39º Congresso Brasileiro de Pediatria
DE 09 A 12 DE OUTUBRO - PORTO ALEGRE/RS
Vamos construir o pediatra do futuro

Trabalhos Científicos

Título: Pós-Operatório De Apendicite Complicado Com Invaginação Contendo Divertículo De Meckel.

Autores: FLÁVIA MAESTRI NOBRE ALBINI (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), MARIA FERNANDA PINTO (UNIVALI), ALINE DIDONI FAJARDO (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), CAIO ALEXANDRE RAICHER (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), GUILHERME AVELAR FERREIRA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), JOSÉ ALFONSO MONESTEL MONTOYA (HOSPITAL INFANTIL PEQUENO ANJO), MANOELA DE MELLO BORGES (UNIVALI), ALANA RITA ZORZAN (UNIVALI)

Resumo: Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é o remanescente do ducto onfalomesentérico, que normalmente regride entre a quinta e a sétima semana da vida fetal. Esse relato demonstra que a permanência dessa anomalia está associada a complicações como a invaginação intestinal. Relato de caso: J.A.S, 13 anos, branca, feminina. Chegou ao pronto-socorro relatando dor em fossa ilíaca direita (FID), febre e inapetência. Após realização de exames laboratoriais com desvio a esquerda e ultrassonografia de abdome total demonstrando apendicite aguda, foi submetida a apendicectomia por laparoscopia. Onze dias após realização da cirurgia, iniciou com dor e distensão abdominal difusa, apresentando êmese após alimentação. Solicitada ultrassonografia de abdome total que demonstrou em FID imagens sugerindo intussuscepção íleo-cecal. Realizada laparoscopia diagnóstica com identificação de invaginação ileo-ileal com DM como cabeça da invaginação, levando a enterectomia segmentar de aproximadamente 10cm com DM. Alta hospitalar após 3 dias, com boa evolução clínica. Discussão: O DM é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2 da população. Obstrução intestinal devido ao DM pode ocorrer a partir da intussuscepção, em que o divertículo penetra no lúmen intestinal, servindo como partida para permitir a abertura do intestino delgado no primeiro íleo distal e depois no intestino grosso, causando intussuscepção íleo-ileal e ileocólica. A clínica na intussuscepção pediátrica pode variar de indolor à constipação, vômitos, desidratação, diarreia, prolapso intestinal, sepse, choque, síncope, letargia, irritabilidade. A cirurgia é indicada se a intussuscepção não for reduzida por um enema ou na presença de características de isquemia intestinal, perfuração, choque e peritonite. Deve ser considerado como uma situação de emergência, garantindo laparotomia exploratória imediata após a ressuscitação inicial. Conclusão: A intussuscepção associada ao DM é rara, porém presente em nossa prática. A suspeição de um novo abdome agudo no pós-operatório de apendicectomia, associada a presença de DM é ainda mais rara.