora:

Nome: Camilla Farias Amorim Curvello

Endereço: Rua Dr Paulo César, 155, apt 1201, bl2, Bairro Icaraí, Niterói, RJ.

Telefone: (21) 98188 1290; (21) 3712 3370

E-mail: camillamorim@gmail.com

RESUMO

Introdução: O divertículo de Meckel é uma malformação intestinal caracterizada por divertículo localizado na borda antimesentérica do íleo a cerca de 40cm da válvula íleo cecal, e representa o remanescente da porção proximal do conduto onfalomesentérico. Seu lúmen apresenta mucosas ectópicas, principalmente gástricas ou pancreáticas, sendo as complicações muitas vezes associadas a essas ectopias.

Objetivo: Relatar um caso de obstrução intestinal por divertículo de Meckel, alertando a classe médica sobre sua importância, tendo em vista que a doença tem curso assintomático, e que a falta de conhecimento sobre a patologia pode atrasar o diagnóstico e resultar em complicações severas.

Descrições: JGJ, 79 anos, sexo feminino, entrou na emergência com dor abdominal, sem eliminar flatus ou fezes há duas semanas, abdome distendido e vômitos fecalóides, múltiplas infecções por Ascaris. TC de abdome e pelve mostrou hérnia inguinal à esquerda com alça de delgado em seu interior, com distensão de alças. Foi submetida à laparotomia exploradora infraumbilical. À abertura do saco herniário, encontrou-se estrutura de aspecto diverticular em borda antimesentérica do íleo.

Conclusões: A estrutura foi classificada como divertículo de Meckel. Realizada segmentectomia de aproximadamente 15cm seguida de anastomose intestinal em dois planos. Sem outras lesões, fechamento por planos, sem tela. A paciente recebeu antibioticoterapia profilática, e alta hospitalar no quarto dia pós-operatório.

Palavras-chave: obstrução intestinal, divertículo, Meckel.

ABSTRACT

Introduction: Meckel's diverticulum is an intestinal malformation characterized by diverticulum located in the antimesenteric border of the ileum about 40cm from the cecal ileum valve, and represents the remaining portion of the proximal omphalomesenteric conduit. Its lumen presents ectopic mucous, mainly stomach or pancreas, and the complications often associated with these ectopias.

Objective: To report a case of intestinal obstruction due to Meckel's diverticulum, alerting the medical community about its importance, given that the disease has asymptomatic course, and that lack of knowledge about the disease can delay diagnosis and result in severe complications.

Descriptions: JGJ, 79, female, entered the emergency room with abdominal pain without eliminating flatus or stool for two weeks, distended abdomen and fecaloid vomiting, multiple infections by Ascaris. CT of the abdomen and pelvis showed inguinal hernia left with slender handle inside, with distension. She underwent exploratory laparotomy infraumbilical. At the opening of the sac, met diverticular aspect of structure antimesenteric border of the ileum.

Conclusions: The structure was classified as Meckel's diverticulum. Performed segmentectomy of about 15cm, followed by intestinal anastomosis in two planes. No other injuries, closure plans without screen. The patient received prophylactic antibiotics, and discharged on the fourth postoperative day.

Keywords: intestinal obstruction, diverticulum, Meckel.

INTRODUÇÃO:

O divertículo de Meckel é uma má formação rara com curso assintomático, sendo na maioria das vezes achado durante a realização de laparotomias ou necropsias¹. Habitualmente, o diagnóstico é realizado quando surgem complicações relacionadas à presença do divertículo e representadas por hemorragia, intussuscepção, obstrução intestinal por volvo ou herniação interna, perfuração, diverticulite ou neoplasias. Nos casos complicados, os sintomas são inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório^{1,5}.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente JGJ, 79 anos, sexo feminino, deu entrada na emergência relatando dor abdominal havia duas semanas, ausência de liberação de flatus ou fezes. Observou-se abdome distendido e vômitos fecalóides. Histórico de múltiplas infecções por *Ascaris*. Realizados exames laboratoriais onde verificou-se:

Hb: 13,8g/dl; Leucócitos: 17800 (7% bastonetes e 81% segmentados); Na⁺: 128mEq/L; K⁺: 4,2mEq/L; Uréia: 158 mg/dl; Creatinina: 2,0mg/dl.

TC de abdome e pelve mostrou hérnia inguinal à esquerda com alça de delgado em seu interior, com distensão de alças.

A paciente foi submetida à Laparotomia exploradora infra umbilical. À abertura do saco herniário, encontramos divertículo de Meckel estrangulado – estrutura de aspecto diverticular em borda antimesentérica do íleo.

Realizada segmentectomia de aproximadamente 15cm seguida de anastomose em dois planos com Vycril 3-0 e Prolene 4-0. Anastomose pérvia. Sem outras lesões, fechamento por planos, sem tela.

A paciente recebeu antibioticoterapia profilática, tendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório e não houve intercorrências.

DISCUSSÃO:

Apesar de rara, trata-se da anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal¹, caracterizada por divertículo localizado na borda antimesentérica do íleo, a cerca de 40cm da válvula íleo cecal, e representa o remanescente da porção proximal do conduto onfalomesentérico². Seu lúmen apresenta mucosas ectópicas, principalmente gástricas ou pancreáticas, sendo as complicações muitas vezes associadas a essas ectopias³.

Sua incidência varia de 0,2 a 4%. Desses, 4 a 6% apresentam complicações⁴: hemorragias (mais comuns em crianças) a obstruções (mais comum em adultos). A mortalidade decorrente das complicações do divertículo de Meckel situa-se em torno de 6 a 7,5%, e as complicações pós-operatórias em aproximadamente 11%¹.

A obstrução intestinal pode ocorrer em virtude de uma herniação ou volvo intestinal: em torno de um cordão fibroso, que se estende do divertículo à parede abdominal, ao mesogástrio ou a um segmento intestinal, podendo ocorrer torção ou herniação do intestino, provocando um qua-

dro obstrutivo grave, com necrose e até mesmo perfuração⁵.

Hérnias abdominais internas são causas incomuns de oclusão intestinal sendo responsáveis por apenas 2% delas. Por isso, o diagnóstico de oclusão intestinal por hérnia abdominal interna é difícil, mas deve ser suspeitado em pacientes sofrendo de obstrução intestinal e com histórico de laparotomia. Em pacientes jovem sem laparotomia prévia, o diagnóstico é ainda mais improvável¹.

O diagnóstico pré-operatório por radiologia, arteriografia ou tomografia computadorizada é possível em hérnias em um estado suboclusivo. Porém, devido ao tempo restrito, geralmente o diagnóstico somente é realizado na laparotomia⁵.



BIBLIOGRAFIA

1. ALOÍSIO DAC, FREITAS LAM, JORGE A, SILVA AGB. Divertículo de Meckel: conduta no achado acidental. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 1998; vol XXVI, n.1: 11-14.
2. TURGEON DK, BARNETT JL. Meckel's diverticulum: clinical reviews. Am Gastroenterol, 1990; 85: 777-781.
3. MUNRO I. Meckel's diverticulum: surgical guideline as last. Lancet, 1983; 2: 438-439.
4. SOLTERO MJ, BILLAH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. Am J Surg, 1976; 132: 168-173.
5. RUDGE FW. Meckel's stone ileus. Mil Med, 1992; 157 (2): 98-100.