

DIVERTÍCULO INTRALUMINAL DO DUODENO: RELATO DE CASO*

Evaldo Furtado¹, Beatriz Ferreira Furtado Machado²

Resumo Os autores apresentam um caso de divertículo intraluminal do duodeno em uma paciente de 44 anos de idade, com sintomas escassos e incomuns. O diagnóstico radiológico foi confirmado à cirurgia e houve controle pós-operatório. A anomalia, uma forma rara de duplicação, com diagnóstico radiológico unicamente pelo exame baritado convencional pré-operatório, consiste de uma estrutura em "fundo de saco", revestida de ambos os lados por mucosa normal, projetando-se na luz do duodeno. Após a revisão da literatura, os autores tecem considerações acerca do diagnóstico.

Unitermos: Cisto incluído; Divertículo gigante; Cisto enterógeno do duodeno; Duplicação cística do duodeno; Divertículo intraluminal do duodeno.

Abstract *Intraluminal diverticulum of the duodenum: a case report.*

The authors present a case of intraluminal diverticulum of duodenum in a 44-year-old female with poor and uncharacteristic symptoms. The radiological diagnosis was confirmed by surgery. The patient was also followed up after surgery. This anomaly, a rare form of duplication, consists of a "pocket-like" structure lined on both sides by duodenal mucosa projecting into the duodenal lumen.

Key words: Inclusion cyst; Giant diverticulum; Enterogenous cyst; Cystic duplication; Intraluminal diverticulum.

INTRODUÇÃO

O divertículo intraluminal do duodeno é anomalia congênita em sua origem, provavelmente uma forma de duplicação. Somente em 1968 foi relatado por Newman e Nathan um caso com diagnóstico radiológico pré-operatório, em criança⁽¹⁾. A maioria dos casos é achado de autópsia e de material cirúrgico⁽²⁻⁴⁾. É anomalia pouco frequente, com poucos casos relatados na literatura médica⁽⁵⁾. Sinais clínicos e sintomas podem estar ausentes ou ser de pouca intensidade, ou ser os de obstrução intermitente. É causa pouco comum de obstrução duodenal⁽⁶⁾. A anomalia consiste em uma formação em "fundo de saco", revestida de ambos os lados por mucosa normal, projetando-se na luz do duodeno⁽⁷⁾.

Por ser o duodeno a sede menos frequente de duplicação do trato alimentar, e em decorrência dos vários tipos de duplicação, o diagnóstico operatório é o mais frequente⁽⁸⁻¹⁰⁾.

O diagnóstico radiológico é feito quando o diafragma duodenal redundante e frouxo forma um fundo de saco que, distendendo-se como um balão, comprime a parede e provoca, secundariamente, uma obstrução parcial. O bolo alimentar é impellido pelo peristaltismo através do óstio ou abertura do diafragma lateral ou terminal e assim acarreta relativo distúrbio funcional⁽¹¹⁻¹³⁾. Em consequência, sintomas obstrutivos podem estar ausentes na infância e só vierem a ocorrer na fase adulta, quando o divertículo poderá, pelo aumento de tamanho, ocasionar sintomas dispépticos incomuns, sendo o achado radiológico quase sempre acidental.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, melanodérmica, natural de Campina Grande, PB. A paciente foi encaminhada para exame radiológico do esôfago, estômago e duodeno, sem qualquer outra menção no pedido de exame.

Relatava a paciente que há vários anos vinha apresentando, ocasionalmente, sintomas dispépticos variados de curta duração, com sensação de distensão do estômago, empachamento pós-prandial, com dor na "boca do estômago", e às vezes regurgitações, principalmente após a ingestão de farináceos. Não relatava emagrecimento, falta de apetite ou outra alteração.

Ao exame radiológico verificou-se a existência de nítida hérnia do hiato diafragmático. O esvaziamento gástrico iniciou-se em tempo normal. Entretanto, observou-se que o meio de contraste baritado, após atingir a parte média do duodeno, encontrou um obstáculo em fundo de saco, com a presença de intenso peristaltismo de luta. Após permanecer a paciente em decúbito lateral direito e em oblíqua anterior direita por cerca de 30 minutos, o meio de contraste passou por fora da imagem citada, mostrando um outro relevo mucoso, e atingiu assim o duodeno distal e o jejuno proximal, que apresentavam calibre e relevo mucoso regulares.

À observação radioscópica, com intensificador de imagem e circuito de TV, fizemos o diagnóstico e passamos a documentar os achados (Figuras 1, 2, 3 e 4).

A paciente foi encaminhada ao clínico, com o diagnóstico de divertículo intraluminal do duodeno, e, posteriormente, submetida a intervenção cirúrgica. Segundo o relatório do cirurgião, o duodeno mostrava-se moderadamente dilatado nas suas porções proximais. Feita a abertura do duodeno e aspiração do conteúdo, verificou-se a presença de uma formação do tipo diafragma, com abertura lateral junto à parede medial e com mucosa nas duas faces. Foi então feita ressecção circular em toda a extensão, com retirada completa do diafragma e do saco diverticular.

* Trabalho realizado na Clínica Radiológica Evaldo Furtado, Belo Horizonte, MG.

1. Médico Radiologista, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), Membro Fundador da Sociedade de Radiologia de Minas Gerais.

2. Médica Radiologista, Membro Titular do CBR, Radiologista do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Dr. Evaldo Furtado, Rua Padre Rolim, 815, conjunto 109, Belo Horizonte, MG, 30130-090. E-mail: sgm@gold.com.br

Recebido para publicação em 19/3/2003. Aceito, após revisão, em 28/4/2003.

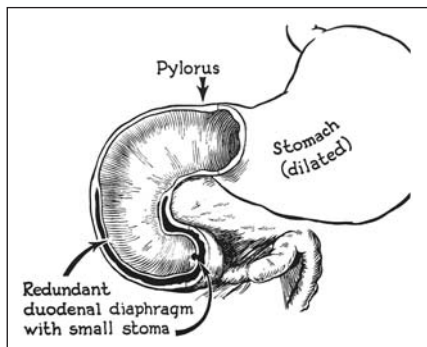


Figura 1. Esquema de divertículo intraluminal do duodeno, segundo Caffey⁽⁷⁾.

Cerca de um mês após a cirurgia, a paciente foi reexaminada por nós, quando então verificamos o desaparecimento da imagem anteriormente encontrada, e o trânsito, o relevo mucoso e o calibre do duodeno estavam normais (Figura 5).



Figura 2. Radiografia panorâmica do estômago e duodeno mostrando imagem do divertículo intraluminal com níveis hidro-aéreos no arco duodenal, e no "fundo de saco" do divertículo com imagem de duplo contraste.

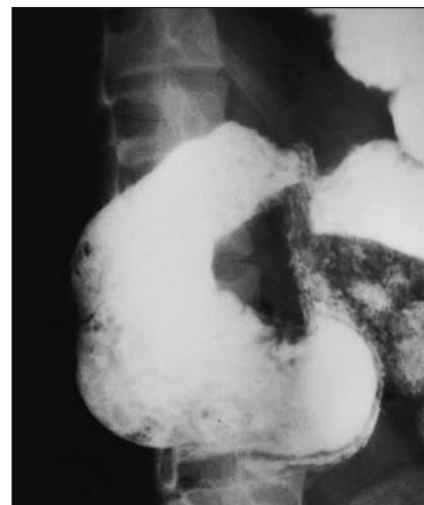


Figura 3. Radiografia panorâmica do arco duodenal, observando-se o duplo contorno do divertículo intraluminal.

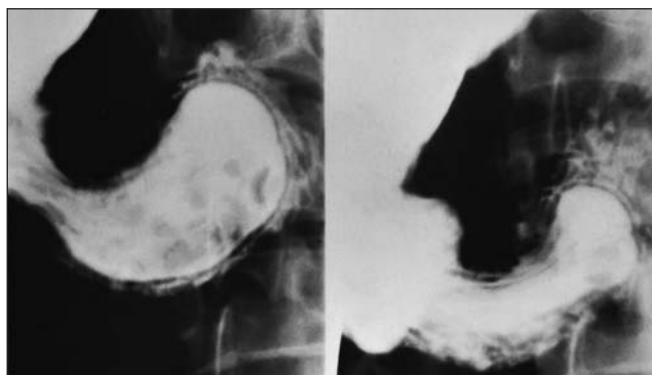


Figura 4. Seriografia da segunda e terceira porções do duodeno mostrando a imagem em "fundo de saco" do divertículo intraluminal e peristaltismo de luta.

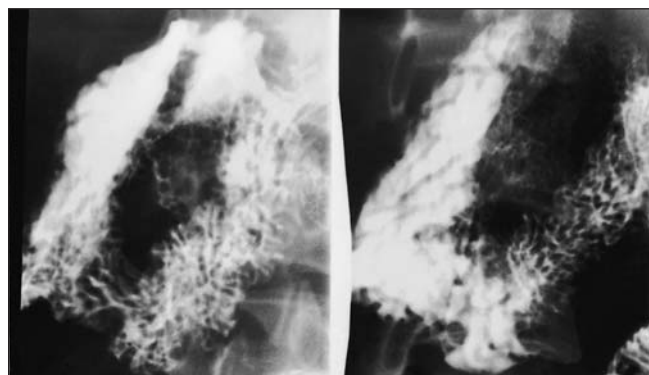


Figura 5. Seriografias do duodeno após a cirurgia, com ressecção do divertículo.

DISCUSSÃO

Do ponto de vista anatomopatológico, é certo tratar-se de uma anomalia congênita. Embriologicamente, a teoria da duplicação é igualmente aplicável para explicar a formação do divertículo intraluminal do duodeno. Esta anomalia é considerada mais uma duplicação do que a formação de um diafragma incompleto distorcido. É de interesse notar que apenas um caso relatado na literatura foi diagnosticado unicamente pelo exame baritado convencional e tratava-se de uma criança.

Entretanto, verifica-se que, em alguns casos, os sintomas iniciaram-se na infância. Nos casos não complicados o diagnóstico radiológico não apresenta dificuldade. O

divertículo intraluminal cheio de meio de contraste, nas várias incidências, apresenta-se como uma formação em "fundo de saco" dentro da luz duodenal.

REFERÊNCIAS

1. Newman A, Nathan MH. Intraluminal diverticulum of the duodenum in a child. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1968;103:326-9.
2. Heilbrun N, Boyden ET. Intraluminal duodenal diverticula. *Radiology* 1964;82:887-94.
3. Thompson NW, Labow SS. Duplication of the duodenum in the adult. *Arch Surg* 1967;94:301-6.
4. Tasu JP, Rocher L, Amouyal P, et al. Intraluminal duodenal diverticulum: radiological and endoscopic ultrasonography findings of an unusual cause of acute pancreatitis. *Eur Radiol* 1999;9:1898-900.
5. Govaere F, Mortelet KJ, Hesse U, Van der Meersch F, Kunnen M. Giant intraluminal duodenal diverticulum: conventional barium study and computed tomography findings. *JBR-BTR* 2000;83:71-2.
6. Pratt AD Jr. Current concepts of the obstructing duodenal diaphragm. *Radiology* 1971;100:637-43.
7. Caffey JAB. *Caffey's Pediatric X-ray diagnosis*. 9th ed. Chicago: Year Book Med Publ, 1993.
8. Wigg AJ, Roberts-Thomson IC. Images of interest. Gastrointestinal: intraluminal duodenal diverticulum. *J Gastroenterol Hepatol* 1999;14:509.
9. Capra S, Casoni S, Billo R, Grazioli S. Intraluminal duodenal diverticulum: report of a case. *Radiol Med (Torino)* 1997;94:110-2.
10. Dailianas A, Spiliadis C, Skandalis N, Rimikis M, Manika Z. Intraluminal duodenal diverticulum. *Ital J Gastroenterol* 1994;26:357-9.
11. Valls C. Intraluminal duodenal diverticulum: radiologic and CT findings. *AJR* 1993;160:896.
12. Busch HP, Geiger G, Simon R, Schworm HD. Intraluminal duodenal diverticulum. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 1990;152:103-4.
13. Soreide JA, Seime S, Soreide O. Intraluminal duodenal diverticulum: case report and update of the literature 1975-1986. *Am J Gastroenterol* 1988;83:988-91.