



Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 13/02/2018

Data de Aprovação: 25/03/2018

RELATO DE CASO

Divertículo de Meckel - relato de caso

Meckel Diverticulum - a case report

Renata Souza Lorenzoni¹, Rosimeri Salotto Rocha², Katia Valéria Manhabusque³, Josana Azevedo Aredes¹

Palavras-chave:

pediatria,
divertículo ileal,
laparotomia,
hemorragia
gastrointestinal.

Resumo

Este artigo descreve um caso de divertículo de Meckel em um lactente, masculino, 1 ano e 1 mês, que foi internado com quadro de sinusopatia aguda e anemia ferropriva importante e evoluiu com melena. Exame físico sem alterações, sendo realizada investigação através de exames de imagem, dentre eles, cintilografia intestinal, que evidenciou achado indicativo de mucosa gástrica ectópica sugerindo divertículo de Meckel. Foi submetido à laparotomia exploradora para tratamento cirúrgico, sem intercorrências. O diagnóstico foi confirmado após resultado de exame histopatológico.

Keywords:

Pediatrics,
Meckel Diverticulum,
Laparotomy,
Gastrointestinal
Hemorrhage.

Abstract

This paper describes the case of a 13-month-old male infant diagnosed with a Meckel diverticulum admitted with acute sinusitis and iron-deficiency anemia progressing to melena. His physical examination showed no signs of alteration. Scintigraphy of the bowel revealed signs of ectopic gastric mucosa consistent with a Meckel diverticulum. The patient underwent an uneventful laparotomy. Diagnosis was confirmed after histopathology.

¹ Médica - Residente Pediatria - R2.

² Mestre em políticas públicas e práticas sociais - Médico rotina da enfermagem clínica de pediatria do Hospital Francisco de Assis e preceptora da residência médica.

³ Mestre em ciências da saúde - Preceptora de Pediatria.

Endereço para correspondência:

Renata Souza Lorenzoni.

EMESCAM - Sciences Higher Education School of the Santa Casa de Misericórdia of Vitória. Av. N. S. da Penha, nº 2190, Santa Luíza.

Vitória - ES. Brasil. CEP: 29045-402. E-mail: rslorenzoni@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel (DM) é um vestígio embrionário que incide sobre 2% a 4% da população geral. É a mais comum das malformações gastrointestinais que, em conjunto, representam em torno de 6% de todas as malformações congênitas conhecidas.³

A primeira descrição de um divertículo no intestino delgado foi realizada por Fabricius Hildanus, em 1598. Em 1742, um pequeno divertículo estrangulado em uma hernia inguinal foi reportado por Littre e, em 1809, Johann Friedrich Meckel publicou suas observações sobre a anatomia e a embriologia do divertículo que leva seu nome.⁵

Em geral se apresenta como uma evaginação pequena, de boca larga na borda antimesentérica do íleo terminal localizando-se a 40-60 cm da válvula ileocecal.⁴

A maioria dos pacientes é assintomática, mas aproximadamente 10% tem sintomas, como obstrução intestinal, hemorragia gastrointestinal e diverticulite. O Divertículo de Meckel (DM) sintomático pode desenvolver durante a infância e casos em recém-nascidos também foram relatados.²

O divertículo contém mucosa, submucosa e muscular própria, sendo que o revestimento mucoso pode ser semelhante ao do íleo terminal ou, como ocorre em 50% dos casos, pode apresentar tecido ectópico, como mucosa gástrica, colônica, jejunal, duodenal ou tecido pancreático. Seu suprimento sanguíneo se dá por ramos terminais da artéria mesentérica superior.⁴

RELATO DE CASO

Lactente, D.L.C.A.C, masculino, 1 ano e 1 mes, internado na enfermaria do Hospital Infantil Francisco de Assis, com febre há 1 semana, tosse produtiva, prostração e vômitos, ao exame físico apresentando apenas gotejamento pós nasal, sendo diagnosticado com quadro de sinusopatia aguda, sendo iniciado antibioticoterapia. Nos exames realizados na admissão, foi observado queda de hemoglobina (5,6) e hematócrito (18,4), sem queixas de perda de sangue, assim foi realizada transfusão de hemáceas. Após transfusão mantinha valores baixos de hemoglobina (6,0) e hematócrito (19,5).

A partir do segundo dia de internação apresentou melena em grande quantidade, os episódios de sangramento se tornaram diários. Foi avaliado pelo serviço de Cirurgia Pediátrica que solicitou clister opaco após toque retal livre de sangue e ausência de lesão tipo pólipos intestinal; o exame foi inconclusivo.

A seguir foi solicitada uma cintilografia intestinal com Tc99 que evidenciou mucosa gástrica ectópica sugerindo DM (Figura 1). Após três dias do foi realizada laparotomia exploradora para tratamento cirúrgico de Divertículo de Meckel sintomático onde foi realizada uma ressecção segmentar do intestino delgado com anastomose término-terminal, sem intercorrências. (Figura 2).

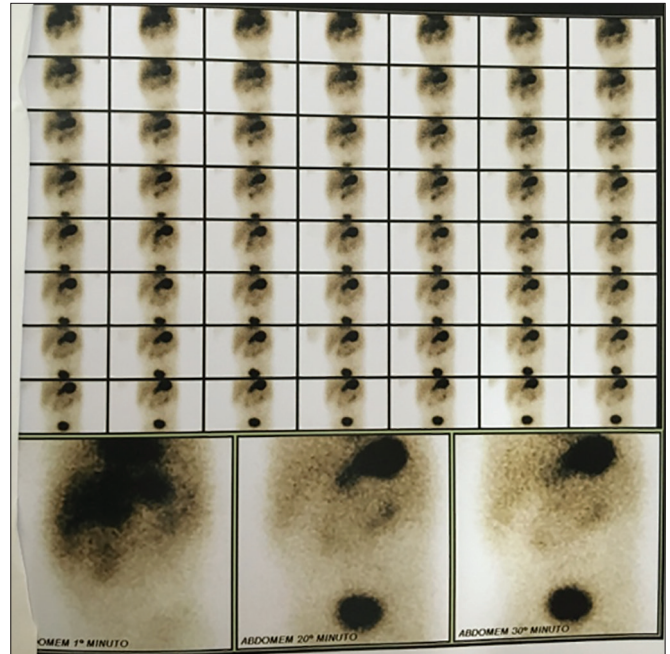


Figura 1. Cintilografia intestinal com achado indicativo de mucosa gástrica ectópica sugerindo Divertículo de Meckel.

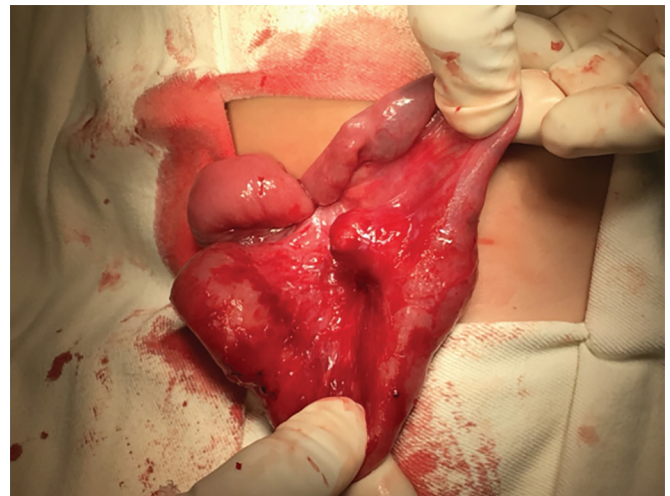


Figura 2. Laparotomia exploradora evidenciando Divertículo.

O exame histopatológico da peça cirúrgica confirmou a presença de DM verdadeiro da borda antimesentérica do intestino delgado, apresentando mucosa gástrica oxíntica no seu revestimento interno e ulceração da mucosa ileal

Após quatro dias do procedimento cirúrgico, o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O DM é uma anomalia do intestino medio, remanescente do conduto onfalomesentérico devido a falha na obliteração do conduto, antimesentérica do íleo, causado por uma falha

na obliteração deste conduto, que ocorre entre as quinta e oitava semanas de vida embrionária. É um divertículo verdadeiro e suas camadas são compostas por todas as camadas de parede ileal.^{1,6} É a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal e ocupa de 90 a 96% de todas as malformações do saco vitelino, com prevalência que varia de 2 a 4% na população geral.^{5,6} Foi relatado na infância, mas é raro em recém-nascidos.^{1,2} Está comumente localizado no íleo terminal, a 40–100 cm da válvula ileocecal e, por isso, deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais das afecções da fossa ilíaca direita, como a apendicite.⁶

Parece ter incidência aumentada em recém-nascidos com outras anomalias - fenda palatina, útero bicornio, pâncreas anular, atresia de esôfago e atresia anorretal ou malformações dos sistemas nervoso central e cardiovascular.⁵

A maioria dos indivíduos com DM permanece assintomática por toda a vida. O surgimento de sintomatologia sugere complicações.⁵ Nos pré-adolescentes e adultos as complicações mais comuns são de natureza obstrutiva, inflamatória ou neoplásica. Deve ser, portanto, considerado no diagnóstico diferencial das enfermidades abdominais, como a apendicite aguda.⁶

As manifestações clínicas são variadas e aparecem durante a primeira década de vida (especialmente no primeiro e no segundo ano) 50 a 60% dos casos e são devido a mucosa gástrica do divertículo na altura da junção ileal com a mucosa gástrica ectópica, causando sangramento devido a ulceração. Quando a mucosa ectópica é composta de tecido pancreático, associa-se com quadros de oclusão intestinal.¹

Pode ser detectado incidentalmente à laparotomia. O sintoma mais comum é a hematoquezia indolor, mas pode manifestar com hematemese, alteração do hábito intestinal e/ou dor abdominal sugerem alguma complicação associada, como perfuração, intussuscepção, volvo, obstrução da luz intestinal, diverticulite.^{5,6}

O DM é de diagnóstico difícil e permanece como grande desafio da prática médica, na maioria dos casos é estabelecido apenas em per-operatório. Os exames complementares evidenciam alterações decorrentes das complicações. Alguns exames, aliados as manifestações clínicas, auxiliam no diagnóstico correto, como: ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada de abdome, cintilografia e arteriografia.^{3,5}

A radiografia simples de abdome é em geral inespecífica. Em caso de inflamação podem-se observar sinais de peritonite. O pneumoperitônio é facilmente identificado nas incidências com raios horizontais, se houver perfuração diverticular.⁵

A Ultrassonografia (US) se tornou uma ferramenta importante no diagnóstico, especialmente no atendimento de emergência pelos sintomas e também por ser método livre de radiação ionizante. Uma das características na US de um DM inflamado é a ausência de peristalse, que o diferencia das alças intestinais adjacentes. O DM hemorrágico pode contrair-se e complicar sua detecção. O exame por US com Doppler colorido normalmente detecta hiperemia da parede do divertículo inflamado e a presença de vaso nutridor.⁶

A tomografia computadorizada habitualmente não é útil no diagnóstico, a menos que haja processo inflamatório ou obstrutivo associado. A maioria dos diagnósticos de DM feita por TC é incidental.^{3,5}

No caso de estarmos perante uma hemorragia digestiva existe um exame que é considerado o padrão ouro para se tentar perceber se a causa etiológica do quadro se deve a um DM. Este exame corresponde a uma cintilografia com uso de um radioisótopo - o tecnécio-99m pertecnetato. Este exame de imagem baseia-se no pressuposto de que muitos dos divertículos hemorrágicos contêm mucosa gástrica ectópica tendo, em crianças, uma sensibilidade de 85% e uma especificidade de 95% mas em adultos estes valores caem para 62,5% e 9% respectivamente e para aumentar a sensibilidade e a especificidade desta técnica usa: cimetidina, glucagon, ranitidina ou pentagastina.^{1,3}

A arteriografia pode ser empregada para detectar algum foco de sangramento ou anomalia vascular. Por ser invasiva, sua indicação deve se restringir apenas a casos selecionados ou quando os exames anteriores forem normais.⁵

Apesar dos avanços nos exames complementares, o diagnóstico pré-operatório de DM é extremamente difícil necessitando de um elevado índice de suspeição. A laparoscopia é uma técnica segura e eficiente com interesse diagnóstico e terapêutico. Pelo fato de ser uma técnica invasiva não tem lugar entre os primeiros exames, ficando reservada para quando todas as outras modalidades falharem. Além disso, devido à sua vertente terapêutica esta possibilita que num mesmo procedimento se possa realizar o diagnóstico e a ressecção da lesão.³

O tratamento definitivo do DM é cirúrgico com acesso à cavidade abdominal por videolaparoscopia ou por laparotomia. Nos casos de DM assintomático e achado cirúrgico incidental, a conduta é controversa. Há autores que preferem não fazer sua ressecção, enquanto outros preferem atuar de forma profilático. Quando sintomático tem indicação absoluta de ser ressecado.^{3,5}

REFERÊNCIAS

1. Blando-Ramírez JS, Ocádiz-Carrasco J, Gutiérrez-Padilla RA, Vicencio-Tovar AV, Ricardez-García JA. Doble divertículo de Meckel. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Cir Cir.* 2014;82:332-337.
2. Kunitsu T, Koshida S, Tanaka K, Nakahara S, Yanagi T, Maruo Y, et al. Neonatal Meckel diverticulum: Obstruction due to a short mesodiverticular band. *Official Journal of the Japan Pediatric Society.* 2015;1007-1009
3. Braga JS; Bernardes AJS. Divertículo de Meckel: revisão e análise retrospectiva de uma casuística de 64 doentes operados. [Dissertação] Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal; 2015
4. Penteado KR, Bizinelli F, Lobo JCS, Ioshii SO, Marques FM, Tabushi FI, et al. Divertículo de Meckel, enterorragia severa: relato de caso. *Rev Med. Res. Curitiba.* 2012;14(3):200-204.
5. Araujo LM, Araujo FM, Alves ACS, Monteiro ACF, Paula BC, Xavier DSS, et al. Divertículo de Meckel: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais.* 2014;24(1):93-97.
6. Mizerkowski MD, Spolidoro JVN, Epifanio M, Bastos JC, Baldisserotto M. Divertículo de Meckel ao Doppler em cores: relato de dois casos. *Radiol Bras.* 2011;44(4):268-270.