

# DIVERTÍCULO DE MECKEL – CONDUTA NO ACHADO INCIDENTAL

## MECKEL'S DIVERTICULUM – BEHAVIOR ON ACCIDENTAL FOUND

Luiz Alberto Mendonça de Freitas, TCBC-DF<sup>1</sup>

Alexandre Jorge, TCBC-DF<sup>2</sup>

Dimas Alberto Campos Aloísio, ACBC-DF<sup>2</sup>

André Gleivson Barbosa da Silva, RCBC-DF<sup>3</sup>

**RESUMO:** O Divertículo de Meckel é uma malformação rara. Quando presente, na maioria das vezes não é motivo de sintomatologia. Nos casos complicados, os sintomas são inespecíficos, o que torna o diagnóstico pré-operatório muito difícil. A raridade desta condição, assim como as dificuldades diagnósticas e as controvérsias no tratamento, principalmente quando seu achado é incidental, motivaram a análise de uma série de 18 Divertículos de Meckel (DM) operados na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Brasília-DF, no período de 1985 a 1995. O estudo demonstrou que os portadores destas anomalias foram operados sem diagnóstico pré-operatório mesmo nos pacientes sintomáticos. Em nove oportunidades, os achados foram incidentais durante laparotomias por outros motivos. Diversas condutas operatórias foram verificadas nesta revisão, variando desde a simples diverticulectomia até a enterectomia segmentar com reconstrução por anastomose primária término-terminal. Estas controvérsias levaram o staff da UCG do HRS a eleger a última técnica citada como a mais adequada para a uniformização do tratamento não só dos casos sintomáticos como também para os achados incidentais.

**Unitermos:** Divertículo de Meckel; Divertículo intestinal; Divertículo congênito.

### INTRODUÇÃO

O Divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, sendo descrito primeiramente por Fabricius Hildanus em 1650.<sup>1,3,6</sup> Posteriormente, Littre, em 1745, relatou o achado de divertículo intestinal em hérnia inguinal,<sup>7</sup> porém coube a Johann F. Meckel, em 1809, os relatos sobre sua embriologia e anatomia, sendo, a partir daí, a malformação associada ao seu nome.

Sua incidência varia de 0,2% a 4% e, destes, apenas 4% a 6% costumam apresentar complicações, conforme referido por Soltero e Bill.<sup>3,8</sup> Dentre estas, as mais encontradas são hemorragia, obstrução, perfuração e inflamação. É mais freqüente em homens na proporção de 2:1. Em seu lúmen podem ser encontradas mucosas ectópicas, principalmente gástrica e pancreática, sendo as complicações mais freqüentemente apresentadas, em associação a estas ectopias, a hemorragia e a obstrução, a primeira mais comum em crianças, e a última, em adultos.<sup>4</sup>

O Divertículo de Meckel localiza-se na borda antimesentérica do íleo, a cerca de 40cm da papila íleo-cecal, e representa o remanescente da porção proximal do conduto onfalo-mesentérico.<sup>1,3,6</sup> O Divertículo de Meckel pode estar ligado à cicatriz umbilical por um cordão fibroso ou uma fístula.<sup>6</sup> A parede deste “apêndice ileal” é composta por todas as paredes do intestino, sendo, por isso, considerado como divertículo verdadeiro.

O achado incidental gerou por muito tempo, e ainda gera, controvérsias quanto à conduta a ser tomada, isto é, se deve ou não ser ressecado e, no caso de ressecção, realizar a simples diverticulectomia ou a enterectomia segmentar.<sup>4</sup>

Estas controvérsias levaram a uma revisão dos casos de Divertículo de Meckel operados na Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Sobradinho, da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, no período entre 1985 e 1995. Foram encontrados 18 casos, dentre os quais nove foram de achados incidentais durante laparotomia por outro motivo. O levantamento confirma as dificuldades para o diagnóstico pré-

1. Cirurgião Geral, Coordenador de Residência Médica em Cirurgia Geral do HRS.

2. Cirurgião Geral, Preceptor de Residência Médica em Cirurgia Geral do HRS.

3. Residente do 2º. ano em Cirurgia Geral do HRS.

Recebido em 30/4/98

Aceito para publicação em 26/10/98

Trabalho realizado na Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Sobradinho – Brasília – Distrito Federal.

operatório dos casos sintomáticos e a falta de uniformidade na escolha da intervenção a ser realizada sobre o divertículo. Da análise e discussão destes casos, procura-se a melhor solução para este problema, principalmente nos casos de achado incidental.

## PACIENTES E MÉTODOS

O levantamento em questão, de caráter retrospectivo, constituiu-se uma busca aos arquivos geral de prontuários e do Departamento de Anatomia Patológica do Hospital Regional de Sobradinho entre o período de 1985 a 1995. Do arquivo da Anatomia Patológica não foram incluídos os achados de necrópsia. Os casos encontrados foram analisados quanto ao sexo, idade, a presença de sintomas ou o achado incidental e, por fim, a conduta tomada frente ao problema. Os dados foram analisados apenas em suas frequências absolutas, relativa e média aritmética.

Foram encontrados 18 pacientes portadores de Divertículo de Meckel. Deste total, 13 pacientes eram do sexo masculino (72,2%) e cinco do sexo feminino (27,8%). A idade dos pacientes variou de 7 a 69 anos, com média de 21,9.

Nos casos sintomáticos (nove), o Divertículo apresentava-se perfurado em sete, com a suspeita diagnóstica de apendicite aguda (seis), úlcera perforada (um), e associado a quadro obstrutivo em dois deles: invaginação (um) e inflamação e aderência (um). Tabela 1.



Figura 1 – Peça cirúrgica – DM. Achado incidental em histerectomia eletiva

Tabela 1

Situações nas quais o Divertículo de Meckel (9) foi a patologia cirúrgica de base		
Patologia cirúrgica do Divertículo de Meckel	Pacientes	%
Perfuração	7	77,7
Obstrução		
invaginação	1	11,1
inflamação e aderência	1	11,1

Hospital Regional de Sobradinho – Unidade de Cirurgia Geral – DF

Nos demais (nove), o Divertículo de Meckel foi um achado incidental e apresentava-se normal nas seguintes situações que motivaram a laparotomia: Apendicite aguda (cinco), trauma abdominal (dois), trombose mesentérica (um) e durante histerectomia eletiva (um), (Figura 1). A tabela 2 relaciona os casos de achados incidentais.

Tabela 2

Situações nas quais foram encontrados incidentalmente nove Divertículos de Meckel		
Patologia cirúrgica	Pacientes	%
Apendicite aguda	3	33,3
Trauma abdominal	2	22,2
Necrose apêndice epiplóico	1	11,1
Trombose mesentérica	1	11,1
Adenite mesentérica	1	11,1
Durante histerectomia eletiva	1	11,1

Hospital Regional de Sobradinho - Unidade de Cirurgia Geral - DF

A conduta cirúrgica não foi uniforme, com a tabela 3 relacionando os diversos procedimentos realizados.

Tabela 3

Condutas cirúrgicas tomadas frente ao achado de 18 casos de Divertículo de Meckel		
Técnica operatória	Pacientes	%
Enterectomia + apendicectomia	8	44,5
Enterectomia	7	38,5
Enterectomia + jejunostomia	1	5,5
Diverticulectomia + hepatorrafia	1	5,5
Diverticulectomia + hepato-nefrorafia	1	5,5

Hospital Regional de Sobradinho – Unidade de Cirurgia Geral – DF

As complicações pós-operatórias apresentadas foram: infecção de ferida (um caso), febre de origem infecciosa (um caso) e deiscência de parede (um caso). O paciente da trombose mesentérica evoluiu para o óbito.

O exame histopatológico evidenciou presença de mucosa pancreática ectópica em apenas um divertículo (Figura 2).

## DISCUSSÃO

O Hospital Regional de Sobradinho, parte integrante da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, é uma unidade hospitalar de porte médio na qual o serviço de cirurgia geral



Figura 2 – Mucosa pancreática ectópica em peça cirúrgica – Divertículo de Meckel

executa em média 650 cirurgias abdominais por ano, entre urgências e cirurgias eletivas. No período de dez anos, o achado de 18 casos de Divertículo de Meckel representa 0,27% das afecções operadas, o que está de acordo com o fato de se tratar de uma anomalia de raro encontro.

Na série apresentada, em igual concordância com a literatura mundial, houve predominância do achado em pacientes do sexo masculino.<sup>1,5,6</sup> Assim também, a série não fugiu à regra de ter o diagnóstico etiológico definitivo através do ato cirúrgico, pois não houve nenhum diagnóstico pré-operatório, mesmo nos casos sintomáticos, levando em consideração os escassos recursos propedêuticos habitualmente disponíveis.

Em contrapartida, as complicações que estiveram presentes com maior frequência foram a inflamação associada à perfuração, seguida pela obstrução intestinal, em desacordo com a literatura, que registra a hemorragia como a complicação mais frequente.<sup>6,8,10</sup> Este aspecto pode ser justificado pelo fato de que a quase totalidade dos pacientes em questão pertence à faixa etária adulta, sendo a hemorragia a complicação mais frequente do Divertículo de Meckel em crianças.<sup>3</sup>

Contudo, o dado que chama mais a atenção diz respeito aos casos sintomáticos que, neste levantamento, constituíram 50% dos pacientes. Enquanto J. Soltero<sup>7</sup> afirma que apenas 4% a 6% dos divertículos costumam apresentar complicações, a proporção levantada parece inusitada.

O que fazer com os Divertículos de Meckel encontrados, em especial com os de achado incidental? A tabela 3 mostra que, apesar de não ter havido uniformidade nas condutas, a ressecção do divertículo esteve sempre presente, mostrando uma tendência do serviço pela extirpação do mesmo em qualquer circunstância.

A remoção do divertículo de Meckel quando achado incidental é muito discutida.<sup>9,11,12</sup> Soltero e Bill sugerem que a exérese do mesmo nos achados incidentais não é justificada, principalmente quando não há evidência de tecido ectópico

à palpação e sua base de implantação apresenta-se larga.<sup>7,9</sup> Aubrey e Wales sugerem remoção do divertículo assintomático devido ao baixo risco de complicações cirúrgicas neste procedimento.<sup>2,6</sup>

Uma questão importante gira em torno das implicações médico-legais como as levantadas por Joseph Kovarik,<sup>13</sup> nos Estados Unidos, sobre dois aspectos principais: o primeiro é a remoção do divertículo sem o consentimento do paciente ou familiares, afirmando o autor que a decisão de se fazer a diverticulectomia profilática deve ser analisada pela profundidade do julgamento cirúrgico bem como pelo consentimento do paciente.

O outro enfoque é sobre a possível responsabilidade do médico por não identificar a presença de Divertículo de Meckel durante uma cirurgia abdominal e posteriormente o paciente desenvolver qualquer sintoma relacionado ao mesmo. A julgar pela série apresentada, onde a incidência de divertículos sintomáticos foi elevada, e pelo fato de que o achado em sua totalidade foi operatório, não havendo nesta circunstância condições para que o paciente ou sua família se pronuncie e, ainda mais, aliando-se a isto a morbi/mortalidade deste procedimento, que, neste levantamento, foi nula, com o único óbito não tendo sido relacionado ao divertículo, achamos que a ressecção do mesmo esteja perfeitamente justificada, não devendo causar nenhum constrangimento, considerando que toda malformação, sempre que possível, deva ser corrigida desde que as condições cirúrgicas sejam apropriadas para a sua realização.

Quanto ao procedimento a ser usado para esta exérese, julgamos ser a enterectomia segmentar (Figura 3), com a reconstrução primária término-terminal, a mais apropriada por garantir a remoção de toda a malformação sem o risco de deixar mucosa ectópica na base do segmento ileal próximo ao divertículo.

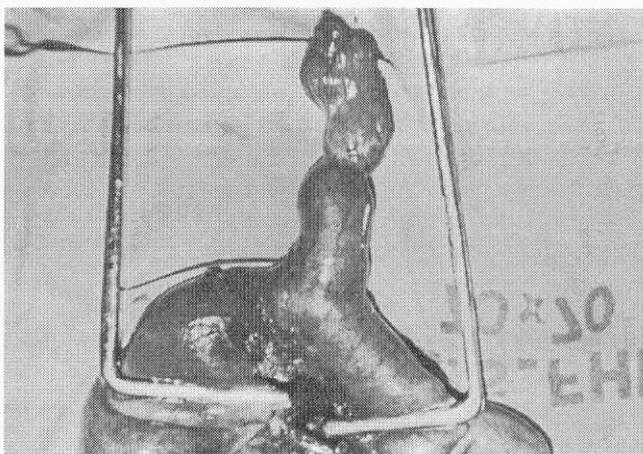


Figura 3 – Divertículo de Meckel – Técnica cirúrgica – Diverticulectomia e anastomose término-terminal

**ABSTRACT**

*Meckel's diverticulum is rare malformation, and in most of the suspects has no symptoms. In complicated cases, the symptoms are not specific, what makes difficult the preoperative diagnosis. The rarity of this condition as well difficulties in diagnosis and controversies in treatment let us review and analyse records of 18 patients with Meckel's diverticulum operated at Hospital Regional of Sobradinho in a ten year period (1985-1995). The review showed that all 18 patients underwent surgical procedure without preoperative diagnosis of Meckel's diverticulum. In nine patients the MD were found in the course of operation for some other lesion and remaining had others preoperative diagnosis due of complications of a existing MD. Although there is no compelling evidence to support the opinion that an asymptomatic Meckel's diverticulum constitutes a major threat to the future well-being of a patient, it is apparent that incidental removal is associated with minimal risk of complications. Controversies in this subject, such medicolegal implications, literature review and the findings in this series let us to decide for the removal of the diverticulum if patientes conditions is satisfactory and elect the enterectomy with end to end anastomosis is the most adequate technique for both incidental findings and sintomatic diverticulum.*

**Key Words:** *Meckel's diverticulum; Intestinal diverticulum; True diverticulum.*

**REFERÊNCIAS**

1. Yamaguchi M, Takeuchi S, Awazu S – Meckel's Diverticulum investigation of 600 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1978; 136:247-9.
2. Joseph J Cullen, Keith A Kelly, Christopher R Moior – Surgical management of Meckel's Diverticulum. *Ann Surg* 1994; 220: 564-9.
3. Dickens St-Vil, Mary L Brant, Stephane Panic, et al – Meckel's Diverticulum in children: A 20-year review. *Ped Surg* 1991;26: 1.289-1.292.
4. Munro I – Meckel's Diverticulum, surgical guidelines at last. *Lancet* 1983;2:438-439.
5. Aubrey A, Wales C – Meckel's Diverticulum. *Arch Surg* 1970;100: 144-146.
6. D Kim Turgeon, Jeffrey L Barnett – Meckel's Diverticulum – Clinical reviews. *Am Gastroenterol* 1990;85:777-781.
7. Soltero MJ, Bill AH – The natural history of Meckel's Diverticulum and its relation to incidental removal. *Am J Surg* 1976;132: 168-173.
8. Carol L Fowler, Laurie AO, Barbara S Reid, et al – Hemoperitoneum from perforated Meckel's Diverticulum. *J Ped Surg* 1988;23: 982-983.
9. JC Le Neel, Y Heloury, J Leborgne – Le diverticule de Meckel. Faut-il le rechercher? Faut-il l'enlever? A propos de 116 observations. *J Chir* (Paris) 1983;120(4):233-237.
10. Hansel M, DeBartolo Jr, Jonathan A – Meckel's Diverticulum. *Ann Surg* 1976;183(1):30-33.
11. Theodore C Jewett, Winfield L Bustsch – Meckel's Diverticulum: The abdominal masquerader. *Surgery* 1959;46(2):440-443.
12. Edward Passaro Jr, Dennis Richmond, H. Earl Gordon – Surgery for Meckel's Diverticulum in the adult. *Arch Surg* 1966;93:315-318.
13. Joseph Kovarik – Meckel's D., a surgical dilemma. *Int Surg* 1981; 66:315-317.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Dr. Alexandre Jorge  
SQS 108 Bloco D Apto. 101  
70347-040 – Brasília-DF