



APENDICECTOMIA SECUNDÁRIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO: RELATO DE CASO

REIS, P. H. S.²; MENDES, L.M.S.¹; ARAÚJO, V. A. S. C.³; CAMPOS, G.M.N.¹; CARVALHO, E. J. G. S. ¹; VIEIRA, L.M.D.A⁴; BURITY, R.M. ⁵; CRUZ, M.R.S. ⁵.

1. UNIVERSIDADE SALVADOR; 2. FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS; 3. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; 4. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; 5. HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR

INTRODUÇÃO

O abdome agudo inflamatório tem como principal etiologia a apendicite. Entretanto, clinicamente há também suspeitas da diverticulite de Meckel, sendo no âmbito cirúrgico concluída a hipótese diagnóstica.. O risco geral ao longo da vida é estimado entre 5% e 20%, sendo de 8,6% para homens e 6,7% para mulheres.⁽¹⁾ O diagnóstico da apendicite é sumariamente clínico, marcado por dor epigástrica ou periumbilical seguida por náuseas, vômitos e anorexia. A dor posteriormente migra para o quadrante inferior direito, em que há dor à palpação e descompressão no ponto de McBurney.⁽²⁾ Permeando essa realidade, o caso clínico em questão retrata um inusitado paciente com ambas enfermidades.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 17 anos, admitido no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, com dor abdominal difusa há quatro dias, que migrou para região da fossa ilíaca direita, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Ao exame físico, apresentou abdome tenso a palpação, com eliminações vesicais espontâneas. Exames complementares apontaram leucocitose e PCR elevado. Diante do quadro sugestivo de apendicite, foi submetido a laparotomia exploradora seguida de apendicectomia. Além disso, ainda sem exames de imagem, foi realizada uma diverticulectomia com enterorrafia devido divertículo de Meckel perfurado. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, incluindo antibioticoterapia, analgesia sistêmica e dieta pastosa. Paciente evoluiu bem e teve alta no quarto dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

A apendicite aguda representa o acometimento cirúrgico mais comum nos casos de abdome agudo, tendo seu pico de incidência entre os dez e vinte anos de idade. Pode-se lançar mão da tomografia computadorizada abdominal, se necessário. Seu tratamento consiste na apendicectomia, convencional ou laparoscópica, seguida da administração intravenosa de fluidos e antibioticoterapia, com drogas contra bactérias gram-negativas e anaeróbicas.⁽¹⁾ Mediante abordagem precoce, o índice de mortalidade é menor que 1%, com boa recuperação pós operatória. Já em casos com complicações (ruptura e desenvolvimento de abscesso ou peritonite) e/ou idade avançada, o prognóstico é pior.⁽³⁾ O Divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, acometendo de 0,6% a 4% da população. Trata-se de um divertículo verdadeiro por apresentar todas as camadas da parede intestinal⁽⁴⁾. Entre 5% e 17% dos casos apresentam-se sintomáticos, sendo a maioria um achado intraoperatório. A perfuração deste divertículo é uma complicação rara que pode mimetizar uma apendicite.⁽⁵⁾

REFERÊNCIAS

1. Iamarino APM, Juliano Y, Rosa OM, Ferreiranovo N, Favaro MDL, Ribeiro Júnior MAF, et al. Fatores de risco associados às complicações de apendicite aguda. Rev Col Bras Cir. 2017;44(6):560–6.
2. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: A systematic review. J R Soc Med. 2006;99(10):501–5.
3. Poon SHT, Lee JWY, Ka Man NG, Chiu GWY, Wong BYK, Foo CC, et al. The current management of acute uncomplicated appendicitis: Should there be a change in paradigm? A systematic review of the literatures and analysis of treatment performance. World J Emerg Surg. 2017;12(1):1–10.
4. Varaschim M, Mendes A, Naufel DO, Perraro EIC. Divertículo de meckel perfurado por palito de dente. :3–5.
5. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15(1):1–42.

