

Heloisa Rodrigues Soares da Silva, Júlia do Carmo Santos, Múcio G Rodovalho Jr

Instituição: Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA)

Introdução

Síndrome de Ogilvie é uma pseudo-obstrução intestinal (POI), uma forma de abdome agudo obstrutivo no qual não se identifica um ponto mecânico de obstrução. A síndrome compartimental abdominal é uma consequência grave da síndrome de Ogilvie e deve ser identificada precocemente para se realizar a devida conduta, a laparotomia descompressiva. Nesse caso foi identificado ainda um divertículo de Meckel (DM), uma malformação gastrointestinal congênita rara, sendo optada sua retirada táctica.

Relato de caso

F.I.S., 22 anos, sexo masculino, atendido no pronto socorro do Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA) com história de dor intensa e distensão abdominal com 2 dias de duração, associado a vários episódios de diarreia e febre, ausência de náuseas e vômitos. Portador de distúrbio neurológico cognitivo, sem demais comorbidades e sem cirurgias prévias. Ao exame físico apresentava-se agitado, abdome globoso, distendido, doloroso à palpação. Ao toque retal ausência de fecaloma. A radiografia abdominal evidenciou ampla distensão de delgado com níveis hidroaéreos, sinal de empilhamento de moeda, ausência de ar na ampola retal sem identificação de ponto de obstrução. Os exames laboratoriais descartaram distúrbios eletrolíticos. Paciente evoluiu com parada de eliminação de flatos e fezes, vômitos, aumento da distensão abdominal, dificuldade respiratória, taquipnéia e hipóxia, caracterizando síndrome compartimental abdominal. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico por laparotomia exploradora.

No intra-operatório observou-se intensa distensão de alças do delgado e do intestino grosso. Na inspeção das alças foi identificado um divertículo de Meckel (DM), a aproximadamente 40 cm da válvula ileocecal, sem sinais de intussuscepção e de inflamação. Foi realizada enterectomia segmentar de porção com divertículo, entero-entero anastomose em dois planos. Foi realizado esvaziamento do conteúdo das alças nesse mesmo tempo da enterectomia com entero-entero anastomose. A peça cirúrgica foi enviada para anatomopatológico, cujo laudo confirmou o diagnóstico de DM. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório.

Discussão

No presente caso, o paciente apresentou um quadro de abdome agudo obstrutivo com rápida evolução para síndrome compartimental, que ocasionou um quadro de insuficiência respiratória. Devido ao início desse distúrbio, foi indicada a laparotomia descompressiva. No intraoperatório foi identificado ainda um DM, sendo optada sua retirada táctica. Na literatura não existe um consenso sobre a retirada táctica do divertículo, mas é descrito que o risco futuro de complicações do DM é maior do que o risco da sua excisão. Então, foi realizado enterectomia, para garantir a total exérese de um possível tecido ectópico do divertículo dentro da alça, para consequentemente evitar futuras complicações, incluindo abdome agudo associado ao DM.

Referências bibliográficas:

1. Araújo LM, et al. Divertículo de Meckel: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 24(1): 93-97, 2014.
2. Brasio R, Malaquias R, Gil I, Rama N, Ferraz S, Faria V. Divertículo de Meckel – Um caso de Hemorragia digestiva baixa. Revista Portuguesa de Coloproctologia Jan/Abr, 2015.
3. Silva PDV, et al. Divertículo de Meckel. Arq Med ABC, 31 (1): 53-6, 2005.