

# OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

## *Bowel obstruction in Meckel diverticulum*

Daniel Santos **MAIA**, Mirayr **FERREIRA-JÚNIOR**, Ricardo Gomes **VIEGAS**, Elkin Ebret Charris **SILVA**,  
Paulo de Tarso Vaz de **OLIVEIRA**, Renato Corgozinho A. da **SILVA**,  
Alexandre Justino **CAETANO**, Nayara Gonçalves **FERREIRA**

Trabalho realizado no Hospital Regional São Sebastião, Santo Antônio do Amparo, MG, Brasil

### Correspondência:

Daniel S. Maia

Email: danielsantosmaia@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 19/04/2012

Aceito para publicação: 23/01/2013

simples de abdome evidenciou-se alças do delgado com dilatação importante e com vários níveis hidroaéreos.

Ambos os pacientes foram submetidos à laparotomia exploradora. No paciente A, encontrou-se a 40 cm da válvula ileocecal estrutura de aspecto diverticular em borda anti-mesentérica do íleo, havia cordão fibroso ligando divertículo à parede abdominal, o que ocasionou torção da alça e consequente obstrução intestinal. Seccionou-se o cordão fibroso e ressecou-se o divertículo em cunha com síntese primária, utilizando fio absorvível. O estudo anatomopatológico intestinal resultou com pequeno infiltrado inflamatório e não havia qualquer sinal de tecido ectópico. O paciente recebeu alta hospitalar no quarto dia do pós-operatório, não houve qualquer tipo de intercorrência. No paciente B, encontrou-se a 60 cm da válvula ileocecal, estrutura de aspecto diverticular em borda anti-mesentérica, com cordão fibroso ligando agora o divertículo ao mesentério, o que acarretou torção intestinal e consequente obstrução intestinal. Seccionou-se o cordão e ressecou-se em cunha o divertículo com síntese primária utilizando-se fio absorvível. O resultado anatomopatológico demonstrou infiltrado inflamatório exuberante e nenhum sinal de tecido ectópico

## INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel representa a anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal, ocorrendo em cerca de 2% da população<sup>1</sup>. Trata-se de divertículo verdadeiro localizado na borda anti-mesentérica do íleo e, usualmente, localizado entre 30 e 150 cm de distância da válvula ileocecal. Ocorre em virtude do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico ou vitelino entre a 7ª e 8ª semana da gestação<sup>3</sup>.

## RELATO DE CASO

São dois casos de obstrução intestinal por hérnia interna, causados por divertículo de Meckel

Paciente A: Homem de 18 anos deu entrada no serviço de emergência apresentando abdome distendido, desidratado, hipocorado, com vômito fecalóide, ausência de ruídos hidroaéreos e não eliminando gases ou fezes.

Paciente B: Homem de 42 anos, etilista e tabagista pesado, deu entrada relatando dor abdominal a cerca de três dias, ausência de liberação de gases ou fezes. Observou-se abdome distendido e vômitos fecalóides. Foram realizados exames laboratoriais onde verificou-se: hemoglobina de 14.2, 8040 leucócitos (3% bastões e 76% de segmentados), amilase 141, Na+ 138, K+ 3.4, creatinina 0.8 e uréia 45. Colocada sonda nasogástrica com drenagem imediata de 400 ml de secreção escurecida. Estudo radiológico do tórax não revelou pneumoperitônio mas sim nível hidroaéreo gástrico. Na radiografia

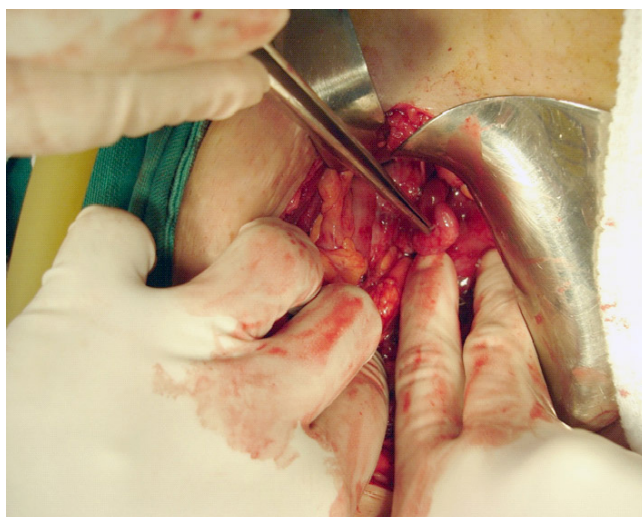


FIGURA 1 - Divertículo ocasionando hérnia interna (visão intrabdominal)

## DISCUSSÃO

O divertículo de Meckel tem curso assintomático e na maioria das vezes é achado durante a realização de laparotomias ou necrósias<sup>4,5</sup>. Habitualmente, o diagnóstico é realizado quando surgem complicações representadas por hemorragia, intussuscepção, obstrução intestinal por volvo ou herniação interna, perfuração, diverticulite ou neoplasias<sup>2</sup>.

A obstrução intestinal pode ocorrer em virtude de herniação ou volvo intestinal em torno de um cordão fibroso que se estende do divertículo à parede abdominal, ao meso ou a um segmento intestinal, podendo ocorrer torção provocando quadro obstrutivo grave, com necrose e até mesmo perfuração.

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%<sup>12</sup>. Hérnias abdominais internas são causas incomuns de oclusão intestinal sendo responsáveis por apenas 2% delas<sup>14</sup>. 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<sup>14</sup>. Em pacientes jovens sem laparotomia prévia, o diagnóstico é ainda mais improvável. Ressalta-se, então, a importância diagnóstica e terapêutica da operação de emergência<sup>14</sup>. O diagnóstico pré-operatório por radiologia, arteriografia ou tomografia computadorizada é possível em hérnias em um estado suboclusivo<sup>15</sup>. Porém, devido ao tempo restrito, geralmente o diagnóstico somente é realizado na laparotomia. Divertículo de Meckel causando hérnia interna com obstrução intestinal, além de evento

raro, tem sinais e sintomas inespecíficos, sendo difícil e infrequente o diagnóstico pré-operatório<sup>16</sup>. Por conseguinte, há altas taxas de mortalidade associadas a este tipo de hérnia interna<sup>8</sup>. A morbidade e mortalidade podem ser diminuídas com a intervenção cirúrgica precoce<sup>15</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Justus PG, Bergman JJ, Reagan TR. Enteroliths in a Meckel's diverticulum mimicking gallstone ileus. *J Fam Pract* 1987; 24:299-300.
2. Rudge FW. Meckel's stone ileus. *Mil Med* 1992; 157:98-100.
3. Lemos R, Binato M. Enterolitíase em paciente com divertículo de Meckel. *J bras med* 1994; 66:93-4.
4. Mackey WC, Dineen P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:56-64.
5. Frederick PL, Johnson ET. Meckel's diverticulum in childhood. A review of 73 cases. *Postgrad Med* 1963; 34:341-8.
6. Grant ABF. Meckel stone ileus: a case report. *Aust N Z J Surg* 1981; 51:77-8.
7. Lopez PV, Welch JP. Enterolith intestinal obstruction owing to acquired and congenital diverticulosis. Report of two cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:941-4.
8. Frazzini VI, English WJ, Bashist B, et al. Case report. Small bowel obstruction due to phytobezoar formation within Meckel diverticulum: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20:390-2.
9. Harkins HN. Intussusception due to invaginated Meckel's diverticulum: report of a two cases with a study of 160 cases collected from the literature. *Ann Surg* 1933; 1070-3
10. Badruddoja M, Jury DB, Witter JA. Intestinal obstruction by fecalith in a Meckel's diverticulum. *Can J Surg* 1968; 11:385-387.
11. vanEs HW, Sybrandy R. Diagnoses please. Case 19: enteroliths in a Meckel diverticulum. *Radiology* 2000; 214:524-6.
12. Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal: a study of 202 cases of disease Meckel's diverticulum found in King County, Washington, over a fifteen year period. *Am J Surg* 1976; 132:168-73.
13. Weinstein EC, Cain JC, ReMine WH. Meckel's diverticulum: 55 years of clinical and surgical experience. *JAMA* 1962; 182:251-3.