

## ***DIVERTÍCULO DE MECKEL: DESAFIO DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM CIRÚRGICA***

Letícia Santos de Barros Moreira<sup>1</sup>, Dulcídio de Barros Moreira Junior<sup>1</sup>, Lucas Santos de Barros Moreira<sup>1</sup>, Sarah Rabelo Fernandes<sup>1</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p2510-2515>

Artigo recebido em 30 de Julho e publicado em 17 de Setembro de 2024.

### **RELATO DE CASO**

#### **RESUMO**

O Divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum no intestino delgado. Uma obliteração incompleta do ducto onfalomesentérico é a causa da alteração, encontrada em 2% da população. Na maioria dos casos a doença diverticular é assintomática, mas pode se apresentar com uma variedade grande de manifestações clínicas quando surge algum tipo de complicação, geralmente na forma de inflamação, obstrução ou sangramento, tornando amplo o rol de diagnósticos diferenciais. Seu diagnóstico é difícil e ainda considerado um grande desafio porque, geralmente, os exames complementares mostram somente as alterações que são decorrentes das complicações. O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito durante a cirurgia.

**Palavras-chave:** Divertículo de Meckel; abdome agudo; relato de caso.



# MECKEL'S DIVERTICULUM: DIAGNOSTIC CHALLENGE AND SURGICAL APPROACH

## ABSTRACT

Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly in the small intestine. An incomplete obliteration of the ophallus duct is the cause of the alteration, found in 2% of the population. In most cases diverticular disease is asymptomatic, but may present with a wide variety of clinical manifestations when some type of complication arises, usually in the form of inflammation, obstruction or bleeding, making the list of differential diagnoses wide. Its diagnosis is difficult and still considered a great challenge because, generally, complementary tests show only the alterations that are due to complications. Diagnosis, in most cases, is made during surgery.

**Keywords:** Meckel's Diverticulum; acute abdomen; case report.

Instituição afiliada – Centro Universitário de Patos de Minas - Unipam

Autor correspondente: *Letícia Santos de Barros Moreira* [leticiamoreira896@yahoo.com.br](mailto:leticiamoreira896@yahoo.com.br)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUÇÃO**

A anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal é o Divertículo de Meckel (DM), definido como uma evaginação digitiforme do intestino delgado em sua borda anti-mesentérica. Essa alteração foi identificada pela primeira vez em 1598 por Fadricius Hidanus, mas só foi descrita em detalhes patológicos e embriológicos em 1809 por Jonhan Meckel (Oliveira et al., 2018).

São conhecidos pela regra dos dois: incidem em 2% da população, apenas 2% são descobertos antes dos dois anos de idade (53%), seu comprimento e diâmetro normalmente não excedem 2 polegadas (5 cm), são localizados a 2 pés (60 cm) da válvula ileocecal e a relação de incidência entre homens e mulheres é de 2:1 (Oliveira et al., 2018).

A maioria dos pacientes são assintomáticos, embora tenha um risco de complicação dos sintomas em 4-6% dos casos. Nesses indivíduos, os sintomas são inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório (Batista et al., 2019).

O diagnóstico é feito, geralmente, relacionado ao surgimento de complicações devido à presença do divertículo e representadas por intussuscepção, hemorragia, obstrução intestinal por volvo ou herniação interna, diverticulite, perfuração ou neoplasias (Batista et al., 2019).

Os estudos descrevem vários exames complementares de diagnóstico, mas a maioria deles mostra somente alterações decorrentes de complicações. Mesmo com os avanços em tecnologia e imagem, o diagnóstico clínico do divertículo de Meckel complicado/sintomático é muito difícil de ser estabelecido com precisão e geralmente acontece durante a cirurgia, destacando a importância da laparotomia ou laparoscopia exploradora diagnóstica e terapêutica (Batista et al., 2019).

Portanto, o objetivo do relato de caso consiste em mostrar os desafios diagnósticos observados com esse paciente, como foram superados e quais as ferramentas podem ser utilizadas pela comunidade médica para detectar casos semelhantes.

## **METODOLOGIA**

L.V.O (nome fictício), 33 anos, masculino, natural de Goiânia e procedente de Patrocínio, deu entrada no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Carmo do Paranaíba no dia 10/08/2021.

Durante a anamnese o paciente relatou dor abdominal sem localização específica há 3 dias, evoluindo com uma localização da dor em fossa ilíaca direita há 2 dias. O paciente informou também que procurou atendimento médico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na noite anterior, quando foram solicitados exames laboratoriais e de imagem.

Durante a investigação do quadro o paciente não referiu nenhuma outra queixa, negando náuseas e vômitos, mantendo eliminação de flatos, sem picos febris.

Ao exame físico apresentava abdome globoso, levemente doloroso a palpação em fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite.

Foi realizado um ultrassom, no dia 10/08/2021, que apresentou imagem tubular em dedo de luva, sem peristaltismo. Ao corte transverso, imagem em alvo. Nos exames laboratoriais, foi identificado leucocitose com desvio para a esquerda.

Com o resultado dos exames e imagens supracitados, o diagnóstico de apendicite aguda foi fortemente sugerido e o paciente foi encaminhado para o procedimento cirúrgico.

O paciente foi conduzido ao bloco cirúrgico para apendicectomia laparotômica (incisão de McBurney). Durante o ato operatório, identificou-se o apêndice macroscopicamente normal.

Dessa forma, foi então realizada inspeção de íleo terminal, onde foi identificado divertículo de Meckel com hiperemia intensa e fibrina purulenta recobrimo a serosa, como mostrado na Figuras 1.

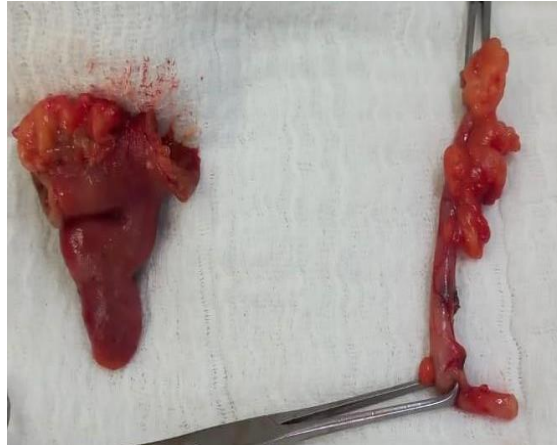
Figura 1: Divertículo de Meckel com hiperemia intensa e fibrina purulenta recobrimo a serosa.



Fonte: Autoria Própria, 2021.

Optou-se pela diverticulotomia com margens de segurança como mostrado na Figura 2. Foi realizada a ligadura dos vasos mesentéricos, feito o clampeamento proximal e distal do íleo terminal, com posterior ressecção do divertículo.

Figura 2: Divertículo de Meckel retirado com margens de segurança.



Fonte: Autoria Própria, 2021.

Foi realizada reconstrução do trânsito intestinal através de uma anastomose término-terminal em dois planos. Para o primeiro plano foi usado chuleio contínuo, com fio vycril 3.0. Para o segundo plano foi utilizado pontos separados, com fio de seda 3.0.

Depois foi feita a limpeza da cavidade, reavaliação de hemostasia, drenagem da cavidade com dreno de Penrose e, por fim, síntese por planos.

Paciente evoluiu sem intercorrências, obtendo alta no quarto dia de pós operatório.

## RESULTADOS

A doença diverticular geralmente é assintomática, mas, em alguns casos, os pacientes podem manifestar variados sintomas clínicos, como: diverticulite, obstrução intestinal e hemorragia retal. Grande parte dos casos de Divertículo de Meckel são encontrados incidentalmente, durante o processo operatório por outro motivo (Curvello 2016).

Ocorrendo em 1-4% da população, é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal. Sua incidência pode estar aumentada em recém nascidos com outras anomalias, tais como: fenda palatina, pâncreas anular, atresia de esôfago e anorretal, entre outras. Ambos os sexos são atingidos igualmente, porém, quando se desenvolvem sintomas, o homem é mais acometido (Batista et al., 2019).

A probabilidade da doença se tornar sintomática diminui com a idade. Em adultos, os DM se manifestam principalmente como obstrução intestinal, seguida de intussuscepção, ulcerações, fístulas e tumores. A perfuração é uma complicação rara e pode ter manifestações semelhantes à apendicite aguda (Oliveira et al., 2018).



O diagnóstico do divertículo de Meckel é difícil e ainda considerado um grande desafio na prática médica. Charles Mayo immortalizou uma frase quanto à dificuldade de diagnóstico do divertículo de Meckel: “o divertículo de Meckel é frequentemente suspeito, muitas vezes procurado, porém raramente encontrado” (Batista et al., 2019).

Muitos métodos de exames complementares são citados na literatura, como: exame contrastado do intestino delgado, tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia, arteriografia, cintilografia com Tecnécio 99 pertecnetato (exame padrão-ouro quando mucosa gástrica heterotópica) e cápsula endoscópica. Mas, a maioria dos exames complementares mostra somente alterações decorrentes das complicações (Batista et al., 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A obstrução intestinal causada por Divertículo de Meckel em adultos é uma causa rara de abdome agudo, estando presente em apenas 2% da população e a maioria de forma assintomática.

É importante considerar o Divertículo de Meckel sempre como um diagnóstico diferencial nos pacientes que apresentam abdome agudo, para evitar morbidade e mortalidade associada a complicações tardias, considerando que o diagnóstico ainda é considerado um desafio na prática médica.

## **REFERÊNCIAS**

1. BATISTA, Ana Beatriz Esteves et al. Obstrução intestinal causada por Diverticulite de Meckel: Relato de caso. **Revista de Saúde**, v. 10, n. 1, p. 38-43, 2019.
2. CURVELLO, Camilla Farias Amorim. Obstrução intestinal por divertículo de Meckel: Relato de caso. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 11, n. 1, p. 15-17, 2016.
3. OLIVEIRA, Stéphanie Gonçalves et al. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 4, p. 44-46, 2018.
4. SOBOTTA. Atlas de anatomia humana. Órgãos internos, 23 ED, GUANABARA KOOGAN, 2006