Hérnia interna causada por divertículo de Meckel – relato de caso*

Internal hernia caused by Meckel's diverticulum – case report*

OSWALD WOLFF DICK – Mestre em Ciências Criminais. Professor Titular da Disciplina de Medicina Legal e Ética Médica da PUCRS. Professor Adjunto da disciplina de Cirurgia Geral da FFFCMPA.
VIRGÍNIA MÜLLER – Médica Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
JULIANO DE AVELAR BREUNIG – Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul – RS.
DENIS CONCI BRAGA – Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul – RS.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

✉ Endereço para correspondência:
Juliano de Avelar Breunig
R. Padre Carmini Fasulo, 277, ap 808
95070-200 – Caxias do Sul, RS – Brasil
(54) 9125-0800 / (54) 212-9237
julianobreunig@hotmail.com

SINOPSE

Os autores relatam o caso de um paciente em que ocorreu necrose de 140 cm de intestino delgado em conseqüência de hérnia interna em que o anel era formado por um divertículo de Meckel aderido ao mesentério. O paciente referiu uma curta história de dor abdominal. Houve choque hipovolêmico. Uma laparotomia exploradora de emergência possibilitou diagnóstico e tratamento.

UNITERMOS: Divertículo de Meckel, Hérnia Interna, Hérnia Interna Estrangulada.

ABSTRACT

The authors report a case of a patient who suffered a 140 cm small bowel necrosis in an internal hernia which ring was formed by a Meckel's diverticulum attached to the mesentery. The patient reported a short history of abdominal pain. There was hypovolemic shock. Emergency laparotomy enabled diagnosis and treatment.

KEY WORDS: *Meckel's Diverticulum, Internal Hernia, Strangulated Internal Hernia.*

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel resulta do fechamento incompleto do duto onfalomesentérico. Geralmente se apresenta como uma projeção de intestino delgado na borda antimesentérica do íleo, distanciando-se quinze a noventa centímetros da válvula ileocecal, com uma média de 50,6 cm (1, 2). Os divertículos variam amplamente em comprimento e espessura e em 28 a 50% deles há tecido ectópico gástrico (3, 4) ou, mais raramente, duodenal, pancreático, colônico ou endometrial (3-6). Entre 0,3 e 3% da população apresenta esse divertículo (1-4, 7, 9-13). Desses, 4% apresentam sintomas, que geralmente são inespecíficos (7) e ocorrem mais freqüentemente no sexo masculino e em idade precoce (6, 11). Entre as complicações que podem ocorrer em portadores do divertículo de Meckel estão hemorragia, obstrução, diverticulite, perfuração intestinal e intussuscepção (1, 4, 5, 8, 11). Estudo realizado em Amsterdã mostrou, em 39% dos casos, que obstrução foi causa preponderante nos pacientes que necessitam de ressecção (6).

RELATO DO CASO

O.B.S., 12 anos, sexo masculino, branco, natural e procedente de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

O paciente relata que no dia 21 de janeiro de 2002, às 8 horas, acordou com dor abdominal difusa, intensa, súbita e contínua. Logo após, foi levado a um Posto de Saúde, onde recebeu medicação (escopolamina). A dor diminuiu, sem cessar totalmente.

Por volta das 11 horas, o paciente foi encaminhado à emergência do HNSC. Encontrava-se em regular estado geral, cianótico, sonolento (porém lúcido), com dor abdominal intensa, palidez e episódios de êmese (em jato, líquida e de cor preta). Radiografia de abdômen agudo mostrou níveis líquidos em flanco direito.

Por volta das 16h, o paciente referiu falta de ar, frio, tremores, diminuição da sensibilidade dos membros e sede. Houve queda ao solo. Em seguida, o paciente entrou em choque hipovolêmico, o qual foi revertido.

A ausência de melhora clínica, manifestada por distensão abdominal, dor a palpação difusa, irritação peritoneal e livores reticulares, levou à realização de laparotomia exploradora. O transoperatório demonstrou necrose extensa do íleo (Figura 1), grande quantidade de líquido sero-hemático na cavidade e linfadenomegalia mesentérica. Divertículo de Meckel aderido ao mesentério constituiu o anel que possibilitou a hérnia interna de 140 cm de íleo (Figura 2). Enterectomia do segmento necrosado com êntero-êntero-anastomose 2 cm proximal à válvula ileocecal foi realizada, sem intercorrências.

O exame anatomopatológico demonstrou infartamento hemorrágico



Figura 1 – Necrose extensa do íleo.

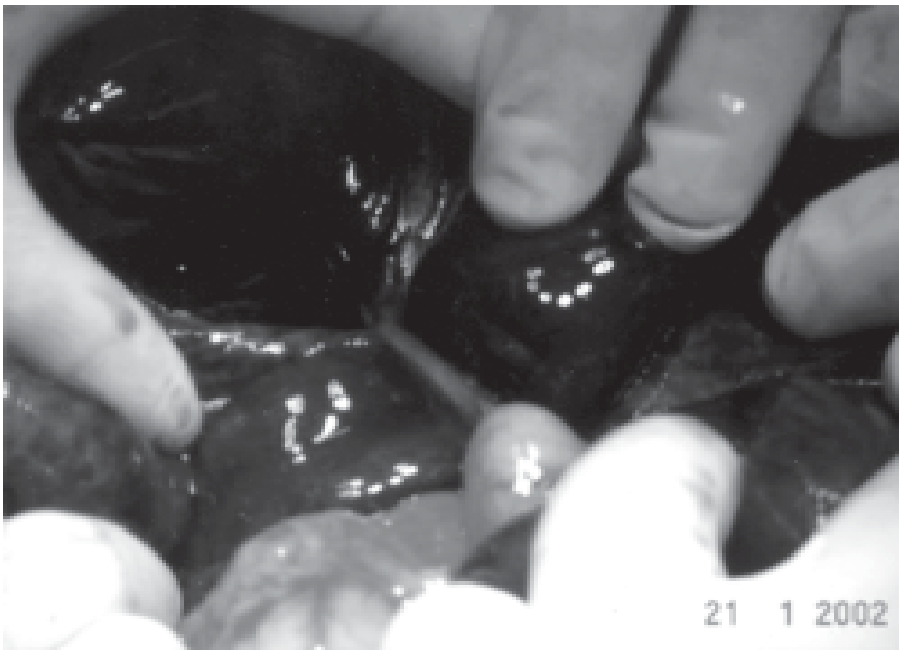


Figura 2 – Divertículo de Meckel aderido ao mesentério, formando o anel que possibilitou a hérnia interna.

em parede de intestino delgado, linfonodo com hiperplasia linfóide e infartamento hemorrágico em parede de divertículo de intestino delgado.

O paciente apresentou elevada freqüência evacuatória depois da cirurgia, com boa adaptação nos dias subseqüentes. Recebeu alta hospitalar oito dias após a cirurgia, em bom estado geral. Aceitava bem alimentação via oral e tinha menor freqüência evacuatória.

DISCUSSÃO

Hérnias abdominais internas são causas incomuns de oclusão intestinal, sendo responsáveis por apenas 2% delas (14). 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 (14). Em pacientes jovens, sem laparotomia prévia, o diagnóstico é ainda mais improvável. Ressalta-se, então, a importância diagnóstica e terapêutica da cirurgia de emergência (14). O diagnóstico pré-operatório por radiologia, arteriografia ou tomografia computadorizada é possível em hérnias em um estado suboclusivo (15). Porém, devido ao tempo restrito para o diagnóstico, geralmente ele somente é realizado na laparotomia (15).

Obstrução intestinal causada por hérnia abdominal interna devida a um divertículo de Meckel é evento raro (16). Podem ocorrer hérnias internas quando há cordão fibroso ligando o divertículo de Meckel à superfície interna da parede abdominal anterior (1, 4, 8, 9, 17). Todavia, no caso em análise, o divertículo do paciente não estava ligado à parede abdominal nem possuía cordão fibroso, estando ligado diretamente ao mesentério. O tecido pancreático no divertículo predispõe a intussuscepção e volvo do intestino delgado (5), entretanto não havia tecido ectópico na situação encontrada.

Divertículo de Meckel causando uma hérnia interna com obstrução intestinal, além de evento raro, tem sinais e sintomas inespecíficos, sendo difícil e infreqüente o diagnóstico pré-operatório (16). Por conseguinte, há altas taxas de mortalidade associadas a este tipo de hérnia interna (8). A morbidade e mortalidade podem ser diminuídas com a intervenção cirúrgica precoce (15). Sendo assim, a consultoria cirúrgica imediata em pacientes que apresentam sintomas ou achados abdominais significativos é sempre apropriada (18).

A primeira tarefa para o cirurgião é, então, não tanto estabelecer o diag-

nóstico, e sim estabelecer a necessidade de uma cirurgia de urgência (15).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHRISTIE A. Meckel's diverticulum: A pathological study of sixty-three cases. Am J D Child 1931; 42:544-553.
2. PFALZGRAF RR, ZUMWALT RE, KENNY MR. Mesodiverticular band and sudden death in children. A report of two cases. Arch Pathol Lab Med 1988; 112:182-184.
3. HEYMAN S: Meckel's diverticulum. A possible detection by combining pentagastrin with histamine H2 receptor blocker. J Nucl Med 1994 35:1656-1658.
4. ST-VIL D, BRANDT M, PANIC S, BENSOUSSAN A, BLANCHARD H. Meckel's diverticulum in children: A 20-year review. J Pediatr Surg 1991; 26:1289-1292.
5. BROPHY C, SEASHORE J. Meckel's diverticulum in the pediatric surgical population. Conn Med 1989 Apr; 53(4):203-5.
6. BEMELMAN W, HUGENHOLTZ E, HEIJ H, WIERSMA P. Meckel's diverticulum in Amsterdam: Experience in 136 patients. World J Surg 1995; 19:734-737.
7. SARLI L, COSTI R. Laparoscopic resection of Meckel's diverticulum: report of two cases. Surg Today 2001; 31(9):823-5.
8. PFALZGRAF RR, ZUMWALT RE, KENNY MR. Mesodiverticular band and sudden death in children. A report of two cases. Arch Pathol Med 1998 Feb; 112(2):182-4.
9. HAWKINS HB, SLAVIN JD, LEVIN R, SPENCER RP. Meckel's diverticulum. Internal hernia and adhesion without gastrointestinal bleeding - Ultrasound and scintigrafic findings. Clin Nucl Med 1996; 21:938-940.
10. CULLEN JJ, KELLY KA, MOIR CR, HODGE DO, ZINSMEISTER AR, MELTON J. Surgical management of Meckel's diverticulum. Ann Surg 1994; 220:564-569.
11. MACKEY WC, DINEEN P. A fifty-year experience with Meckel's diverticulum. Surg Gynecol Obstet 1983; 156:56-64.
12. JAY G, MARGULIUS R, MC GRAW A, NORTHRUP R. Meckel's diverticulum: A survey of 109 cases. Arch Surg 1950; 61: 158-169.
13. SOLTERO, MJ, BILL AH. 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 J Surg 1976; 132:168-73.
14. GENOVESE AM, TARANTO F, FIORE D, SEGRETO M, GIARDINELLI A, CAVALLARO G. Internal abdominal hernia. Unusual cause of intestinal occlusion. Minerva Chir 2000 Mar; 55(3):177-80.
15. GULLINO D, GIORDANO O, GULLINO E. Internal hernia of the abdomen. A propos of 14 cases. J Chir (Paris) 1993 Apr; 130(4):179-95.
16. LEE MC, LIN LH, CHEN DF. Internal hernia caused by Meckel diverticulum in an infant: report of one case. Acta Paediatr Taiwan 2001 Mar-Apr; 42(2):105-7.
17. JANUSZ M. Mechanical occlusion of alimentary tract caused by the adhesion of gangrene-related changes in Meckel's diverticulum. Wiad Lek 2000; 53(5-6):359-60.
18. POLLACK ES. Pediatric abdominal surgical emergencies. Pediatr Ann 1996 Aug; 25(8):448-57.