



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE APENDICITE AGUDA E DIVERTÍCULO DE MECKEL, EM ABDOME AGUDO, COM ENTERITE LOCALIZADA

Gregório João Selhorst<sup>1</sup>; Murilo Mosca<sup>1</sup>; Ivan Murad<sup>2</sup>

**RESUMO:** A apendicite aguda e o divertículo de Meckel fazem parte dos diversos diagnósticos diferenciais de abdome agudo, muitas vezes de difícil diferenciação baseando-se apenas na clínica dessas patologias. Nesse trabalho, é apresentada a história clínica de pacientes com diagnóstico inicial de apendicite aguda que foge um pouco das características mais comuns de apresentação dessa patologia. No entanto, nem a diverticulite (no caso divertículo de Meckel) poderia ser diagnosticada com precisão nesses casos, pela localização do processo inflamatório. Com isso, abre-se um ponto chave para revisar as várias causas de abdome agudo.

**PALAVRAS-CHAVES:** Abdome agudo; apendicite; divertículo de Meckel.

### 1 INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é causada pela obstrução do lúmen apendicular, provocando uma clínica inicial de dor difusa pelo abdome, e que após algumas horas de evolução, essa dor torna-se bem localizada na fossa ilíaca direita. Ocorre freqüentemente na segunda e terceira décadas de vida, e que provoca alguns sinais e sintomas os quais são bem sugestivos do quadro. Portanto, o diagnóstico é baseado predominantemente na história e exame físico (TINSLEY R. HARRISON, 2006).

O divertículo de Meckel (DM) representa a anomalia mais freqüente do trato gastrointestinal, ocorrendo em cerca de 2% da população (JUSTUS PG.; BERGMAN, 1987). Trata-se de divertículo verdadeiro localizado na borda anti-mesentérica do ílio, e usualmente, localizado entre 30 e 150 centímetros de distância da válvula íleo-cecal (RUDGE FW, 1992). Ocorre em virtude do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico ou vitelino entre a 7<sup>o</sup> e 8<sup>o</sup> semanas de gestação (LEMOS R.; BINATO M, 1994). A doença tem curso assintomático, sendo na maioria das vezes, achado durante a realização de laparotomias ou necropsias (MACKKEY WC.; DINEEN, 1983). Habitualmente, o diagnóstico é realizado quando surgem complicações relacionadas à presença do divertículo e representadas por hemorragia, intussuscepção, obstrução intestinal por volvo ou herniação interna, perfuração, diverticulite ou neoplasias (RUDGE FW., 1992).

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina. Departamento do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr. greg.jmed@gmail.com; mumogo@gmail.com.

<sup>2</sup> Médico, Docente do Curso de Medicina. Departamento do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-Pr. muradivan@yahoo.com.br.

A apresentação clínica dessas patologias se enquadra no abrangente diagnóstico de abdome agudo, sendo muitas vezes impossível a conclusão do caso sem o auxílio da anatomia patológica. Principalmente quando ocorre a localização do DM nas proximidades da válvula íleocecal, o qual poderá promover um difuso processo inflamatório atingindo inclusive o processo apendicular.

Encontram-se poucos relatos na literatura dessa associação a nível intestinal, na qual em alguns casos, torna-se praticamente impossível a conclusão diagnóstica mesmo pela análise anátomo-patológica.

Nesses casos apresentados, relatamos a história clínica que tinha como principal hipótese diagnóstica apendicite aguda, a qual não foi confirmada. Demonstrando a dificuldade apresentada frente a uma história clínica atípica.

Esse trabalho tem como objetivo levantar a discussão frente aos problemas apresentados, para que novos casos sejam diagnosticados precocemente, evitando assim, a difusão do processo inflamatório presente no abdome agudo. Com isso, o resultado do processo cirúrgico e bem como da precisão do estudo anátomo-patológico, poderá ser eficiente para um correto diagnóstico, beneficiando o tratamento do paciente.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, baseando-se em casos atendidos no Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Maringá. Esses pacientes foram encaminhados de outras instituições, sendo do sexo masculino, raça branca, de faixa etária entre 40 e 50 anos. Apresentaram na admissão queixa de dor abdominal há dois dias, do tipo cólica, e que abrangia todo o andar inferior do abdome. Não apresentavam febre ou alterações urinárias. Já tinham sido medicados anteriormente em outros serviços médicos com sintomáticos, evoluíram com melhora e encaminhados para suas residências. No dia seguinte, amanheceram com retorno da dor abdominal, de mesma característica e localização, porém associados a vômitos de características biliosas. Retornaram ao mesmo serviço médico onde então foram encaminhados.

Ao exame físico apresentavam bom estado geral, orientados, descorados, hidratados, eupnêicos, não apresentavam febre, normocorados, e com ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Os abdômes apresentavam-se globosos, flácidos, com ruídos hidroáereos presentes, dolorosos à palpação em hipogástrios e principalmente em fossas ilíacas direitas.

Os exames complementares solicitados demonstraram: leucocitose sem desvio, urinas l e amilases normais, radiografias de abdome sem particularidades.

Foram encaminhados ao centro cirúrgico onde foi visualizado apêndice aparentemente normal à macroscopia de todos os pacientes. Realizado em seguida apendicectomia. Após a revisão de íleo terminal, observou-se mais ou menos 50 centímetros da válvula íleocecal um intestino delgado em “sanfona” de mais ou menos 20 centímetros de comprimento com aderências e leve estenose. Estes seguimentos foram retirados e encaminhados ao serviço de anatomia patológica, sendo os cotos anastomosados primariamente do tipo término-terminais.

Os pacientes evoluíram bem no pós-operatório, tendo alta hospitalar em cinco dias, com retornos ambulatoriais agendados para acompanhamento.

O anátomo-patológico das peças cirúrgicas mostrou os apêndices com características inflamatórias. Os seguimentos de intestino delgado ressecados demonstraram apenas paredes espessadas, com mucosas íntegras e sem ulcerações. A conclusão relatou enterite aguda com extenso edema submucoso e exsudato neutrofílico na parede, com ausência de especificidade etiológica.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apendicite aguda é causada pela obstrução do lúmen apendicular, tendo como causas mais comuns a hiperplasia dos folículos linfóides e a obstrução mecânica. A hiperplasia linfóide é de origem infecciosa e ocorre em 60% das vezes. A obstrução mecânica é representada pelos fecalitos, áscaris, bário, semente e restos vegetais e até tumores, principalmente o carcinóide (DAVID C. SABISTON, 2005).

Pela obstrução do apêndice, ocorre acúmulo de secreção com estase no local, promovendo a proliferação bacteriana, principalmente *E.colli* e *B.fragilis*. A distensão dificulta o retorno venoso e também o suprimento arterial, levando a isquemia e consequentemente necrose e perfuração do apêndice (DAVID C. SABISTON, 2005).

A dor é decorrente da estimulação de fibras aferentes viscerais, provocando o quadro inicial chamado de dor visceral (sintomas em região peri-umbilical ou epigástrica mal definida). Poucas horas após, quando a inflamação passa à serosa e atinge o peritônio parietal, ocorre localização da dor em fossa ilíaca direita, promovendo a característica descompressão dolorosa à palpação dessa região (TINSLEY R. HARRISON, 2006).

As complicações ocorrem quando há perfuração do apêndice, que pode levar a um quadro de abscesso ou até peritonite (TINSLEY R. HARRISON, 2006).

A maior parte dos DM (divertículo de Meckel) é assintomática e são descobertos de maneira acidental em laparotomias e estudos baritados (BADRUDDOJA M. JURY DB; WITER JA, 1968). Eles só apresentam sintomas quando sofrem alguma complicação, o que ocorre em 19% dos casos, e incluem: obstrução intestinal, estrangulamento, vôlvulo, intussuscepção, neoplasia, diverticulite ou hemorragias. Ocorre geralmente na faixa etária mais avançada. Mas em virtude de sua freqüente localização, entre 30 e 150 centímetro de distância da válvula ileocecal, pode simular uma apendicite aguda, com complicações semelhantes a essa (KUSUMOTO H.; YOSHIDA M., 1992).

Muitas vezes a real etiologia do abdome agudo é inconclusiva, pela dificuldade da realização do diagnóstico precoce, sendo o processo inflamatório difuso o responsável por essa incerteza no estudo anátomo-patológico encontrado nesses casos clínicos citados.

### 4 CONCLUSÃO

Nos casos clínicos citados não se evidenciou a etiologia do abdome agudo. Portanto poderia se tratar de apendicite aguda ou divertículo de Meckel, podendo as duas patologias cursar conjuntamente. Outras etiologias que produzem enterites nessa localização anatômica abordada poderiam ser também as causas do abdome agudo.

A abordagem desse trabalho teve como objetivo de citar outra etiologia de abdome agudo, além de apendicite, para que o diagnóstico e a conduta terapêutica inicial sejam realizados precocemente, favorecendo o prognóstico do paciente.

### REFERÊNCIAS

BADRUDDOJA M. JURY D.B; WITTER J.A. Intestinal obstruction by fecalith in a Meckel's diverticulum. Can J Surg 1968; 11: 385-387.

DAVID C. SABISTON. 17º Ed., 2005. p 1381-1397.

KUSUMOTO H.; YOSHIDA M.; TAKAHASHI I., et al. Complications and diagnosis of Meckel's diverticulum in 776 patients. Amj Surg 1992; 164: 382-3.

LEMOS R.; BINATO M. Enterolitíase em paciente com divertículo de Meckel. J brás méd 1994; 66: 93-4.

MACKEY W.C.; DINEEN P. A fifty year experience with Meckel's diverticulum. Surg Gynecal Obstet 1983; 156: 56-64.

RUDGE F.W. Meckel's stone ileus. Mil med 1992; 157: 98-100.

TINSLEY R. HARRISON. Tratado de medicina interna 16º Ed, 2006. p 1894-1897.