

ACHADO INCIDENTAL DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE: RELATO DE CASO

Autor(a): EMBIRUÇU¹, Fernanda. Coautores: GUERRA¹, Elias; LEMOS², Nathália. Orientador: MELO³, Pablo

¹ Acadêmicos do 6º semestre de Medicina da Universidade Salvador - UNIFACS.

² Residente de Cirurgia Geral do Hospital Santo Antônio - HSA

³ Docente do Curso de Medicina da Universidade Salvador - UNIFACS.

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel, localizado na borda anti-mesentérica do íleo e próximo à válvula ileocecal, é a anomalia congênita mais frequente do intestino. Devido às suas características histológicas, como possuir todas as camadas intestinais, define-se o divertículo de Meckel é um divertículo verdadeiro.¹ Estima-se que cerca de 2% das pessoas possuem este divertículo, resquício de um fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico no período da 7ª semana de gestação.² Durante a infância, este divertículo pode ser uma das causas de hemorragia digestiva baixa nesta população.³ Já na fase adulta, raramente o divertículo de Meckel possui manifestações sintomáticas, sendo que as chances de complicações diminuem conforme idade, sendo descoberto de forma acidental em cirurgias ou exames de imagem. No entanto, embora curse de forma assintomática em grande parte da população adulta, aproximadamente 4% vai ter alguma complicação hemorrágica, infecciosa, mecânica ou tumoral.⁴ Embora o tratamento definitivo para o divertículo de Meckel seja cirúrgico, não há consenso na literatura sobre a remoção quando é resultado de um achado acidental.⁵ Nestes casos de achado, as controvérsias perpassam desde a escolha de ressecar ou não e as técnicas possíveis para tal, como enterectomia segmentar ou diverticulectomia simples.⁶ Assim sendo, este trabalho visa relatar um caso no contexto de achado incidental e discutir os possíveis manejos no que tange o custo benefício de uma possível ressecção de um divertículo de Meckel em um paciente no contexto de abordagem de urgência por trauma.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 25 anos, trazido à unidade de emergência do Hospital Geral do Estado (Salvador/BA), com lesões por projétil de fogo em regiões de tórax, dorso e abdome. À admissão, apresentava-se instável hemodinamicamente, pressão arterial de 80x40mmHg, frequência cardíaca de 120bpm, saturação periférica de oxigênio de 89%, Glasgow 9, descorado e taquidispneico. Encaminhado imediatamente à cirurgia de emergência. Submetido a drenagem torácica fechada em selo d'água bilateral e laparotomia exploradora. Ao inventário de cavidade abdominal, evidenciado moderado hemoperitônio, laceração hepática "estelada" em segmentos II e III e lesão hepática em segmentos VII e VIII, com orifício de drenagem de difícil localização (Figura 1). Após cerca de duas horas de cirurgia, o paciente mantinha instabilidade hemodinâmica, a despeito de hemotransfusão, cristaloides e droga vasoativa em ascensão, acidose metabólica (bicarbonato de 17,0 e lactato de 13,9) e hipotermia. Durante nova revisão cirúrgica, não foram identificados novos pontos de sangramento. Optado pela conversão do procedimento para cirurgia de controle de danos. Foram posicionadas seis compressas em região posterior ao fígado, três compressas em região anterior e o paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Submetido a reabordagem cirúrgica após 72 horas da primeira cirurgia. Ao inventário da cavidade abdominal, não foi observado presença de sangramento ativo, sendo retirado as nove compressas, sem intercorrências. Durante inventário de cavidade, evidenciada formação sacular a cerca de 60cm da válvula ileocecal, sem sinais inflamatórios associados, compatível com divertículo de Meckel. Diante do contexto do paciente em questão, optado por conduta conservadora e não realizado a ressecção cirúrgica do divertículo. Paciente permaneceu internado em leito de terapia intensiva e semi-intensiva por mais vinte dias. Durante esse período cursou com complicações referentes ao trauma torácico com necessidade de toracotomia e decorticação pulmonar à direita. Após trinta e oito dias da admissão recebeu alta hospitalar em bom estado geral. Durante seguimento ambulatorial não apresentou novas intercorrências clínicas-cirúrgicas e foi orientado quanto a possíveis complicações referentes à presença do divertículo de Meckel encontrado de forma incidental durante abordagem cirúrgica.



Figura 1 – Laceração hepática "estelada"



Figura 2 – Divertículo de Meckel

DISCUSSÃO

O tratamento definitivo do divertículo de Meckel sintomático é cirúrgico. Para isso, existem dois tipos de cirurgia (diverticulectomia ou ressecção), indicados quando a divertículo é amplo, de forma a evitar sangramento ou bloqueio da luz do intestino. Todavia, quando se trata de um achado incidental, há controvérsias no que tange a conduta. De acordo com uma revisão da literatura baseada em 49 artigos feita por Zani, a realização de uma ressecção nesse tipo de achado implica em uma maior chance de complicações posteriores, como infecção e obstrução intestinal.⁷ Resultados semelhantes foram encontrados por Soltero, que a retirada do divertículo de Meckel assintomático evitaria apenas 0,125% de uma possível complicação fatal posterior. Em contrapartida, segundo Cullen et. al, a cirurgia de remoção do divertículo de Meckel enquanto achado incidental traz menos riscos do que as possíveis complicações do divertículo de Meckel sintomático. A única ressalva feita por Cullen da cirurgia é quando o paciente possui mais de 80 anos e/ou uma peritonite difusa.⁹ Para fins de critério, Mackey, baseado em uma análise de 402 casos de achado incidental de Divertículo de Meckel, estabeleceu como indicação para a remoção: idade (< 40 anos), homem, divertículo maior que 2 cm e indicações macroscópicas de que há mucosa ectópica.¹⁰ No caso relatado, embora o paciente entrasse em dois (homem e < 40 anos) dos quatro critérios para a indicação cirúrgica, optou-se pela não realização da abordagem cirúrgica ao divertículo de Meckel. Inicialmente, o paciente fora submetido a cirurgia de controle de danos após ser vítima de trauma com sangramento importante mas, por se tratar de um paciente grave, ainda com REMIT importante, avaliou-se que a intervenção no divertículo de Meckel assintomático poderia acrescentar uma morbidade desnecessária.

CONCLUSÃO

A literatura demonstra uma controvérsia em relação ao manejo do divertículo de Meckel assintomático. É de suma importância considerar que, mais do que estabelecer uma conduta universal frente a este tipo de achado incidental, é individualizar cada caso e o contexto que está inserido para a tomada de decisão.

BIBLIOGRAFIA

1. Maia DS, et al. OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL. 2013;26:244-245.
2. Santos Rômulo Florêncio Tristão, Tibana Tiago Kojun, Lima Filho Carlos Fernando Rio, Marchiori Edson, Nunes Thiago Franchi. Aspectos tomográficos da diverticulite de Meckel. Radiol Bras [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Sep 23]; 52(4): 272-272.
3. Alves ACS, et al. Divertículo de Meckel: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 2014; 24(1): 93-7
4. Lequet J, Menahem B, Alves A, Fohlen A, Mulliri A. Meckel's diverticulum in the adult. J Visc Surg. 2017 Sep;154(4):253-259
5. An J, Zabbo CP. Meckel Diverticulum. 2020 Jan. StatPearls Publishing. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499960/> [Accessed 24 September 2020].
6. Freitas LAM, Jorge A, Aloísio DAC, da Silva AGB. Divertículo de Meckel - Conduta no achado incidental; 1998;26(6):11-4
7. Zani A., Eaton S., Rees C.M., Pierrro A.: Incidentally detected Meckel's diverticulum: to resect or not to resect? Ann Surg, 2008; 247(2): 276-281.
8. Soltero M.J., Bill A.H.: The natural history of Meckel's diverticulum and its relation to incidental removal. A study of 202 cases of diseased Meckel's diverticulum found in King County, Washington, over a fifteen-year period. Am JSurg, 1976; 132: 168-173.
9. Cullen Joseph JMD, et al. Tratamento cirúrgico do divertículo. Annals of surgery. Outubro de 1994;564-9
10. Mackey W.C., Dineen P.: A fifty-year experience with Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet, 1983; 156(1): 56-64.