

DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

PERFORATED MECKEL'S DIVERTICULUM IN CHILD: CASE REPORT

Alan Herto da Silva ¹

Bráulio Duarte dos Santos ¹

Jonas Bresciani Padilha ¹

Mateus Oliveira Arruda ¹

Renato Gomes Pereira ²

¹ Discente do curso de Medicina da FAGOC

² Docente do curso de Medicina da FAGOC

RESUMO

Introdução: O Divertículo de Meckel é a anomalia mais frequente do trato gastrointestinal e geralmente se situa na porção antimesentérica do intestino delgado no íleo terminal, e a maior parte pode permanecer assintomática por toda a vida. **Objetivo:** Em função disso, este relato busca contribuir demonstrando uma doença que não é comum em pacientes na faixa etária estudada, sendo raramente sintomática. **Métodos:** Este estudo se realizou por meio de anamnese e exames físicos e de imagem, vindos do prontuário após autorização dos responsáveis pelo paciente.

Resultado: Paciente do sexo masculino, branco, com 7 anos e 1 mês de idade e trazido por seus pais, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Santa Isabel em Ubá, Minas Gerais, com queixa de dor abdominal súbita em fossa ilíaca direita, a qual irradiava para todo o abdômen com sinais de peritonite identificados à palpação. Foi feito Raio X, que comprovou achados de Síndrome do Abdômen Agudo, e o paciente foi submetido a cirurgia laparoscópica, encontrando-se divertículo inflamado e não somente apendicite, como se esperava. **Discussão:** Apresenta-se em apenas 1-2% da população, sendo mais encontrado como causa de sintomas em crianças abaixo dos 2 anos de idade, o que contradiz o encontrado



no presente estudo, uma vez que a incidência de complicações reduz conforme o aumento da idade. **Conclusão:** Este caso pode contribuir com a clínica, visto que apresenta a correção rápida de uma patologia potencialmente grave; além disso, deve-se pensar em diverticulite para crianças com suspeita de apendicite.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios. Laparoscopia. Apendicite. Emergências. Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT

Introduction: Meckel's diverticulum is the most common anomaly of the gastrointestinal tract. This structure is usually located in the antimesenteric portion of the terminal ileum in the small intestine, and most may remain asymptomatic for life. **Objective:** This report seeks to contribute by demonstrating a disease that is not common in patients in the age group studied and is rarely symptomatic. **Methods:** The study was based in anamnesis and physical and image exams, coming from the medical records, after authorization of the responsible for the patient. **Result:** A white male patient, 7 years and 1 month old, brought by his parents, was admitted to the Emergency Department of Hospital Santa Isabel in Ubá, Minas Gerais, complaining of sudden abdominal pain in the right iliac fossa. Which radiated to the entire abdomen with signs of peritonitis

identified on palpation. An X-ray was found to confirm findings of acute abdomen syndrome and the patient underwent laparoscopic surgery that found inflamed diverticulum and not only appendicitis as expected. Discussion: It is present in only 1-2% of the population, is more commonly found as a cause of symptoms in children under 2 years of age. This fact contradicts that found in the present study since the incidence of complications decreases as the number of children increases of age. **Conclusion:** This case may contribute to the clinic as it presents the rapid correction of serious pathology, and should also consider diverticulitis as a differential diagnosis for appendicitis in children.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures. Laparoscopy. Appendicitis. Emergency. Ambulatory Care.

INTRODUÇÃO

O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia mais frequente do trato gastrointestinal, acometendo de 1 a 4% da população. Essa alteração congênita foi descoberta em 1598 por Fabricius Hildanus, e sua fisiopatologia, a qual consiste no fechamento incorreto do ducto onfalomesentérico, foi descrita por Meckel em 1809 (Brásio et al., 2015).

Essa estrutura se situa no íleo terminal, geralmente de 40 a 100 cm da válvula ileocecal, na porção antimesentérica do intestino delgado. O tamanho pode variar de 1-50 centímetros de largura e de 1-56 centímetros de comprimento. A maior parte se mantém assintomática durante toda a vida, sendo, portanto, um achado incidental (Goulart et al., 2011).

Quando se manifesta clinicamente, a doença pode ser facilmente confundida com apendicite, logo seu diagnóstico se torna importante para reduzir a possibilidade de complicações, como hemorragias ou inflamações. Ressalta-se que a semelhança com a apendicite se dá em raros quadros de perfuração do divertículo (Júnior et al., 2016).

Na eventualidade de a realização de exames no paciente com dor abdominal não confirmar a apendicite, torna-se necessária a realização de outros procedimentos para que se possa diagnosticar a causa dessa dor abdominal. Em função disso, este relato busca contribuir demonstrando uma doença que não é comum em pacientes na faixa etária estudada, sendo inclusive raramente sintomática. Ressalta-se o assentimento dos pais e o consentimento do paciente para a divulgação deste caso.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, de etnia branca, com 7 anos e 1 mês de idade, trazido por seus pais, deu entrada no Pronto Atendimento do Hospital Santa Isabel em Ubá, Minas Gerais, com queixa de dor abdominal súbita em fossa ilíaca direita, a qual irradiava para todo o abdômen, com sinais de peritonite identificados à palpação, apresentando-se pouco responsável e taquicárdico, mas afebril e sem relatos de diarreia ou vômitos.

Exames admissionais realizados demonstravam leucocitose, com cerca de 30.000, e neutrofilia, com bioquímica adicional normal. O diagnóstico sindrômico foi classificado como Síndrome do Abdômen Agudo do tipo perfurativo, e a suspeita etiológica foi apendicite. Pediu-se um Raio X padrão de abdômen agudo e um ultrassom abdominal para a confirmação. Enquanto aguardava, o paciente recebeu acesso venoso periférico em membro superior direito com analgesia feita por dipirona.

Figura 1: Raio X padrão de abdômen agudo



A incidência padrão do abdômen agudo é Raio X de tórax ortostático (A), Raio X de abdômen ortostático (B), Raio X de Abdômen em decúbito dorsal (C). Em A não há alterações, em B e C pode-se ver uma porção escurcida, a qual constitui a alça sentinel (*), a qual tenta conter o processo inflamatório.

Como o Raio X revelou alça sentinela presente, o paciente, que não possuía alergias a medicações ou a alimentos conhecidas, foi encaminhado ao centro cirúrgico em caráter emergencial.

Foi, então, submetido à laparotomia exploradora com incisão infraumbilical longitudinal. Perceberam-se fezes na cavidade; entretanto, ao o apêndice não possuía sinais flogísticos. Após a busca ativa seguindo o caminho do intestino, iniciando-se em íleo distal, localizou-se a perfuração a 40 (quarenta) centímetros da válvula ileocecal, constatando-se a presença de divertículo perfurado.

Figura 2: Retirada do divertículo de Meckel perfurado e sutura do ileoterminal



Figura 3: Divertículo retirado



A cavidade foi lavada com soro fisiológico e a diverticulectomia, assim como a apendicectomia profilática, foram realizadas; a sutura se deu através de planos. As peças, o apêndice e o divertículo de Meckel foram enviados à patologia.

Após o procedimento, o paciente foi recebido na Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica do referido Hospital; encontrava-se sonolento, normotérmico, eupneico, com discreta palidez e pulsos quase cheios. Foi prescrita antibioticoterapia pós-operatória com ampicilina, gentamicina e metronidazol.

O laudo da patologia descreveu uma apendicite em fase inicial, pois havia uma serosa congesta, embora houvesse poucos neutrófilos à microscopia. Já na macroscopia, sinais de hemorragia denunciavam a presença de processo inflamatório. O Divertículo de Meckel analisado, além de perfurado, exibia mucosa intestinal e gástrica, consistência macia e elástica, medindo 4x2x1 cm.

O paciente teve alta seis dias após a cirurgia, sem complicações com a ferida pós-operatória. Ressalta-se, contudo, que apresentou vômitos ao se tentar introduzir dieta líquida no primeiro dia. Já no segundo dia, conseguiu aceitar a dieta líquida e, posteriormente, a pastosa. As queixas de dor cessaram com a deambulação introduzida no quinto dia. Os antibióticos foram suspensos no sexto dia, antes da alta.

DISCUSSÃO

O Divertículo de Meckel, embriologicamente, deriva do fechamento incorreto do ducto onfalomesentérico. Estima-se que esse fato ocorra entre a quinta e a sétima semana de gestação (Chacón-Garita, García-Arias, 2017). Ele está presente em apenas 1-2% da população geral (Park et al., 2005; Gatto et al., 2017), embora seja descrito como a anomalia mais prevalente (Brásio et al., 2015). É mais encontrado como causa de sintomas em crianças abaixo dos 2 anos de idade (Gatto et al., 2017), o que contradiz o encontrado no presente estudo, uma vez que a incidência de complicações reduz conforme o aumento da idade (Gatto et al., 2017).

O paciente relatado possui as dificuldades comuns às de crianças quando se trata de fazer a anamnese, uma vez que para estas é difícil descrever e caracterizar a dor, além de apresentam-se nervosas e ansiosas frente a um examinador, unindo a isso o fato de elas comumente apresentarem dor abdominal associada a doenças extra-abdominais, daí a dificuldade para diagnosticar tal síndrome (Herrera-Toro, 2018). Além disso, o nervosismo dos pais frente a uma dor aguda do filho contribui para um quadro difícil de manejar, tanto do aspecto emocional quanto no clínico, conforme observado no caso.

Dentre as complicações, o divertículo pode causar hemorragia, obstrução do intestino, diverticulite e perfuração. A primeira é mais comum na população pediátrica (Park et al., 2005), sobretudo abaixo dos dois anos (Gatto et al., 2017), enquanto a segunda é a mais comum abaixo dos quatro anos (Park et al., 2005); dentre todas, a mais rara é a perfuração (Gatto et al., 2017). O paciente relatado não tinha a faixa etária para acometimento por Divertículo de Meckel sintomático, tampouco apresentou as complicações mais comuns para nenhuma das faixas etárias.

Ressalta-se ainda que, embora a dor abdominal seja uma queixa muito comum na pediatria (Herrera-Toro, 2018), em média 5-10%

de todas as queixas da população pediátrica em serviços de emergência são por esse motivo (Smith; Fox, 2016); de todas as crianças que chegam à emergência, apenas 22% precisarão de antibióticos ou cirurgias (Herrera-Toro, 2018), o que torna esse caso ainda mais icônico, pois o tipo de Síndrome do Abdomen Agudo pediátrico exige tanto cirurgia quanto antibióticos, o que configura a raridade desse caso e sua contribuição, demonstrando que o Divertículo de Meckel perfurado deve ser considerado mesmo fora da faixa etária de maior prevalência.

As variáveis mais prevalentes para o divertículo sintomático, segundo um estudo realizado na Mayo Clinic de 1950 a 2002, seriam: ter menos de 50 anos, ser do sexo masculino, ter o divertículo maior que 2 cm e ter o padrão histológico gástrico (Park et al., 2005). Embora o paciente esteja dentro de 2 das 4 variáveis de risco, outro achado do estudo não corrobora com o paciente descrito, visto que a maioria dos sintomáticos eram maiores de 10 anos (Park et al., 2005), enquanto esse paciente tem 7.

Um ponto de semelhança entre este e outros estudos foi o laudo patológico quanto ao tipo histológico. A mucosa gástrica presente no divertículo de Meckel é o tipo mais prevalente de epitélio, que pode ser originado do ducto onfalomesentérico (Goulart et al., 2011; Park et al., 2005). Esse tecido ectópico aumenta a chance do divertículo se tornar sintomático (Park et al., 2005) e, portanto, vir a perfurar, conforme aconteceu com o paciente. O epitélio entérico encontrado neste caso também foi relatado por Goulart et al. (2011), não sendo tão prevalente quanto o gástrico.

CONCLUSÃO

Este caso pode contribuir com a clínica, visto que apresenta a correção rápida de uma patologia potencialmente grave; além disso, suas condições epidemiológicas são variadas, o que faz com que se inclua no pensamento clínico a diverticulite para crianças que possam também ter suspeita de apendicite.

REFERÊNCIAS

Brázio R. et al. Divertículo de Meckel - um caso de hemorragia digestiva baixa. *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, Lisboa, jan/abr. 2015; 12(1):45-48 [acesso em 07 nov. 2018]. Disponível em: http://www.spcoloprocto.org/index.php?cod=47&ac=show_artigo&id=198.

Chacón-Garita L, García-Arias, F. Persistencia del conducto onfalomesentérico. *Acta Médica Costarricense*, San José, out. 2017; 59(4):158-60, out. 2017 [acesso em: 28 out. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v59n4/0001-6002-amc-59-04-00158.pdf>.

Gatto J, Takada J, Otoch JP, Kreve F, Loss FS, Artifon ELA. Perforated Meckel's diverticulum. *Revista de Gastroenterología del Perú*, Lima, abr. 2017; 37(2):162-4. [acesso em 26 out. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200009&lang=pt.

Goulart A, Pereira R, Leão P, Gomes C, Carvalho A. Divertículo de Meckel perfurado por palito: Relato de caso clínico. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, jun. 2011; (17): 41-4, jun. 2011. ISSN 2183-1165. [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/95>.

Herrera-Toro N. Memorias XI Congreso Nacional Médicas UIS 2017 "Urgencias Quirúrgicas, entre el arte y la experiencia" Enfoque del abdomen agudo en Pediatría. *Medicas Uis*, Bucaramanga, abr.2018; 31(1): 71-7. [acesso em: 30 out. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100071&lang=pt.

Júnior CRN, Varaschim M, Neufel AMO. Divertículo de meckel perfurado por palito de dente. *Relatos de Casos Cirúrgicos*, 2016; (4):1-3, 2016. [acesso em: 07 nov. 2018]. Disponível em: <http://relatosdocbc.org.br/detalhes/7/diverticulo-de-meckel-perfurado-por-palito-de-dente>.

Park JJ, Wolff BG, Tollefson WK, Walsh EE, Larson DR. Meckel Diverticulum. *Annals Of Surgery*, mar. 2005; 241(3): 529-33. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). [acesso em: 25 out. 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1356994/>.

Smith J, Fox S. M. Pediatric Abdominal Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, maio 2016; 34(2): 341-61. Elsevier BV. [acesso em: 30 out. 2018]. Disponível em: [https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627\(15\)00124-8/fulltext](https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627(15)00124-8/fulltext).