

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

ATYPICAL PRESENTATION OF A MECKEL DIVERTICULUM: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

Naiane **MAYER**¹, Gilberto **PASCOLAT**¹, Sylvio Gilberto Andrade **AVILLA**¹, Alan **NEIVERTH**²,
Lucas Henrique Rinaldi **FAIDIGA**², Matheus Henrique de Magalhães **MOREIRA**².

Rev. Méd. Paraná/1573

Mayer N, Pascolat G, Avilla SGA, Neiverth A, Faidiga LHR, Moreira MHM. Apresentação atípica de um Divertículo de Meckel: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):84-86.

RESUMO - O divertículo de Meckel (DM) é um vestígio remanescente do ducto vitelino que se forma entre a oitava e nona semanas de gestação. É uma manifestação relativamente comum na população geral (2%), no entanto, raramente desenvolve sintomas. Quando desenvolve sintomas a hematoquezia indolor é o sintoma mais prevalente. A investigação da hematoquezia dolorosa requer a exclusão de diversas patologias gastrointestinais. No presente artigo relatamos o caso de um paciente com DM de apresentação clínica e epidemiologia atípicas e sua investigação, assim como uma revisão de literatura sobre os métodos diagnósticos para se chegar ao DM.

DESCRITORES - Divertículo Ileal, Hemorragia Gastrointestinal, Dor Abdominal.

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel (DM) se desenvolve a partir de uma obliteração incompleta do ducto vitelino ou ducto onfalomesentérico (estrutura que liga o intestino médio ao saco vitelino) entre a oitava e nona semanas de gestação, sendo um divertículo verdadeiro. Existe uma regra mnemônica chamada “regra dos dois” para explicitar a epidemiologia do DM: Ocorre em até 2% da população, com uma proporção entre homens e mulheres de 2:1, respectivamente. No entanto, somente 2% deles manifestam algum sintoma, ocorrem antes dos dois anos de idade geralmente (50%), se localizam a uma distância de dois pés (sessenta centímetros) da válvula ileocecal com um comprimento do divertículo de aproximadamente duas polegadas (cinco centímetros) e têm dois tipos comuns de tecido ectópico (gástrico e pancreático).^[1,2,3]

Sangramento gastrointestinal indolor é a manifestação clínica mais comum do DM (46.7%-82%) seguida de obstrução intestinal (24%), intussuscepção (17%) e diverticulite (15%). No entanto o quadro de dor abdominal é mais prevalente nos casos de Intussuscepção (82,4%) e obstrução intestinal

(83,3%).^[2,3]

A presença de hematoquezia é associada a diversas causas além do divertículo de Meckel, tais como úlceras retais, úlceras ileocolônicas, pólipos colônicos, lesão de Dieulafoy (mais comum em trato gastrointestinal superior), angiodisplasias e outras anomalias vasculares, doenças inflamatórias intestinais (DII) e sangramento digestivo alto de grande intensidade. A literatura é um tanto falha quanto a prevalência dessas enfermidades em crianças, no entanto alguns artigos trazem uma prevalência de até 90% de origem do sangramento em região anorretal em pacientes abaixo dos cinquenta anos.^[4,5]

O diagnóstico do DM pode ser difícil e muitas vezes tardiamente suspeitado, mas quando se tem a suspeita clínica, o exame confirmatório de escolha é a cintilografia com pertecnato de tecnécio-99m, conhecida como “varredura de Meckel”, com uma acurácia de 90 a 92,7%. No entanto, ele não deve ser realizado no momento de sangramento ativo muito significativo, visto que o sangramento pode diluir e lavar o contraste antes mesmo do DM ser detectado.^[1,2,3,6]

O tratamento preconizado pela literatura é a ressecção cirúrgica, seja por via laparoscópica ou

laparotomia, com ou sem a retirada do segmento intestinal adjacente ao divertículo, sendo a via laparoscópica colocada como segura e eficaz.^[7] O tratamento por laparotomia ainda é preconizado por alguns autores para casos de intussuscepção ou obstrução intestinal, enquanto a laparoscopia é a preferida para quadros hemorrágicos.^[2]

Relatamos o caso de um paciente com DM, de apresentação clínica atípica na literatura, mostrando sua evolução até o diagnóstico. Ainda, uma revisão de literatura sobre o tema, demonstrando nesse conjunto uma abordagem diagnóstica segura para o paciente, em que se excluam outras causas até chegar ao diagnóstico de DM.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, quinze anos, sem comorbidades prévias, vem ao pronto-atendimento pediátrico do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie com uma queixa de hematoquezia em todas as evacuações de início há um dia associada à dor abdominal. Sendo aproximadamente seis evacuações, de moderados a grandes volumes, sem outras queixas. Ao exame físico apresentava-se hipocorado (+/++++), taquicárdico (114 bpm), eupneico, com febrícula (37,7°C), abdome flácido e doloroso à palpação superficial difusa. ausência de fissuras ou cordões hemorroidários à anuscopia.

Paciente fora internado para investigação de quadro de hemorragia digestiva e solicitado de imediato exames laboratoriais e radiografias de abdome agudo, que mostraram apenas discreta anemia (hemoglobina 11,7 g/dL) e nenhuma alteração radiográfica.

Durante o primeiro dia de internamento continuou com o mesmo quadro, mas com alívio da dor abdominal parcialmente, persistindo dor à palpação profunda em mesogastro.

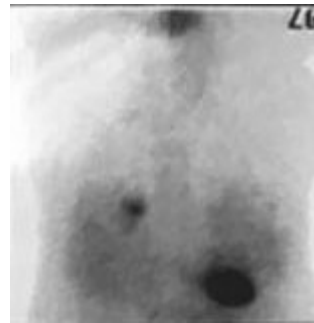
No segundo dia de internamento foram realizadas endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia. A EDA não demonstrou alterações que sugerissem a origem do sangramento, mas a colonoscopia sugeriu uma hemorragia digestiva próxima ao íleo terminal (sendo explorado até dez cm após a válvula ileocecal) e fora sugerida a complementação com arteriografia. A arteriografia foi realizada no terceiro dia de internamento, no entanto não evidenciou sangramentos no momento do exame. Nesse momento o paciente encontrava-se com uma hemoglobina de 9,1 g/dL e presença de sopro sistólico (2+/6+) em ausculta cardíaca, sendo iniciado suplementação de ferro elementar e acompanhamento laboratorial do quadro de anemia.

Ao quarto dia de internamento cessaram os episódios de hematoquezia, tendo uma melhora do estado geral e em exames laboratoriais a partir de então.

Ao oitavo dia de internamento foi realizada cintilografia com pertecnato de tecnécio-99m que identificou uma hiperconcentração do radiofármaco em to-

pografia de flanco esquerdo, sendo o achado sugestivo de divertículo de Meckel. (Figura 1) Fora feito o preparo com cimetidina na dose de 200 mg seis em seis horas por quatro dias antes da realização do exame.

FIGURA 1



Paciente foi encaminhado a outro serviço no dia seguinte para a realização de cirurgia videolaparoscópica para excisão do divertículo, sem outros achados pertinentes durante o procedimento.

No pós-operatório o paciente evoluiu bem, com recuperação total do quadro de anemia e sem episódios posteriores de hematoquezia. Ao anotomopatológico foi observado segmento de intestino delgado contendo divertículo com mucosa gástrica ectópica, condizente com divertículo de Meckel.

DISCUSSÃO

O divertículo de Meckel apesar de relativamente comum na população, raramente apresenta sintomas. O quadro de dor abdominal somada à hematoquezia não é o quadro mais comum nesses pacientes, sendo que geralmente a dor está presente em outras apresentações da doença e somente 27,3% apresentam dor juntamente com o quadro de sangramento.^[2] A idade do paciente também não é comum de se apresentar DM sintomático, visto que classicamente ocorre antes dos dois anos de idade, raramente ultrapassando os dez anos de idade.^[1,2,3]

A exclusão de outras causas mais frequentemente associadas ao quadro clínico apresentado é indispensável antes de se chegar ao diagnóstico do divertículo de Meckel. As causas mais comuns de hematoquezia associadas a dor abdominal são anorretais.^[5] Por isso a realização de exame de colonoscopia é necessária. O sangramento digestivo alto de grande intensidade também pode se apresentar com quadro de hematoquezia,^[5] sendo indispensável a realização de EDA para exclusão do mesmo. Num ambiente de pronto-atendimento a realização de radiografias de abdome agudo poderiam mostrar sinais de pneumoperitônio e auxiliar no diagnóstico de uma úlcera gástrica/duodenal perfurada.

A arteriografia requer uma taxa de sangramento de 0,5 ml/min ou mais no momento da avaliação para

se observar alguma fonte de sangramento. ^[5] Esse exame apresenta uma especificidade de 100%, no entanto a sensibilidade varia de 30 a 47%. ^[5] A presença de anomalias vasculares poderia ter sido excluída por esse exame, no entanto, a fonte de sangramento não apresentava um fluxo suficiente para que esse exame fosse útil na investigação do quadro.

A suspeição de que a fonte do sangramento poderia ser o DM veio a partir da negatificação de todos os outros quadros, sendo necessário realizar o exame de imagem de escolha para o diagnóstico do mesmo, a cintilografia com pertecnetato de tecnécio-99m. ^[1,2,3,6] A realização do preparo com cimetidina de seis em seis horas com no mínimo duas a três doses antes do exame é preconizado na literatura, pois aumenta a sensibilidade do exame, fazendo com que as células da mucosa do divertículo acumulem o traçador e não o secretem. ^[2]

CONCLUSÃO

Apesar das apresentações clínica e epidemiológica atípicas nesse caso de DM, a hipótese diagnóstica deve ser considerada em casos semelhantes. A eliminação de outras causas mais comumente associadas ao quadro auxilia na suspeição e posterior investigação do quadro. A escolha do exame de maior acurácia feita com o preparo correto assim que se teve a suspeita de DM foi decisiva para um desfecho rápido e de bom prognóstico para o paciente.

Mayer N, Pascolat G, Avilla SGA, Neiverth A, Faidiga LHR, Moreira MHM. Atypical presentation of a Meckel Diverticulum: case report and literature review. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2020;78(2):84-86.

ABSTRACT - Meckel's diverticulum (DM) is a remnant of the vitelline duct that forms between the eighth and ninth weeks of gestation. It is a relatively common manifestation in the general population (2%), however, it rarely develops symptoms. When symptoms develop, painless hematochezia is the most prevalent symptom. The investigation of painful hematochezia requires the exclusion of several gastrointestinal pathologies. In the present article we report the case of a patient with atypical clinical and epidemiology DM presentation and its investigation, as well as a literature review on the diagnostic methods to arrive at DM.

KEYWORDS - Meckel Diverticulum, Gastrointestinal Hemorrhage, Abdominal Pain.

REFERÊNCIAS

- Francis A, Kantarovich D, Khoshnam N, Alazraki AL, Patel B, Shehata BH. Pediatric Meckel's Diverticulum: Report of 208 Cases and Review of the Literature. *Fetal and Pediatric Pathology* 2016 Apr; 0 (0): 1 – 8.
- Huang C-C, Lai M-W, Hwang F-M, Yeh Y-C, Chen S-Y, Kong M-S, et al; Diverse Presentations in Pediatric Meckel's Diverticulum: A Review of 100 Cases. *Pediatrics and Neonatology* 2014 Dec; 20 (5): 1-7.
- Irvine, I., Doherty, A., Hayes, R.. Bleeding meckel's diverticulum: A study of the accuracy of pertechnetate scintigraphy as a diagnostic tool. *European journal of radiology* 2017 sep; 96 (1): 27–30.
- Jung K, Moon W. Role of endoscopy in acute gastrointestinal bleeding in real clinical practice: An evidence-based review. *World J Gastrointest Endosc* 2019; 11(2): 68-83;
- SAHN B, BITTON S. Lower gastrointestinal bleeding in children. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics* 2016; 26 (1): 75-98,...
- Hong, S. N., Jang, H. J., Ye, B. D., Jeon, S. R., Im, J. P., Cha, J. M., Kim, S. E., Park, S. J., Kim, E. R., & Chang, D. K.. Diagnosis of Bleeding Meckel's Diverticulum in Adults. *Plos One* 2016 Sep. 11(9): 1-9.
- Hansen C-C; Soreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* 2018 aug; 97 (35): 1-9